

a
Nº 83

Alerta laboral



Publicación del Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario - CEDLA
Año IX - La Paz, enero de 2019

cedla
centro de estudios para el desarrollo
laboral y agrario

CONOCIMIENTO AL SERVICIO DE LOS TRABAJADORES



CÁNCER: realidades y promesas



3

Ausencia de política de salud

11

Los seguros locales de salud

8

Cuando el Gobierno recién se entera

14

¿Qué hay de los centros de medicina nuclear?

EL SUS QUE SE IMPLEMENTA ESTE AÑO

Desde enero de 2019 el gobierno comenzó a implementar el Seguro Universal y Gratuito de Salud (SUS) con el registro de los potenciales beneficiarios, y en marzo, iniciará la prestación de este servicio con una primera inversión de 200 millones de dólares que, considerando la precaria situación actual de los establecimientos de salud públicos, resultan insuficientes como para sentar algunas bases sólidas que permitan la sostenibilidad del seguro.

El SUS iniciará actividades sin una política nacional de salud que sustente sus objetivos, alcances y resultados, y garantice los recursos necesarios para su desarrollo por muchos años.

Lo hará sin un diagnóstico de la dimensión y alcances de la crisis del sistema de salud nacional y, claro, sin políticas y propuestas concretas para avanzar en la atención de esta crisis.

El seguro dará sus primeros pasos en un escenario de gran deterioro de la calidad de los servicios de salud por las grandes limitaciones de infraestructura, tecnología médica, personal profesional en salud, acceso a medicamentos y recursos que han provocado que la población carezca de garantías para tratar eficazmente sus enfermedades. Los enfermos con cáncer son los grandes testigos de esta penosa situación.

Lo hará también en medio de un sistema fragmentado, disperso, complejo y focalizado donde los niveles de gobierno (central, municipal y departamental) tienen atribuciones y responsabilidades entrecruzadas que no contribuyen a una administración eficiente de los servicios de salud.

En este sentido, el gobierno central y el Ministerio de Salud carecen de una evaluación del modelo de gestión del sistema actual. Desconocen, por ejemplo, de las debilidades y fortalezas de los seguros locales de salud como los de Tarija, San José de Chiquitos, Pando, Santa Cruz y de Sucre que desde

hace varios años vienen implementando contra viento y marea seguros de carácter “universal y gratuito”.

El modelo oficial arrancará, asimismo, con un financiamiento inseguro en el marco de un régimen de gobierno que no tuvo como objetivo central de su política social y fiscal la atención de la salud de la población. Por el contrario, el gobierno de Morales hace alarde del despilfarro de los recursos públicos en obras “sociales” de poca o ninguna trascendencia.

En el escenario sudamericano, Bolivia ocupa el último lugar en la inversión per cápita en salud con 239 dólares en 2017, lejos del promedio de 715 dólares registrado en esta región; lo que devela el rezago del país en materia de financiamiento de la salud.

Si bien, una autoridad responsable del SUS señaló que los establecimientos de la seguridad social de corto plazo no serán parte de la implementación del seguro, el riesgo de apropiación del patrimonio y recursos de las Cajas de salud bajo el concepto de “Sistema Único de Salud” que es el objetivo político principal del gobierno para el control y fiscalización de todos los subsistemas de salud existentes, continúa latente tomando en cuenta que la ejecución del seguro universal de salud tarde o temprano manifestará su insostenibilidad.

La presente edición del *Alerta Laboral* propone el análisis de la problemática de la salud desde la situación de las personas con cáncer y de las experiencias de los seguros locales de salud, en la seguridad de aportar con información pertinente en estos campos lo mismo que en medicina nuclear.

Javier Gómez
DIRECTOR EJECUTIVO
CEDLA



Síguenos en:



cedlabolivia @cedlabo cedla cedla 69775464

Visita también el
Observatorio Boliviano
de Empleo y Seguridad Social

Visítanos
<http://cedla.org/obess>

www.cedla.org

Alerta laboral

Director Ejecutivo:
Javier Gómez Aguilar

Escriben:
Bruno Rojas y Silvia Molina

Producción editorial:
Unidad de Comunicación y
Gestión de Información - CEDLA

Coordinación: Rolando Carvajal

Diseño: Rudy Guarachi

Ilustraciones: Gonzalo Llanos

Fotografía de tapa e interiores: Archivo, enfermos con cáncer, SUSAT, SUSAJO y Página Siete.

Achumani, Calle 11, N° 100 entre Av. García Lanza y Av. Alexander / Tel. 279-4740
Fax 279-9848, 279-1075
E-mail: info@cedla.org
La Paz - Bolivia

“De nosotros nadie se preocupa ni el gobierno central ni nadie, nosotros mismos tenemos que costearnos los gastos, los medicamentos, pagar los tratamientos. (...) estamos prácticamente abandonados.” (Mujer de 45 años, con cáncer de mama).

FALTA MUCHO POR HACER

La ausencia de una política nacional de lucha contra el cáncer

Un diagnóstico participativo en el Hospital de Clínicas de La Paz permitió identificar tres grandes campos de problemas: el primero, la inexistencia o insuficiencia de acciones sustanciales del Estado a favor de las personas con cáncer.

El estudio encontró también las limitaciones (estructurales) y las deficiencias del Hospital de Clínicas de La Paz en la atención de los pacientes, lo mismo que las limitaciones económicas y sociales personales y familiares afrontadas por las personas afectadas por este mal.

Según el diagnóstico, el responsable del Programa de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, Adolfo Zárate, estableció que para período 2011 – 2016, la incidencia era de 351,53 casos por cada 100.000 mujeres, principalmente por cáncer de cuello uterino, mama y vesícula biliar.

En el caso de los hombres, el indicador era de 185,80 por cada 100 mil afectados sobre todo con cáncer de próstata, en la piel, estómago y de pulmón.

LAS CIFRAS DEL MAL

En el caso del Hospital de Clínicas de La Paz con relación a la cobertura de los casos de cáncer, el Sistema de Información

de Registro de Atención Clínica de este nosocomio, dio cuenta de la atención de 1.574 personas entre enero de 2013 y octubre de 2017, vale decir, un promedio anual de 347 casos.

