MOVILIZACIONES POPULARES DE SALUD EN BOLIVIA
(Decenio 1980-1990)

Dr. Jorge Ausa Lopez

Desarrollo Social con Salud.

La declaración de Alma Ata el año 1978 hace mención especial “Salud para todos el año 2000” considerando para el logro la estrategia de la Atención Primaria de Salud, a través básicamente de acciones de prevención y promoción para la salud, para lo cual se requiere la participación de grupos intersectoriales de la comunidad, que las políticas para la salud estén paralelamente a las políticas de la agricultura como parte de la lucha contra la desnutrición, la vivienda, el saneamiento básico, abastecimiento de agua para todos, alfabetización, educación sanitaria a todo nivel de nuestra sociedad, y otras acciones para mejorar el nivel de vida del individuo, la familia y la comunidad aquella declaración de Alma Ata, fue una esperanza para los países en “desarrollo”.

Problemas de Salud en Bolivia.-1960-1970

Los problemas más dominantes de salud de aquel decenio corresponde a enfermedades que en países Sud-desarrollados como el nuestro eran superados paulatinamente haremos referencia algunas como la Poliomielitis: Los datos son alarmantes y reconocidos por el Ministerio de Salud(1), así en el año 1970 nos informan de un brote epidemiológico con ciento once (111) casos confirmados, de los cuales corresponden a Cochabamba 87; pero quizá el mas grave que se registra entre 1979-1980 y el peor en la historia del país de esta enfermedad, en la que se registran 433 casos de enfermos confirmados con polio, en poblaciones de mayor concentración (Cochabamba- La Paz- Santa Cruz y Oruro)

*Sarampión: El año 1981 fueron denunciados en todo el país 6.279 de sarampión, este numero probablemente fue el doble en razón de que por cada enfermo denunciado dos o tres no son registrados en los servicios de salud, de este total corresponde 1.175 a Cochabamba; 888 Santa Cruz; 692 Potosí; 907 Oruro.

*Coqueluche: También se tiene reporte en el Ministerio de Salud en el año 1981 de 5.023 enfermos con tos ferina, cifra por demás elocuente para pensar en epidemia, también debemos mencionar como enfermedad prevenible el tétanos perinatal y neo natal con alta tasa de mortalidad especialmente en el área rural.

*Bocio Endémico: Este problema de salud identificado como nutricional de alta prevalencia e incidencia, sobre todo en escolares hasta los 15 años de edad, los datos corresponde a investigaciones encargadas por el Ministerio de Salud, en caso especial en Chuquisaca, investigación a cargo del Dr. Antonio Pardo, otros
en Cochabamba, Tarija, Santa Cruz, La Paz, cuyos resultados en promedio nos dan las siguientes cifras(2) también por cierto alarmantes como La paz 61%; Chuquisaca 76%; Potosí 68%; Santa Cruz 75%; Beni 62%; para confiar estas datos se estudiaron 286 localidades de los cuales 9 fueron urbanas y 277 rurales; con llamada de atención al sector Salud fue la mención de Cretinismo Endémico hasta el 16% en las localidades, Cerozal del Rosario en Chuquisaca y la Larecaja en La Paz.

Estos estudios se realizaron considerando la clasificación del bocig por examen físico y recomendado por la O.P.S., reconociendo el “grado O” tiroideos no palpable pero de tamaño normal, hasta el “grado 4” del bocig gigante o monstruoso a simple vista(3).

**Diarrreas:** A manera de información, de este problema de salud infantil hacemos referencia el trabajo del Dr. Hans Delliens S del “brote epidémico en Trinidad-Beni, de mayo a junio 1959”(4) que relata en un periodo de dos meses de 488 niños con diarrea, de los cuales mueren 30 niños, esta enfermedad por demás endémica en nuestro país, relacionada con el medio ambiente hostil, dotación de agua potable, desnutrición; en general en esos años y aun en el presente sigue como problema de prioridad comunitaria.

**Situación critica de la salud pública boliviana.**

La salud pública, desde el punto de vista social tiene connotaciones diferentes entre la enfermedad individual y los problemas dominantes de salud comunitaria, la primera requiere atención curativa, la segunda requiere promoción y prevención, el fracaso de estos o no realizar es la enfermedad y muerte, en aquella época y en la actual la salud comunitaria es deteriorada, ello permite identificarnos aún más como subdesarrollados.

