

“LA SALUD Y LAS POLÍTICAS DE SALUD”

En un momento político marcado por tensiones económicas, desconfianza institucional y urgencias sociales, el foro “Diálogos al Café – Marcos Escudero” dedicó una edición especial al debate sobre salud pública. Participaron Fernando Lavadenz, autor de una propuesta estratégica desde Fundación Milenio, junto a los responsables del área de salud de tres frentes políticos con presencia nacional: Guillermo Cuentas (Unidad), Cecilia Vargas (Libre) y Aníbal Cruz (Súmate).

El objetivo fue ambicioso: diagnosticar el estado del sistema de salud boliviano, discutir propuestas estructurales y revelar coincidencias o divergencias entre los proyectos de país que competirán en las urnas. Lo que emergió fue más que un debate: una radiografía sin anestesia de las debilidades del sistema, pero también una serie de propuestas técnicas que podrían constituir los cimientos de una reforma sanitaria de alcance nacional.

DIAGNÓSTICO COMPARTIDO: FRAGMENTACIÓN, REZAGO Y UN SISTEMA QUE NO RESPONDE

En una exposición extensa y argumentada, Fernando Lavadenz sostuvo que Bolivia arrastra un sistema de salud profundamente fragmentado, basado en un modelo curativo y centrado en maternidad e infancia, que no se ajusta al nuevo perfil epidemiológico del país. En lugar de prevenir, el sistema reacciona tarde, sin coordinación ni tecnología, y con una arquitectura institucional incapaz de absorber crisis complejas como la del COVID-19. El “shock” de la pandemia dejó 135.000 muertes en exceso y reveló una ausencia crítica de gobernanza epidemiológica.

Guillermo Cuentas (Unidad) coincidió en que Bolivia enfrenta una crisis de modelo en tres dimensiones: atención, gestión y financiamiento. Desde una perspectiva histórica, subrayó que ni siquiera la seguridad social ha logrado avanzar, pese a contar con más de 5.000 millones de bolivianos en caja. Habló de un sistema anclado en normativas del siglo pasado, incapaz de responder con eficiencia a la triple carga de enfermedad actual: transmisibles, crónicas y mentales.

Desde Libre, Cecilia Vargas denunció un modelo “obsoleto en todas sus capas”, pero recordó que aún existen zonas donde la mortalidad materna e infantil no ha sido resuelta. Insistió en no abandonar estos indicadores como referencia, pues expresan desigualdades estructurales. También apuntó que la descentralización desordenada ha producido una especie de “monstruo de tres cabezas”, donde ministerio, gobernaciones y municipios se bloquean mutuamente.

Para Aníbal Cruz (Súmate), la gran falla es que “la gestión en salud no se mide por muertos ni curados, sino por obras y cemento”. Lamentó que el ministro de turno se enfoque más en discurso político que en estrategia sanitaria, y propuso una gobernanza técnica con responsabilidad clara sobre promoción, prevención y respuesta frente a enfermedades transmisibles o emergentes.

Incluso desde el público surgieron reclamos por la ausencia de datos confiables, especialmente en salud ocupacional y vigilancia epidemiológica. Se cuestionó que ni siquiera se conozcan con

certeza las causas de enfermedad y muerte en sectores clave como los trabajadores formales e informales.

REFORMAS CLAVE: CAPITAL HUMANO, DIGITALIZACIÓN Y LÍNEAS DE CUIDADO

Uno de los pilares donde se concentró mayor acuerdo fue el del capital humano en salud. Lavadenz, Cuentas y Cruz coincidieron en que Bolivia requiere una verdadera carrera sanitaria nacional, basada en méritos, estabilidad contractual, formación continua y reglas uniformes. Hoy existen más de 15 modalidades de contratación que impiden construir trayectorias profesionales y fomentan la deserción de médicos jóvenes.

Unidad propuso formar especialistas bajo alianzas con sociedades científicas, mientras Libre planteó incluir seguros de praxis médica y humanización como parte del sistema. Súmate fue más lejos: propuso concursos públicos con participación colegiada, y denunció que los egresados enfrentan requisitos absurdos como “dos años de experiencia” para su primer empleo.