Un poco más del tercio del total (34%), correspondió a los tipos de cáncer de cuello uterino, mama y ovario que son males propios de las mujeres y que destacan respecto de las otras tipologías diagnosticadas.

Sin embargo, un reporte de un matutino paceño mostró

otros datos. Entre 2014 y abril de 2018, el Hospital de Clínicas habría registrado un total de “12.205 casos de personas que sufrían algún tipo de cáncer”, número que supera de lejos los datos remitidos oficialmente por la Dirección del Hospital de Clínicas a la Asociación de Personas con Cáncer de La Paz.

El artículo destaca además que el año 2016 se registraron 2.783 pacientes y en 2017 el número habría subido a 2.935 afectados. Estos datos parecen



Enero de 2019

Enero de 2019

más creíbles considerando la magnitud que fue cobrando el cáncer en los últimos 8 años que, según información del Ministerio de Salud habría arrojado un promedio anual de 18.656 casos en todo el país, en el período 2011 y 2016.

Un dato que respalda la información anterior, es el del Servicio Departamental de Salud (SEDES-La Paz) que destaca que entre 2011 y 2015, se registraron 13.312 casos de cáncer en el departamento paceño, siendo el de mayor incidencia, el cáncer cérvico uterino con 27,2%. Cientos de estos casos podrían haber llegado al Hospital de Clínicas.

Tan sólo en 2015, se reportaron en el departamento 2.430 casos de cáncer, con predominancia de cáncer cérvico uterino (685), cáncer de mama (314), leucemia (208) y cáncer de próstata (144).

INEXISTENCIA DE POLÍTICAS DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER

El gobierno de Evo Morales en el Plan de Desarrollo Económico y Social 2016 - 2020 se propuso en el campo de la salud:

"...avanzar significativamente hacia la universalización del acceso a los servicios de salud, la prevención de las enfermedades, (...) la ampliación y mejora de la capacidad de atención de los establecimientos de salud con mejor infraestructura, equipamiento y recursos humanos de calidad".

Plantea, en el caso del cáncer, la construcción de un Instituto de Oncología de cuarto nivel como parte del Resultado 2 que comprende la edificación de otros tres institutos

especializados en diferentes regiones del país.

El Resultado 2 es parte de la Meta 2 referida a la "Integración de salud convencional y ancestral con personal altamente comprometido y capacitado".

El nuevo centro oncológico sería construido en la localidad de Tolata, Cochabamba, ignorándose las razones técnicas para esta decisión.

En términos generales, otros resultados previstos en las dos metas del eje de salud, podrían contribuir a la atención del cáncer.

Se trata de los resultados inherentes a la reducción de "la

incidencia de casos y defunciones de enfermedades no transmisibles" y a la creación de "nuevos ítems para personal de salud, incluyendo plazas para especialistas y subespecialistas". Podría también suponerse que ninguno de estos resultados abarcaría la atención del cáncer, mientras no se tengan referencias específicas sobre la ejecución de acciones concretas en este ámbito.

El plan otorga mínima atención a la problemática del cáncer perdiendo de vista que esta enfermedad es hoy una causa principal de morbilidad.



A su vez, la Agenda Patriótica 2025 contempla, entre sus 13 pilares, el de "Salud, educación y deporte para la formación de un ser humano integral" con metas generales como lograr que "El 100% de las bolivianas y los bolivianos cuentan con servicios de salud" y "Bolivia cuenta con personal y profesionales de salud altamente calificados", sin prever resultados específicos y alcanzables.

Hasta 2015, el Ministerio de Salud desarrolló el Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Cuello Uterino 2009 - 2015 y el

Plan Nacional de Prevención, Control y Seguimiento de Cáncer de Mama 2009-2015 con varias acciones que se desconoce si fueron evaluadas para ver su impacto en contraste con el incremento continuo del cáncer de cérvix y de mama en el último decenio.

Actualmente, el Ministerio de Salud no cuenta con una política activa de lucha contra el cáncer.

Viene ejecutando algunas acciones como el pago de los servicios de radioterapia y braquiterapia en centros

oncológicos privados para determinados pacientes con cáncer y el inicio de la construcción de algunos establecimientos de cuarto nivel y de un centro de medicina nuclear, sin tener, como referente una política nacional que los integre en función de objetivos y metas comunes e integrales.

FUENTE:

- CEDLA, "Queremos vivir". Cáncer y la ausencia de políticas públicas de salud, documento inédito, 2018

TESTIMONIOS

"Con esta enfermedad ya somos pobres, el dinero cada mes como 10 mil se nos va como agua. No tenemos un trabajo estable, tampoco somos profesionales, vivimos al día, con la enfermedad ya no salimos a vender, tenemos que ir como mendigos a buscar fundaciones, apoyos para pedir que nos rebajen".

- Mujer de 55 años con cáncer en ovarios.

"La atención de esta enfermedad debería ser gratuita, cómo va ser tan caro. El gobierno debería priorizar la salud, pero, no hay esta prioridad, entonces, ¿qué hacemos, seguiremos sufriendo? El presidente que se preocupe más y si nuestro país es tan pobre podemos pedir ayuda a otros países".

- Mujer de 40 años, con cáncer en cuello uterino.

"De nosotros nadie se preocupa ni el gobierno central ni nadie, nosotros mismos tenemos que costearnos los gastos, los medicamentos, pagar los tratamientos. (...) estamos prácticamente abandonados".

- Mujer de 45 años, con cáncer de mama.

"El seguro (para adultos mayores) no tiene medicamentos, dan jeringa, el suero y nada más; mínimo son ocho productos que nos piden para quimioterapia, de los ocho solamente nos dan dos, la jeringa y el suero, gránula, venoclisis y otros no cubre el seguro, o sea es una pantalla no más (...) Los adultos mayores deberíamos tener un seguro de salud, porque hacemos las sesiones de quimioterapia y radioterapia y no se termina ahí, tenemos que venir a controles de por vida cada tres meses, seis meses o cada año y piden un montón de exámenes por lo que igual tiene que salir de nuestro bolsillo y de la familia y, no hay dinero".

- Mujer de 63 años con cáncer en cuello uterino.