Hagamos mención suscitante de algunos datos de morbi-mortalidad en 1980, con una población de 6.500.000 hab. Población joven con 41% menores de 15 años; 23% mujeres en la edad fértil ambos constituyen el 64% de nuestra población, crecimiento vegetativo 2.8%; fecundidad 4.7 hijos por mujer promedio; tasa elevada de mortalidad infantil 168%; medio ambiente urbano en general contra la salud; falta de agua potable, alcantarillado insuficiente, manejo de basuras; alarmante desnutrición en niños menores de un año, hemos descrito enfermedades prevenibles, frente a esta situación se requiere de un plan de acción en un contexto de la salud pública, considerando como doctrina que la salud-enfermedad no son fenómenos aislados, que requieren para mejorar las condiciones de vida de la población en general decisiones agresivas con objetivos específicos para disminuir la alta tasa de mortalidad materno, perinatal e infantil, mejorar el medio ambiente, para ello partir de las siguientes propuestas.

- La salud es un derecho de todos y no privilegio de pocos.
- Facilitar la accesibilidad a los servicios salud para todos.
- Creación del Servicio Nacional De Salud que permita el uso de los recursos, económicos, humanos y estructuras físicas del sector salud.
- Fortalecer la integración docente asistencial.
- Adecuar la estrategia de la atención primaria de salud.
- Promover la participación comunitaria por la lucha y conquista de su derecho a la salud y educación.
- Que la salud como la educación deben ser considerados como tema social, económico, político y ambiental, dentro de una concepción de derecho inalienable en nuestra sociedad.(5)

**Participación popular en salud.**

En la década del 80, la herencia de periodos dictatoriales militares, dejaron al país en una crisis económica sin precedentes, la deuda externa en un solo año en la dictadura de Banzer aumento el 75% del total acumulado en los últimos treinta años (1942-1972); la "ayuda americana es aquella que se desarrolla la mañana del 24 de agosto de 1971, cuando el embajador Siracusa entrega al Cnl. Banzer un donativo de dos millones de dólares, día en que aun no se recogieron los cadáveres del golpe militar, tres semanas después llegan doce millones de dólares, tres meses después llegan tres millones de dólares en armas y pertrechos de guerra para la represión” (6) deuda externa que aun sigue pagando al pueblo boliviano, en estas condiciones económicas y sociales el pueblo boliviano el año 1983, recupera su democracia y se inicia el renacer de sus organizaciones sociales defensoras de las desigualdades, llámense estas juntas vecinales, club de madres, gremiales, organizaciones laborales, campesinos, juveniles, universitarios y otros.

En esta oportunidad en el sector salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública a la cabeza del Ministro Javier Torres Goitia y un grupo de profesionales con clara identificación y conocimientos de la Salud Pública, definen línea estrategias, partiendo de una reunión histórica en la localidad de Achacalla el 26 y 27 de marzo de 1983, donde se analiza e identifica la situación de salud en el país y necesidad de enfrentar con profunda vocación de servicio apoyados por el Dr. Vladimir Rothauser representante para Bolivia de la O.P.S./O.M.S., después reemplazado por el Dr. Gustavo Mora, en dichas estrategias se determina la imperiosa necesidad de la “Participación organizada de la comunidad para la lucha y defensa de la salud del pueblo” el Dr. Torres Goitia, afirmaba y proponía en su discurso de la 60 Asamblea Mundial de la Salud y decía “La O.M.S. que postula salud para todos el año 2000; ha sido complementada en nuestro país (Bolivia) de acuerdo a nuestra propia realidad... ahora nosotros decimos salud para todos con todos, porque es toda la sociedad boliviana la que solidariamente se esta movilizando en defensa de la salud colectiva”(7)

**Recursos humanos.**

Para el éxito de un programa y éxito de su ejecución es imprescindiblemente el recurso humano, para ello se contó con 120 nuevos ítems para médicos generales, quienes fueron incluidos en el Programa Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS) quienes recibieron en post-grado, formación en 6 núcleos funcionales: 1.- Alta Dirección técnica de organización y administración de servicios de salud, 2.- Coordinación y desarrollo, 3.- Técnica administrativa en salud, 4.- Seguridad Social, 5.- Apoyo administrativo comandado por el despacho ministerial y subsecretarios, 6.- Apoyo y dirección por las Unidades Sanitarias Departamentales. La estrategia básica de acción será coordinada con
los consejos, comités y comisiones populares de salud.