En cuanto a tecnología, todos coincidieron en que Bolivia debe digitalizar su sistema de salud. Pero el alcance de esa digitalización varía. Para Libre, la prioridad es la interoperabilidad, es decir, que los datos fluyan entre niveles y regiones. Para Unidad, el expediente clínico digital debe ser obligatorio y universal, integrando al sector privado, público y de seguridad social. Súmate propuso usar inteligencia artificial aplicada a medicina personalizada, replicando experiencias de Israel y Uruguay.

Las líneas de cuidado fueron otro concepto transversal. Lavadenz ejemplificó con el cáncer de cuello uterino: sin monitoreo continuo ni indicadores comunes entre vacunación, diagnóstico y tratamiento, es imposible mejorar resultados. Cruz y Vargas coincidieron: no se trata solo de abrir más hospitales, sino de hacerlos funcionar con lógica preventiva y basada en resultados.

GOBERNANZA, FINANCIAMIENTO Y TERRITORIO: CAMINOS HACIA LA MISMA META

La descentralización y el financiamiento revelaron las principales diferencias entre los frentes políticos. Libre propuso una descentralización profunda y real, en la que el 68% del presupuesto nacional se transfiera directamente a regiones con autonomía operativa y digital. Según Vargas, esto permitiría adaptar políticas al perfil epidemiológico local, cortar con la ineficiencia centralista y responder con mayor agilidad.

Unidad planteó un modelo intermedio: tres sistemas metropolitanos (La Paz-El Alto, Cochabamba-Sacaba, Santa Cruz-Montero) donde se concentran recursos humanos, equipamiento y toma de decisiones técnicas. Para Cuentas, este es el único camino viable si se quiere evitar repetir los errores de municipalización fragmentaria.

Súmate propuso un pacto fiscal con municipios, acompañado de condiciones técnicas y de rectoría nacional. Además, planteó crear tres viceministerios: uno para enfermedades crónicas, otro para tecnología médica y otro para prevención y vigilancia.

Desde Milenio, Lavadenz defendió la creación de cuatro mancomunidades financieras regionales y un fondo nacional de reaseguro para enfermedades de alto costo. También propuso un sistema de compras consolidado que evite que algunos municipios acumulen recursos mientras otros no pueden pagar una cesárea.

En cuanto a aseguramiento, todos coincidieron en que el sistema actual es excluyente. Millones de personas están fuera de la seguridad social y no confían en el SUS. Mientras Unidad y Súmate plantearon esquemas contributivos y no contributivos diferenciados, Libre insistió en integrar sistemas mediante tecnología y cobertura progresiva.

CONSIDERACIONES FINALES

Más allá de las diferencias, el foro dejó señales claras de una convergencia técnica real. Hay conciencia de que sin un pacto nacional sobre salud –que trascienda ideologías y periodos de gobierno– cualquier intento de reforma se verá truncado por el corto plazo y la polarización.

En su intervención final, Fernando Lavadenz propuso crear un “partido sanitario transversal”: una coalición cívico-técnica que actúe como fuerza moral y política para exigir reformas sostenidas, independientemente de quién gane las elecciones. La idea no es crear una sigla, sino un frente amplio que proteja el derecho a la salud como bien público nacional.

La audiencia recogió el guante. Varios comentarios plantearon que una sociedad que no puede cuidar a sus médicos, ni garantizar medicamentos, ni ofrecer prevención efectiva, tampoco puede construir ciudadanía. Con el Bicentenario a la vista, el foro cerró con una consigna implícita: es tiempo de tratar a la salud como prioridad de Estado, no como eslogan de campaña.

Disertantes: **Fernando Labadenz** (Fundación Milenio)
Guillermo Cuentas (UNIDAD)
Cecilia Vargas (LIBRE)
Aníbal Cruz (SUMATE)

Moderador: **José Orias**

Enlaces de Video:

- **Facebook:**
<https://www.facebook.com/share/v/1GFpnhxCRn/>
- **YouTube:**
Fernando Labadenz xxxxxxxxxxxxxxxx
Guillermo Cuentas xxxxxxxxxxxxxxxx
Cecilia Vargas xxxxxxxxxxxxxxxx
Aníbal Cruz xxxxxxxxxxxxxxxx