Bolivia obtiene bajas notas en la atención del cáncer

Según el informe "Control del Cáncer, acceso y desigualdad en América Latina, Una historia de luces y sombras" efectuado por Economist Intelligence Unit (EIU), una unidad de negocios independiente del grupo The Economist con sede en Londres, reveló que Bolivia ocupa los últimos lugares respecto de 12 países de América Central y del Sur estudiados, con relación a la ejecución de políticas de prevención, detección temprana, organización y tratamiento del cáncer.

El estudio destaca que Bolivia obtuvo una calificación referencial de 1,7 sobre 5 posibles (1 para lo peor y 5 para lo óptimo) en cuanto a contar con un Programa nacional de control del cáncer (NCCP, sigla en inglés). Si bien, este indicador lo ubica por encima de Panamá y Argentina, lo sitúa distante de lo obtenido por gran parte de los países analizados (2,5 y 5). El documento advierte además que contar con un programa no significa que sea cumplido puesto

que muchas veces termina en un archivo.

Con relación a la disponibilidad de determinados fármacos contra el cáncer y de la morfina para aliviar el dolor, así como el acceso a radioterapias, el país obtuvo una calificación baja que equivale a 0,7 respecto de 5 que corresponde a un buen desempeño. En cuanto a la disposición de información sobre mortalidad por cáncer, también obtuvo un bajo puntaje además de una tajante observación: "Bolivia no posee ningún tipo de información confiable".

Finalmente, en el ámbito de la "asistencia financiera e inversiones existentes para ayudar a la gente a cubrir los costos de la atención del cáncer", Bolivia logró 0,5 de 5 posibles, lo que lo ubica como el país con el peor desempeño. Estos indicadores, así sean referenciales, alertan bien sobre la urgencia de que el Estado boliviano diseñe y ejecute políticas adecuadas y sostenibles para enfrentar el cáncer en el marco de una política nacional de salud, hoy inexistente.



PROPUESTA DE LOS PACIENTES CON CÁNCER PARA LA MEJORA SUSTANCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

- Seguro integral de salud que incluya todo el tratamiento y acceso gratuito a medicamentos.
- Subvención de medicamentos oncológicos y otros insumos clínicos importados.
- Creación de una farmacia oncológica.
- Mayor presupuesto para enfermos de cáncer.
- Mejora de los ambientes y construcción de nuevos para el tratamiento del cáncer.
- Programa de trasplante de médula.
- Programa de medicina nuclear.
- Ley para construcción de centros oncológicos en cada departamento.
- Creación de más ítems para médicos y especialistas en Oncología.
- Formación de especialistas en oncología en coordinación con la UMSA.
- Capacitación permanente y actualizada del personal médico especializado y de apoyo.

POLÍTICAS

- Compra de acelerador lineal para radioterapia y de otros equipos modernos.
- Establecimiento de un Laboratorio de tomografía.
- Creación de una Unidad de tratamiento y ayuda psicológica en el Hospital.
- Mejora del trato a los pacientes (el maltrato provoca más stress de los pacientes).
- Construcción de más baños y duchas (actualmente se cuenta con un solo baño para hombres y mujeres).
- Mayor número de fichas de atención.
- Compra de batas individuales para cada paciente para evitar riesgos de contagio de otras enfermedades.
- Mayor información sobre el estado de salud y tratamiento de los pacientes.
- Programación de las atenciones vía internet.
- Constitución de juntas de médicos para evaluar la situación de salud de cada paciente.
- Creación de un comedor popular para enfermos y familiares.
- Contratación de una nutricionista para la regulación de las dietas para personas con cáncer.
- Disposición de ambulancias por parte de la Alcaldía, Policía y de otras entidades públicas para el traslado de enfermos graves.
- Acuerdos con embajadas para obtener donación de medicamentos, equipos, apoyo profesional, etc.
- Ayuda de grandes empresas importadoras y exportadoras para medicamentos y otros insumos.

ACCIONES ESPECÍFICAS

- Albergues para enfermos y familiares, sobre todo para personas del interior.
- Ayuda para las personas enfermas que carecen de vivienda propia.
- Organización de foros y debates sobre el cáncer para las personas afectadas.
- Fuentes de empleo para enfermos con cáncer. Por ejemplo, talleres de capacitación en artesanías para los enfermos.
- Organización de kermeses por instituciones amigas para recaudación de fondos a favor de las personas con cáncer.

OTRAS POLÍTICAS Y ACCIONES

Enero de 2019

Entre 2011 y 2016 se registraron 93.282 casos de cáncer, lo que significa un promedio anual de 18.656 casos. Con base en este indicador, 51 personas habrían sido reportadas cada día con este mal, correspondiendo 33 a mujeres

ENTRE LA INEFICACIA Y LA NEGLIGENCIA

Cáncer: cuando el gobierno recién se informa que es un gran problema*

El problema del cáncer en el país y el drama que viven miles de bolivianos afectados por esta enfermedad del siglo XXI, tiene que ver con la profunda crisis del sistema de salud, en particular, de la salud pública, y con la ausencia de una política nacional de salud integral, equitativa y universal que sea asumida como principal política de Estado y no, con medidas coyunturales y de emergencia.

Tampoco con construir establecimientos y compras de equipos de manera improvisada, con eventuales propuestas de ley al respecto y la mejora de la formación profesional de los médicos, sin una planificación seria u otras acciones similares, porque todas

estas son aisladas y paliativas, y no son parte de un plan nacional contra el cáncer —integrado a una política nacional de salud que lo articule a objetivos y metas comunes para combatir este mal— sostenible con el financiamiento del Estado y con la participación activa de la población a través de determinadas instancias.

El gobierno anunció a principios de 2017 el lanzamiento del Plan Nacional de Prevención y Control del Cáncer, empero hasta ahora no se tiene noticia alguna en cuanto a su implementación, financiamiento y resultados previstos.

El cáncer es un problema de salud pública que en los últimos ocho años aproximadamente, mostró un

preocupante incremento de casos, sin embargo, el presidente Evo Morales afirmó en julio pasado que recientemente se enteró de este problema, cuando sostuvo:

“...si hace seis, siete u ocho años, algunos hermanos médicos o expertos en medicina nos hubieran dicho que va a crecer este problema del cáncer ya hubiéramos terminado [los centros oncológicos] (en: Página Siete, 20/07/18).