Los PIAAS parte de su actividad fue lograr educar y orientar en una acción de promoción a los Responsables Populares de Salud (RPS) cuyo número en un período de 6 meses formaron un ejercito de RPS, en algo más de 20.000 con actividades para la salud, debemos insistir para el logro de estos recursos humanos, el apoyo económico y técnico de la OPS y UNICEF Bases para la política de salud, del gobierno Democrático y Popular(8)

El departamento de planificación del Ministerio de Previsión, social y Salud Pública en julio 1983, presenta el documento de acción cuyo prólogo pertenece al Dr. Hernán Siles Zuazo, presidente de los bolivianos y decía en parte “Esta dura batalla contra el hombre, la pobreza, enfermedades, en síntesis, la lucha por la salud del pueblo” añadía en el mismo documento el Dr. Torres Goitia “Todo lo que fue imposible lograr con el diseño de costosos programas elitistas, puede hacerse si el pueblo pasa, de ser simple objeto a ser consciente sujeto, para defender su libertad justicia y su salud” con este justificativo y apoyo de la presidencia se:

- Ratifica el papel rector del ministerio de P.S. y S.P. en los planes y programas.
- Identificar y promover los consejos populares de salud, monitorear sus actividades.
- Racionalizar el buen uso de los recursos económicos de cooperación internacional y estatal (tal el caso de UNICEF que de dono para la lucha contra diarrea un millón de sobres de sales de rehidratación oral).
- Las unidades sanitarias, toman el papel de coordinadoras y la ejecución de los programas apoyando a sus distritos de salud, e instrumentos el componente educativo para ejecutar las movilizaciones de salud (vacunaciones).

Primera movilización popular contra la poliomielitis.

Con la dotación del material de vacunas e insumos por la O.P.S./O.M.S. mediante su representante el Dr. Gustavo Mora, la primera movilización fue considerada como un éxito sin precedentes en la historia de la Salud Pública Boliviana, por las metas numéricas de niños que recibieron su dosis de vacuna, que se cumplió en un solo día, los números acumulados en el Ministerio de todo el país daban cuenta que se había logrado inmunizar contra el flagelo de la polio el 92% de los niños menores de 5 años y quizás la grata satisfacción de que no se repetirá las epidemias con las características mencionadas.

Esta hazaña coordinada fue comentada por la prensa escrita, radio y televisión, promoviendo de esta manera a próximas movilizaciones, y quizás un orgullo y satisfacción para todos aquellos que habían intervenido directa o indirectamente, debemos recordar que hasta esa fecha el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones) como programa estatal y gratuito en forma permanente a lo largo del año solo podían cubrir hasta el 30%.

1º Vacunación antipoliomielítica – octubre 1983.
Total niños programados urbano: 331,563
Vacunados  314.885 – 95%
Total niños programados rural:  507.459
Vacunados  323.475 – 63%

2ª Movilización – vacunación antipolio: (Refuerzo y cubrir los niños no vacunados en la primera) Diciembre 11 de 1983.
Total niños menores de 5 años: programado: 839.022
Total niños programados Urbano : 331.561
Vacunados : 312.248 – 94%
Total niño programados rura : 507.459
Vacunados : 337.507 – 66%

3ª Movilización vacunación antipolio: 12 de noviembre de 1984
Total niños menores de 5 años en el país: 839.022
Programados urbano : 331.562
Vacunados : 327.868 – 98.9%
Programados rural : 507.459
Vacunados : 314.376 – 62%

Vacunas contra el sarampión: 8 de abril de 1984
Total niños menores de 5 años programados: 266.553
Vacunados : 219.557 – 97%

Vacuna contra la coqueliche - Difteria y tétanos: 4 de junio de 1984
Total niños programados : 136.734
Vacunados : 105.024 – 76.8%

Vacuna anti amarilla: en áreas endémicas (La Paz – Chuquisaca – Cochabamba – Tarija y Santa Cruz)
Total programado : 108.234
Vacunados : 92.324 – 85.3%

Las vacunas inyectables, como sarampión, triple y fiebre amarilla, se demoró un poco más, pues había que preparar al personal tanto sanitario como los voluntarios de los Comités Populares de Salud, era necesario considerar la diferencia de dejar caer dos gotas antipolio en cada niño, que aplicar una inyección, debemos resaltar el apoyo incondicional de la prensa en general sin costo alguno y la participación militante de los jóvenes que cumplían su servicio militar.