Esta afirmación revela no sólo un posible desconocimiento de la magnitud que viene cobrando el cáncer en el país, sino que poco o nada se hizo para enfrentar este mal.

LOS DATOS SON CONCLUYENTES

Según el Programa de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud, en el período 2011–2016 se registraron 93.282 casos de cáncer correspondiendo la mayoría a la población femenina (65,4%), lo que arrojaría un promedio anual de 18.656 y de 51 casos reportados cada día.

A su vez, un estudio inédito realizado por un grupo de profesionales en salud, reveló que sólo en el período 1 de julio de 2016 al 31 de junio de 2017, se registraron 21.730 casos en todos los establecimientos de salud del país¹.

Otro dato compartido en un foro realizado por Laboratorios Roche (20/07/18), alertó que uno de cada cinco bolivianos son candidatos potenciales para adquirir el cáncer.

En consecuencia, la declaración y la inacción oficiales rayan en la irresponsabilidad, y, sobre todo, en la vulneración flagrante del derecho a la salud de las personas con cáncer.

LA CRISIS DEL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

La crisis de la salud pública es un problema estructural cuyas causas guardan relación con el modelo económico vigente y con la forma de organización, gestión y financiamiento de los servicios de salud en el país.

También está vinculada a la concepción asistencialista y mercantilista predominante que traslada la responsabilidad de la prevención y del tratamiento

¹ Estos datos y otros que hablan de la dimensión que viene cobrando el cáncer figuran en el documento “Queremos vivir. Cáncer y la ausencia de políticas de salud pública” elaborado por el Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CED-LA, 2018).

médico al paciente, incluyendo por supuesto, el pago de los servicios de salud, que, en el caso de los enfermos con cáncer, alcanza elevadas sumas.

Desde la visión y drama de los pacientes con cáncer, la crisis de la salud pública revela grandes limitaciones materiales, económicas y de recursos humanos que se traducen en un lento e incierto diagnóstico, una precaria atención y en un largo proceso de tratamiento que no siempre permite superar el cáncer.

Estas limitaciones provocan que las personas con este mal, o aquellas en fase de diagnóstico, no cuenten con seguridad, confianza y calidad de

La búsqueda de soluciones no va por proponer e implementar medidas aisladas y temporales, sino encaminar esfuerzos decididos e integrales para superar la crisis del sistema de salud.

atención necesarias para seguir un tratamiento que concluya en un resultado satisfactorio.

También pone de manifiesto la gran desigualdad económica que diferencia a los enfermos ya que, mientras unos pocos pueden acudir a establecimientos de salud privados nacionales y extranjeros —como los políticos de turno, empresarios, clase media adinerada y la pequeña burguesía empoderada—, gran parte de la población afectada de escasos recursos está resignada a acudir a los centros públicos y recibir deficiente atención como ocurre en el Hospital de Clínicas afectado, para colmo de males, con el cierre por más





de seis meses de la Unidad de Radioterapia (cerrada por el mal estado del equipo de cobaltoterapia que data de varias decenas de años), un delito de salud pública que a ninguna instancia oficial se le ocurre sancionar.

En el caso del nosocomio mencionado, la crisis golpea más a las mujeres y a sus familias que deben sacrificar gran parte de su patrimonio para el tratamiento y buscar otras alternativas de financiamiento, lo mismo que a personas procedentes de otras regiones que prácticamente se convierten en errantes, poniendo en serio riesgo no sólo sus recursos económicos, sino también sus predios y familias; y a los pacientes desempleados y sin recursos que por efecto de la enfermedad quedaron en esta situación.

Es impactante saber de testimonios de mujeres con tratamiento de cáncer cérvico uterino o de mama (CEDLA 2018) que se vieron obligadas

a trabajar y peregrinar en el mercado informal en busca de recursos para solventar los gastos médicos, cuando por prescripción médica deberían estar en reposo.

SEGURO DE SALUD PARA LAS PERSONAS CON CÁNCER

Según el documento del CEDLA, todos los pacientes consultados en 2017 coincidieron en demandar la urgencia de un seguro de salud gratuito, con carácter integral y financiado por el Estado.

Demanda absolutamente justificada por la crítica situación que viven los enfermos con cáncer, particularmente aquellos en situación de pobreza, y que va en consonancia con la propuesta de avanzar hacia la implementación de un seguro universal de salud.

Cuando se habla de un seguro de carácter integral, los pacientes con cáncer del

Hospital de Clínicas precisan que este seguro debe comprender necesariamente el acceso a medicamentos oncológicos, los equipos técnicos y todos los servicios de exámenes médicos (laboratorio, ecografía, tomografía y otros), elementos que en la situación actual encarecen el tratamiento y provocan que los pacientes abandonen la atención médica.

Así, la búsqueda de soluciones al problema del cáncer no va por proponer e implementar medidas aisladas y temporales, sino por encaminar esfuerzos decididos e integrales hacia la superación de la crisis del sistema de salud, y en este marco, al establecimiento de un seguro de salud para los enfermos con cáncer. Para estos grandes desafíos, se requiere de autoridades que asuman estos retos. **Bruno Rojas, investigador del CEDLA.*

Considerando la actual situación del sistema público, los seguros de salud municipales y de gobernaciones afrontaron una disminuida y precaria infraestructura regional, poca disposición de hospitales de segundo y tercer nivel, reducido personal médico y de especialistas, en cáncer y diabetes e insuficiencia de medicamentos.

A PROPÓSITO DEL PROYECTO GUBERNAMENTAL

Las experiencias de los seguros locales de salud

El documento “Salud para todos” elaborado por el CEDLA (2016) que recoge las experiencias y reflexiones de una mesa de trabajo sobre los seguros locales de salud implementados en los últimos diez años, destaca que el surgimiento de los mismos fue posible por la mayor disponibilidad de recursos económicos en las gobernaciones y municipios por concepto del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), regalías y en parte de los recursos provenientes del Tesoro General de la Nacional (IGN) a través de la coparticipación tributaria.

La priorización de la salud sobre otros ámbitos de inversión pública, fue, asimismo, determinante para la puesta en marcha de estos seguros locales.

Resalta el documento la experiencia de la Gobernación tarijeña con el Seguro Universal de Salud de Tarija (SUSAT) que comenzó a ejecutarse desde el año 2007, habiendo logrado resultados destacables en la cobertura de atención de la población, en el incremento del número de servicios de salud y la dotación de medicamentos genéricos gratuitos, este último, un factor esencial para avanzar en el carácter integral de un seguro de salud universal y gratuito.

Incluyendo al mencionado, se identificaron en total, seis seguros locales de salud que vienen implementándose hasta la fecha: el Seguro Universal de Salud de San José de Chiquitos (SUSAJO), el Seguro de Salud de Pando (SESA) y el Seguro Integral de Salud Universal de Sucre (SISU) que son los que compartieron sus experiencias en la mesa organizada por el CEDLA, además, de los seguros del municipio de Santa Cruz y otros del departamento de Cochabamba.

Todos estos seguros benefician a la población de 5 a 59 años que carecen de un seguro de salud privado o de la

seguridad social de corto plazo, con servicios de atención primaria hasta aquellos de tercer nivel con atención especializada como la oncológica, tal como viene brindando el seguro de Tarija.

Se implementaron bajo la modalidad de compra de servicios de salud del sector público, lo que significó recurrir a los establecimientos de salud de este sector no obstante las grandes limitaciones que presentan estos centros en cuanto a infraestructura, hospitales de segundo y tercer nivel, equipos médicos, recursos humanos, especialistas y con relación a la oferta de medicamentos.



LA IMPORTANCIA DE LOS SEGUROS DE SALUD LOCALES

El Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT) es el más antiguo de los seguros señalados. Aunque fue creado en el año 2006, inició sus actividades el 2007 al amparo de los recursos generados por el excedente de la renta hidrocarbúfera y como parte de la política de salud de la gobernación. Un estudio técnico y económico le dio sustento para la determinación de sus objetivos, metas y formas de implementación.

Superando limitaciones y riesgos ingresó el año 2017 a su undécima gestión, con importantes logros e impactos sociales, aunque amenazado en su sostenibilidad por la disminución significativa de sus ingresos por la reducción del IDH y de las regalías debido a la caída de los precios de hidrocarburos y de las materias primas en general en el mercado mundial. Entre los logros principales figuran el haber superado la cobertura departamental al haber atendido a personas provenientes de otros departamentos y la ampliación constante de

los servicios de salud en función de las necesidades de la población. Según la actual responsable, el SUSAT habría contribuido significativamente a la disminución de los indicadores de morbi mortalidad de la población de 5 a 59 años.

En 2008 el Seguro Universal de Salud de San José de Chiquitos (SUSAJO) en el departamento de Santa Cruz, comenzó a ejecutarse bajo la iniciativa de la Alcaldía del municipio del mismo nombre. Si bien su cobertura alcanza al municipio de San José de Chiquitos y a algunos poblados adyacentes, se consolidó como un referente de atención gratuita en la región chiquitana, brindando desde atención primaria hasta algunos servicios especializados en el hospital de segundo nivel que se encuentra en el municipio mencionado. Al igual que el SUSAT, este seguro tiene como limitaciones para su mayor impacto y proyección, la insuficiencia de infraestructura, financiamiento y otras carencias estructurales que presentan los establecimientos públicos de salud.

En 2014, les siguió el Seguro de Salud de Pando (SESA), con

incidencia en la capital de Cobija y en menor medida en los otros 14 municipios del departamento; la atención se concentra en el único hospital de segundo nivel Roberto Galindo Terán existente en esta región, el mismo que cubre prestaciones de primer nivel y algunos servicios de tercer nivel, de acuerdo a las necesidades de la población, sin cumplir plenamente las exigencias técnicas para ser un centro, incluso, de segundo nivel.

A pesar de estas limitaciones, el seguro constituye un importante servicio gratuito de salud en la Amazonía boliviana, considerando que esta región no cuenta con cobertura sanitaria de estas características.

Desde 2016 a los tres seguros se sumó la iniciativa de la Alcaldía de Sucre que en poco tiempo fue constituyéndose en una alternativa de atención para las personas que no cuentan con un seguro convencional.

En los últimos tres años, esfuerzos similares se ejecutaron en el municipio de Santa Cruz de la Sierra y parcialmente en el departamento de Cochabamba, en 11 de sus 42 municipios. (B. R.)