La diarrea y rehidratación oral.

"El descubrimiento de que el transporte del sodio y glucosa, están unidos a nivel intestinal delgado, haciendo que la glucosa acelera la absorción y de la solución y el agua, fue potencialmente el adelanto médico más importante del siglo" (Lancet 1978:300)

Con el apoyo de un millón de sobres de sales de rehidratación oral de UNIFEC, se inicia el programa. La primera, lograr que los servicios de salud, las Unidades Sanitarias del país, conforman en sus distritos “Unidades de Rehidratación Oral Institucionales” (URO-I) y la segunda etapa proyectar este programa a las organizaciones populares, educando en la preparación, uso y conocimiento de los síntomas de deshidratación que produce las diarreas profusas a estos grupos se llamó Unidades de Rehidratación Populares (URO-P); nuevamente juegan un papel importante los PIAAS, comandando a todo nivel junto a las organizaciones defensoras de la salud comunitaria.
Programa contra el bocio PRONALCOB.

Con la asesoría técnica y financiamiento de UNICEF (El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) en Enero de 1984, se inicia una acción de promoción para el uso de la sal yodada, con la activa participación de las organizaciones para la salud, logrando que la comunidad acepte su buena utilización en uso diario, considerando que la prevalencia del bocio endémico afectaba el 65%, el descenso de este porcentaje fue paulatino hasta que el año 1997, el país recibió la certificación internacional como país libre de deficiencia de yodo, el programa culminó por recomendaciones especiales, que en las localidades de Alto riesgo se utilizara aceite yodada inyectable, el año 1985 se inyectaron a 108.000 personas, continuó el año 1986 hasta alcanzar a 215.000 personas.

Medicamentos

La crisis económica por la que atravesaba el país y un proceso inflacionario sin precedentes, los medicamentos se convirtieron de difícil accesibilidad, razón por la que el gobierno hizo esfuerzos para la importación por el Ministerio y su venta a precios accesibles, pero como siempre salieron al frente los enemigos del pueblo y buenos agentes defensores de las transnacionales de importadores de medicamentos, que en dos oportunidades el Dr. Javier Torres Goitia fue interpelado en la Cámara de Diputados por esta causa las farmacias populares tuvieron poca existencia.

Parto gratuito

La mortalidad materna muy elevada 480 por 100.000 nacidos vivos, alta mortalidad perinatal y neonatal, se instituio el parto gratuito en hospitales estatales del país. La Paz Centro de Salud Nº 1 y hospital 20 de Octubre; Oruro maternidad del Hospital General, Potosí, Hospital Daniel Bracamonte, Chuquisaca Hospital Gineocobstética y otros, lamentablemente programa de poca duración hasta el inicio de un nuevo gobierno, pero dejando constancia que era posible el parto gratuito, que mas después nace de alguna manera el SUMI.

Comentario.

1.- A la cabeza del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (Min. de PS y SP) Dr. Javier Torres Goitia, los subsecretarios (Vice ministros) Dr. Jorge Auza Lopez y Dr. Jorge Dorado de la Parra, sería muy larga la lista de los participantes en estos programas, resultando sin embargo los representantes de la OPS/OMS Dr. Gustavo Mora, representante de UNIFEC, Lic. José Carlos Cuestas Z. Lic. Julio Mantilla Cuellar, ex alcalde y autor del libro “Bolivia. Salud y conciencia nacional”, los directores de las Unidades Sanitarias del país; hacer mención especial a los cientos de los representantes de los comités de salud, tanto nacionales, departamentales, provinciales y otros, a todos ellos nuestro cálido homenaje y recuerdo.

2.- Debemos destacar en los grupos conductores la presencia de profesionales médicos jóvenes, con formación en salud pública, quienes cumplieron uno de los postulados de la “Sociedad boliviana de salud pública” que dice “participar con la concepción de las movilizaciones populares, gremiales, sindicales, culturales,
sociales y otras para trabajar con ellos en la protección y mejoramiento de la salud”(9)

3.- Con los planes y programas de las movilizaciones por la salud hubo un significativo descenso de la mortalidad infantil de 200 por mil nacidos vivos, por debajo de 100 seguramente mucha juventud de hoy es infantiles en el año 1983 son al presente ciudadano de bien.