Panorama general de los seguros de salud locales

	SUSAT	SESA	SUSAJO	SISU
Características generales:	<ul style="list-style-type: none"> Están administrados por los gobiernos municipales y departamentales. Población meta de 5 a 59 años carentes de seguro público y privado y, que radiquen en el municipio o departamento respectivo. Están financiados principalmente con recursos de la renta hidrocarbúfera en coparticipación regional (IDH) y regalías. La oferta de servicios comprende desde las consultas de atención primaria y emergencias hasta cirugías y exámenes de imagenología y, otros servicios especializados (en el caso del seguro de Tarija, resonancia magnética). Son seguros de salud integrales y gratuitos. En el caso del seguro de Tarija comprende acceso a medicamentos gratuitos. Con excepción del seguro de San José de Chiquitos, no prestan servicios directos, sino, cancelan a los establecimientos públicos por las atenciones efectuadas. 			
Ubicación geográfica	Departamento de Tarija	Departamento de Pando	Municipio de San José de Chiquitos, departamento de Santa Cruz	Municipio de Sucre, departamento de Chuquisaca
Cobertura geográfica	Municipio de Tarija, 6 provincias y 11 municipios del departamento	Municipio de Cobija y 14 municipios del departamento	Municipio de San José y área de influencia chiquitana	Municipio de Sucre
Tiempo de ejecución	11 años, fue creado el año 2006	3 años, fue creado el año 2014	8 años, fue creado el año 2009	1 año, fue creado el año 2016
Beneficiarios	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el departamento.	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el departamento y con bajos ingresos económicos.	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el municipio y en el área de influencia chiquitana.	Personas de 5 a 60 años de edad carentes de seguro público y privado, con residencia en el municipio de Sucre.
Responsable de la ejecución	Gobierno Autónomo Departamental de Tarija.	Gobierno Autónomo Departamental de Pando.	Gobierno Autónomo Municipal de San José de Chiquitos.	Gobierno Autónomo Municipal de Sucre
Niveles de atención	Niveles I, II y III. El nivel II comprende dos hospitales no acreditados	Nivel I (en 2015) y nivel II (desde 2014) Único centro de nivel II: Hospital Roberto Galindo que no cumple requisitos del nivel II, pero presta atenciones de este nivel.	Niveles I y II: 3 centros de salud de nivel I, 5 postas de salud, y un hospital de nivel II, un centro de nivel I en construcción	Niveles I y II
Modalidad de atención	Pago a establecimientos de salud públicos por atenciones prestadas por establecimientos públicos. No acude a centros privados	Pago a establecimientos de salud públicos por atenciones prestadas a establecimientos públicos. No acude a centros privados.	Administración directa del gobierno municipal de los servicios prestados por establecimientos de salud ubicados en el municipio.	Está previsto el pago a establecimientos de salud públicos.
Cobertura	Población atendida: 488 mil personas hasta 2016 (sobre 380 mil previstos (Tarija tiene una población de 500 mil habitantes)	Población atendida: 19.630 personas hasta 2016, 35% de los 56 mil previstos al 2020 (Pando tiene 109 mil habitantes).	Población atendida: 10 mil personas hasta 2016 de 30 mil habitantes del municipio. Podría proyectarse a los 300 mil habitantes de la Chiquitania.	Población meta prevista: 136 mil personas de casi 250 mil habitantes del municipio. (Se afilia en una primera fase a 6.868 personas.
Número de prestaciones de salud	En una primera fase hasta 2007, 281 prestaciones. Al 2016 brinda más de 500 prestaciones de salud. Cubre acceso a medicamentos.	s/d	No cubre acceso a medicamentos	Casi 200 prestaciones propuestas: (130 prestaciones médicas ambulatorias, 32 prestaciones odontológicas, 30 de Laboratorio en los niveles I y II y 9 de gabinete).
Número de atenciones efectuadas	Entre 2006 y 2016, 16.273.287 millones de atenciones efectuadas	Hasta 2016, 58.830 atenciones (19.490 en centros salud I Nivel y 39.340 en II nivel entre enero y octubre de 2016)	Entre 2009 y 2015, 74.999 atenciones y en 2016, 14.170	En implementación
Presupuesto	Presupuesto ejecutado 2006 - 2016: Bs. 306.058.695 (13% del presupuesto total departamental).	Total ejecutado Dic. 2014 a oct. 2016: Bs. 4.165.485 (\$95 mil dólares) Inversión 2016, 2,5 millones de bolivianos.	69 millones de bolivianos presupuestados para salud entre 2009-2016 52,5 millones de bolivianos ejecutados en este periodo Inversión anual, para el seguro 2.500.000 bolivianos y para ítems, 3.500.000 bolivianos	Presupuesto nominal de 5 millones de bolivianos. Presupuesto asignado 3 millones de bolivianos.
Limitaciones específicas	<ul style="list-style-type: none"> No existen en el municipio segundos niveles de atención acreditados. Importadoras no cumplen con abastecimiento de insumos y medicamentos. Retraso en la actualización de precios en la Lista Nacional de Medicamentos (LINAME). Dificultades en la consolidación de ítems. Carencia de recursos humanos y de otros medios para nuevo oncológico. Contratos eventuales y sueldos bajos para personal médico. 	<ul style="list-style-type: none"> Carencia de un hospital de nivel II. Presupuesto limitado para llegar a pobladores del área rural. Carencia de equipos médicos nuevos. 	<ul style="list-style-type: none"> Decisión de Ministra de Salud impide desduanización de equipos médicos en puerto de Arica. Reducción de presupuesto amenaza cerrar el seguro para 2017 Dificultades para conseguir médicos y especialistas Ítems insuficientes. 	<ul style="list-style-type: none"> El Servicio Departamental de Salud (SEDES) no coadyuva a la difusión del seguro. Rivalidad entre el SEDES y el gobierno municipal obstruye gestión y canalización de recursos
PROBLEMAS COMUNES	<ul style="list-style-type: none"> Disminución del presupuesto por caída de los ingresos de la renta hidrocarbúfera. Cobertura, pago de servicios y nuevos ítems corren riesgo. Dependencia de recursos económicos de fuentes del gobierno central. La infraestructura, equipos médicos y otros insumos de los establecimientos públicos son deficientes Carencia de hospitales de segundo y tercer nivel Carencia de procedimientos específicos de seguimiento y evaluación de las prestaciones de salud y de la calidad de los servicios Número insuficiente de ítems para médicos y funcionarios; una significativa parte tienen contratos temporales y trabajan en condiciones de precariedad laboral Apoyo insuficiente del gobierno para fortalecer los seguros locales, ya que está empeñado en implementar su modelo de seguro único. La penalización de la práctica médica provocó que los médicos prefieran referir (derivar) antes que resolver en el primer nivel de atención. El aumento de la esperanza de vida en Bolivia viene incrementando la demanda y carga de los servicios. 			
PROPUESTAS COMUNES	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de una política nacional de salud que articule y fortalezca las iniciativas de los seguros de salud locales Garantizar la sostenibilidad del financiamiento con recursos del gobierno central y fuentes alternativas locales. Fortalecer el personal médico brindándoles estabilidad laboral, salarios suficientes y condiciones laborales adecuadas El gobierno central debe invertir más para la mejora de la infraestructura y de equipos médicos. Impulsar un pacto nacional de salud con la participación de todos los actores involucrados. 			

Fuente: Elaboración propia con base en Presentaciones realizadas por los responsables de los seguros de salud en la "Mesa de trabajo sobre seguros locales", CEDLA, 2016.

El gobierno comenzó a implementar su anunciado programa en términos de confidencialidad y sin planificación que lo sustente. Esto genera en la población incertidumbres y cuestionamientos sobre los beneficios efectivos para el país y, en particular, interrogantes sobre la situación de urgencia, que exige mejora de la atención de los servicios de salud públicos.

EL PROGRAMA BOLIVIANO, ENTRE DUDAS Y PREOCUPACIONES

Incertidumbre en la instalación de ciclotrones y centros de medicina nuclear*

Los contratos, con el complejo ruso Rosatom y la argentina INVAP, ambos por casi 480 millones de dólares, generan incertidumbre en la población sobre sus objetivos, magnitud y resultados finales en términos de desarrollo científico, investigación, aplicaciones industriales y en particular en el ámbito de la salud.

También crean interrogantes sobre cómo el gobierno planifica la intervención estatal e inversiones destinadas al uso pacífico de la energía nuclear, y en términos de equipamiento e investigación para el uso de tecnología nuclear con fines médicos.

Entre las grandes incertidumbres, destaca que el "Plan de Investigación y Uso del Reactor Nuclear" no fue discutido con universidades y centros de investigación; y en general, se desconoce la capacidad y nivel de decisión autónoma del país sobre los diseños de ingeniería y construcción, la tecnología y procedencia de los equipos, la magnitud de cada uno, la forma de operación, la factibilidad de inversión económica y uso potencial, y la seguridad en la instalación y posterior operación de los equipos.

De acuerdo con el "Programa Nacional de Ciencia y Tecnología Nuclear", el

Viceministerio de Ciencia y Tecnología propuso tres instalaciones en las que debería concentrarse el Programa Nuclear Boliviano (PNB): el ciclotrón para uso en medicina nuclear, un reactor nuclear de investigación y una planta nuclear multipropósito.

La infraestructura, instalaciones, equipamiento y capacitaciones, constituyen el contrato llave en mano con Rosatom, (es decir ingeniería, adquisición y construcción, EPC por sus siglas en inglés)

La lógica de contar con un ciclotrón, que tiene como principal aplicación la medicina nuclear, llevó a la necesidad de adicionar al Programa Nuclear Boliviano, los Centros de Medicina Nuclear y Radioterapia, que son parte del contrato firmado con la empresa argentina INVAP.

Entre 2010 y 2013, el gobierno anunció reiteradamente que Bolivia invertiría en energía nuclear con fines pacíficos.

En esos años se hablaba de asesoramiento de Rusia. Posteriormente, los presidentes Evo Morales y Mahmud Ahmadinejad, de Irán, firmaron un memorando de entendimiento en el que ambos países expresaron su interés de cooperación para desarrollar

la tecnología nuclear. Además, se solicitó ayuda a Francia y Argentina.

Sólo desde 2016, la política gubernamental empieza a concretarse con la firma de un Memorando de Entendimiento entre el gobierno boliviano y la Corporación Nuclear Estatal Rusa Rosatom, dando inicio el anunciado PNB.

Este se consolida en septiembre de 2017, con la firma del contrato entre Rosatom y la Agencia Boliviana de Tecnología Nuclear (ABEN), para la construcción del Centro de Investigación y Desarrollo en Tecnología Nuclear (CIDTN). La inversión prevista es superior a 300 millones de dólares.

De acuerdo a su creación, el PNB, tiene como objetivo "potencializar los avances científicos y tecnológicos en el país, empleando la tecnología nuclear con fines pacíficos para construir en el país una cultura científica-tecnológica inclusiva, con aplicaciones para la salud, industria, ciencia y tecnología, además de la formación y capacitación de recursos humanos, por lo que establece que es necesario institucionalizar dicho programa para su implementación".

Actualmente, en el marco del PNB la ABEN tiene a su cargo la construcción de infraestructura e implementación del Centro de

Investigación y Desarrollo en Tecnología Nuclear (CIDTN).

Según la ABEN, hasta noviembre pasado el CIDTN contaba con las licencias ambientales, radiológicas y los diseños de las construcciones estaban en fase de revisión y aprobación.

EL CICLOTRÓN PARA USO EN MEDICINA NUCLEAR

El ciclotrón es un acelerador de partículas que permite producir radioisótopos (radiofármacos) que ayudan en el diagnóstico de enfermedades al interactuar con las células.

Los radiofármacos tienen tiempo de vida corta y al ser utilizados en el diagnóstico no dejan trazas en el organismo ni en el ambiente. En general no producen modificaciones fisiológicas visibles por interacción con biomoléculas específicas del organismo (tienen mínimo efecto farmacológico o ninguno).

Se trata básicamente de una cámara cilíndrica de alto vacío en la que, mediante un campo magnético paralelo al eje del cilindro y un sistema de radiofrecuencia para generar un campo eléctrico alternante, es posible acelerar a energías muy elevadas partículas elementales (como protones y deuterones) producidas mediante una fuente de iones situada en el centro de la cavidad.

Estas partículas se hacen chocar con los blancos, en los que tienen lugar reacciones nucleares que llevan a la obtención de los isótopos emisores de positrones, los que serán finalmente utilizados para sintetizar los diferentes radiofármacos.

Entre los radioisótopos producidos en ciclotrones y que tienen mayor aplicación al presente, se encuentra un radioisótopo del flúor, el F-18, que es una fuente de positrones, es decir, electrones positivos, y que cuenta con un periodo de semi-desintegración de aproximadamente 110 minutos.

Su empleo principal son los estudios de tomografía por emisión de positrones (escáner PET), que utiliza las partículas radiactivas para identificar y diagnosticar patologías en órganos y tejidos con esta técnica no invasiva, lo que implica la importancia de la cercanía a centros de diagnóstico para su uso durante el tiempo que se encuentra activo.

El único centro integral de medicina nuclear (diagnóstico y tratamiento avanzado), que cuenta con un ciclotrón para la producción de radiofármacos empleados en el diagnóstico de enfermedades, se encuentra en La Paz y es resultado de una iniciativa privada que empezó a funcionar en julio del 2018.

Otros centros de medicina nuclear en el país no cuentan con servicios para el diagnóstico precoz del cáncer y otras enfermedades por la falta de un ciclotrón que produzca los radioisótopos necesarios para la práctica de esta modalidad de imagen.

Por tanto, la implementación de un ciclotrón implica la necesidad de contar con centros especializados para el diagnóstico y tratamiento (centros de radioterapia). Ninguno de estos fue inicialmente considerado en el PNB ni en el CIDTN.