4.- Ley Nº 1556 de 20 de abril de 1994 de Participación Popular sin lugar a dudas tuvo su origen en las “Movilizaciones Populares de Salud” determinando dicha ley a los Municipios de Salud, con actividades que señala una salud pública integral comunitaria a través de la promoción prevención y reparación de la salud, con esta ley los municipios y prefecturas están obligados a protagonizar el mejoramiento de la salud y educación constituyendo estos dos pilares sociales los verdaderos derroteros hacia el desarrollo de nuestro país.

5.- Ley Nº 2426-21 de noviembre de 2002 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) ley que debe ser considerada como una conquista médico-social y que determina principalmente los recursos necesarios para programas en defensa de la maternidad e infantil.

Debemos admitir los alcances de esta ley que requiere por parte de los municipios y prefecturas identificar los problemas de prioridad en cada municipio recurriendo a profesionales que tengan aptitudes de servicio a las comunidades, con alta dosis de conducta humana hacia nuestro pueblo, que requiere mejores condiciones de vida. Debemos asegurar que los recursos económicos y estructuras bien utilizados serán de beneficio.

6.- Ley Nº 1737 del 17 de diciembre de 1996, y su reglamento Ley del medicamento, en la política nacional del medicamento en su art. 1 inc. f) dice “establecer, incentivar y fomentar en todo el país farmacias populares y/o comunales”, en el decreto supremo Nº 24672 en su artículo 58 dice: “se autoriza la apertura de farmacias populares sin fines de lucro... la propiedad puede ser de municipios, juntas vecinales, organizaciones territoriales de base (OTB’s)” Art. 59 “Los hospitales y otros establecimientos de salud pública o privados, podrán instalar farmacias hospitalarias... a fin de prestar servicios sin previsión hospitalarias en el artículo 58, estas leyes poco se aplican por desconocimiento o falta de interés de servicio y defensa de la economía popular.

7.- Las Organizaciones Territoriales de Base (OTB’s) que contempla la ley de participación popular en el art. 14 a) dice a manera de ampliación de competencias de municipios “dolar el equipamiento mobiliario, material didáctico, insumos y suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de salud... administrando y supervisando su uso...” inciso d) “fiscalizar, supervisar y proponer el cambio o ratificación de las autoridades en el área de salud pública con arreglos a los reglamentos... por gestión directa o a solicitud de las OTB”. Estas competencias corresponde a las OTB, lamentablemente sus actividades de fiscalizar los recursos y obligaciones de los municipios, comparten ciertas conductas con los municipios
unas veces por falta de conocimiento de sus derechos o las más de las veces por compromisos.

8.- Reglamento del Seguro Médico Gratuito de Vejez, 30 de Septiembre de 1998, dispone en su art. 3 “Con derecho a estas prestaciones de este seguro los bolivianos de ambos sexos, con radicatoria permanente en el territorio nacional que tengan 60 años o más de edad...” art. 9 “El otorgamiento de las prestaciones es de carácter absolutamente gratuito para los asegurados (personas de mas de 60 años) y se sujeta a las regulaciones establecidas”(10) como consecuencia de haber disminuido la mortalidad general y aumentando la expectativa de vida, aumenta el número de la tercera edad (basta recurrir al número de beneficiarios del BONOSOL) si bien dicho D.S. cubre algunas necesidades de este grupo social, los servicios ofertados son insuficientes e ineficientes. Es necesario dotar de servicios especializados y exclusivos para la atención por especialistas en geriatría, considerando que los males de la ancianidad tienen carácter de polipatías, que generalmente padecen los adultos que requieren atención social, biológica, psicológica y sobre todo humana.

9.- Actualmente existen leyes y decretos que otorgan derechos para la salud, diferencia a las movilizaciones populares de salud que carecían de respaldo jurídico sin embargo se logró avances solidarios por la salud del pueblo; las autoridades municipales y prefecturas deben tomar el rol de conductores hacia el bienestar y salud del individuo, familia y comunidad, especialmente de las personas que carecen de accesibilidad a los servicios de salud, tal el caso de las comunidades rurales.

Cochabamba, 18 de abril de 2006

BIBLIOGRAFÍA


Lic. Julio Montilla Cuellar: Bolivia: salud y conciencia nacional – UNICEF.