Un representante de Rosatom señalaba que en el

CIDTN se instalará un ciclotrón radiofarmacológico adaptado para los estudios médicos y varios laboratorios científicos: de análisis con neutrones activos, radioisótopos, radiobiología y plasma.

Lo que significa que el contrato con Rosatom no tenía previsto enfrentar en un centro oncológico, y de manera integral el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades. Esta situación es la que habría llevado a la posterior y tardía firma del contrato con el INVAP, demostrando la forma discrecional como el gobierno adopta decisiones en uno de los componentes esenciales que configuran las responsabilidades estatales en el campo de la salud.

Con relación a la inversión, se conoce que, al contrario de los reactores de investigación, la información sobre los costos de ciclotrones es más abundante y abierta.

Los ciclotrones de Nivel I con una infraestructura mínima de utilización para la producción de radioisótopos y radiofármacos para PET (tomografía de emisión de positrones, de gran utilidad en el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades tumorales), tienen un costo que puede oscilar entre 3 a 5 millones de dólares incluyendo la infraestructura civil.

Para un ciclotrón del Nivel II, se estima de 4 a 7 millones de dólares. Los ciclotrones de Niveles III y IV pueden costar varias decenas de millones de dólares. La operación y eficiente utilización de un ciclotrón también son costos que se deben considerar, los que pueden variar de 100 a 300 mil dólares anuales.

En el mundo hay varias empresas que ofrecen ciclotrones, y actualmente ofertan esta tecnología sólo para fines de medicina o investigación. La decisión del tipo de tecnología, el alcance de la misma y la inversión deberían ser parte de la planificación gubernamental para atender con seriedad y conocimiento las necesidades nacionales en el campo de la salud y los objetivos que el país se plantea.

TRES CENTROS DE MEDICINA NUCLEAR y RADIOTERAPIA

De acuerdo a información del Ministerio de Salud de febrero de 2018, ABEN y la empresa estatal argentina INVAP, firmaron un contrato para la construcción, equipamiento y capacitación de recursos humanos para tres Centros de Medicina Nuclear y Radioterapia.

Estarían ubicados en las ciudades de El Alto (en los mismos predios del CIDTN, en la zona de Parcopata), La Paz (Meseta de Achumani) y Santa Cruz, donde aún no se ha definido el lugar.

El contrato con INVAP por invitación directa y “llave en mano”, contempla el diseño integral de los tres Centros de Medicina Nuclear y Radioterapia, su construcción y equipamiento, la puesta en marcha, formación de estudiantes, asesoramiento local de profesionales para el inicio de las actividades, el soporte remoto y la consultoría para una gestión sustentable.

El Ministerio de Salud señaló que el contrato para la instalación de los tres Centros de Medicina Nuclear firmado

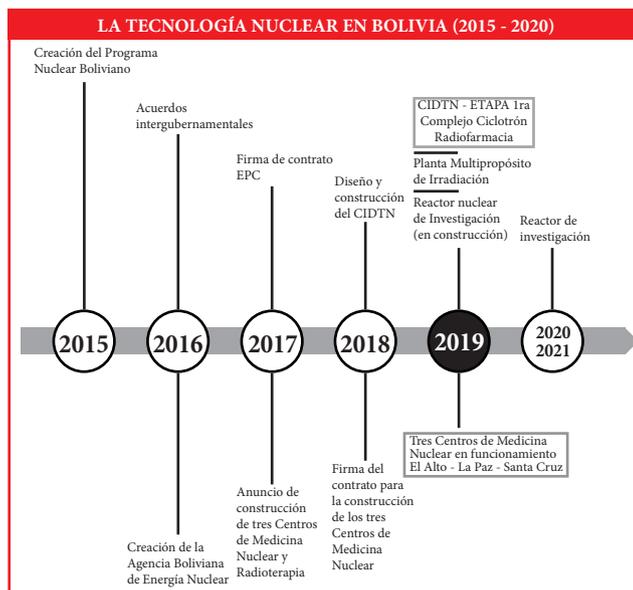
con el INVAP tiene tres componentes: un ciclotrón (generador de radioisótopos), un PET Scan (sistema de escaneo para el diagnóstico temprano de enfermedades oncológicas, cardíacas y neurológicas), y un acelerador lineal (radioterapia para un tratamiento focalizado) y también quimioterapia.

En conjunto el costo alcanza a 150 millones de dólares y de acuerdo a la ABEN, estarían en funcionamiento en 2019. Sin embargo, hasta la fecha se desconocen los avances y tampoco son evidentes las acciones de desarrollo de la infraestructura anunciada en las tres ciudades.

Con este contrato, de concretarse el promocionado y ambicioso PNB, este contaría con cuatro ciclotrones con fines médicos, tres estarían ubicados en los Centros de Medicina Nuclear y Radioterapia de La Paz y Santa Cruz, y dos en El Alto; de estos últimos, uno estaría bajo responsabilidad de Rosatom y tendría como fin un Centro de diagnóstico y radiofarmacia y el otro bajo responsabilidad de INVAP, destinado al Centro de Medicina Nuclear.

REFLEXIONES

Los términos de “confidencialidad” en los que se desarrolla el Programa Nuclear Boliviano, que tiene dos contratos, el primero con Rosatom por 318 millones de dólares y el segundo con INVAP por 159 millones de dólares, en total \$US 477 MM, generan incertidumbre y cuestionamientos sobre sus objetivos, magnitud y resultados finales en términos de los beneficios de este



Fuente: Informe Anual 2017, ABEN
http://www.aben.gob.bo/es/files/publicaciones/memoria_institucional_ABEN_2017.pdf

programa y sobre las millonarias inversiones.

Si bien la ABEN se encarga de socializar los beneficios futuros de los planes gubernamentales de mayor uso de tecnología nuclear con fines pacíficos y los componentes generales del PNB; los acuerdos alcanzados con empresas extranjeras y las condiciones de los contratos se mantienen en total reserva.

Menos aún se conocen los avances en la ejecución de las instalaciones para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades que deberían entrar en funcionamiento en 2019.

Mientras tanto, poblaciones afectadas por enfermedades como el cáncer continúan esperando del gobierno acciones reales, decididas y transparentes en el campo de la salud.
 *Silvia Molina, investigadora del CEDLA.