

## BOLIVIA

2004

### **SISTEMA REGIONAL DE DATOS BÁSICOS EN SALUD - PERFIL DE PAÍS** RESUMEN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y TENDENCIAS DE SALUD - BOLIVIA -

Versión actualizada al 9 de noviembre de 2004, La Paz Bolivia.

#### SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS / PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD / RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

##### • SITUACIÓN GENERAL Y TENDENCIAS

Bolivia es una república unitaria de régimen presidencialista, dividida políticamente en 9 departamentos, 112 provincias y 314 municipios. Se ubica en la parte central de Sud América lo que le otorga una posición geográfica subregional integradora estratégica de vinculación entre las costas del Atlántico y Pacífico. El 62% del territorio boliviano se sitúa en la Amazonia y el chaco y el 32% en la zona andina alta.

**Demografía:** El 56% de los 8.274.325 bolivianos (Censo 2001) se autoidentifican como Quechuas o Aymaras y un 6% como Guaranis o en alguno de los 32 grupos étnicos minoritarios de la amazonía boliviana. El 60% de la población tiene menos de 25 años y solo el 7% es mayor de 65. La población boliviana crece a una tasa promedio anual de 2.7% (INE). La última encuesta de demografía y salud (ENDSA 2003) registra una tasa global de fecundidad de 3.8 hijos por mujer con diferencias 3.1 en el área urbana y 5.5 en el área rural.

**Economía:** Entre 1991 y 2002 el PIB creció a un ritmo anual de 3,5 %, llegando a US\$ 882.9 per cápita en 2002. La inflación decreció de 14.5% en 1991 a 2.5% en 2002, y la tasa de desempleo abierto subió de 5.9% en 1991 a 8.7% el 2002, no obstante ello, sólo 48% de la población ocupada en ciudades capitales es asalariada y goza de protección y beneficios sociales. La incidencia de pobreza, medida por la vía del ingreso, se redujo de 80% en 1976 a 64% en 2002 (INE. 2003) El coeficiente de Gini para la distribución del ingreso llegó a 0,53 en 1996 y alcanzó a 0.60 el 2002 (UDAPE 2003). Según datos del último censo (2001) la tasa de analfabetismo promedio nacional es de 13%. En el área urbana 6% y en el área rural 25%. La tasa de analfabetismo se distribuye 26% en mujeres y 6 % en hombres.

**Mortalidad:** En el periodo 2000 -2005, la tasa bruta de mortalidad estimada es de 8.2 muertes por mil habitantes y la esperanza de vida al nacer en ambos sexos 63.6 años (En el tercer renglón del primer párrafo ya esta marcada la esperanza de vida redondeada a 64 años, sería conveniente eliminar una de las dos menciones) (INE-CELADE 2004). Desde el 2003 se ha implementado un sistema nacional de registro de estadísticas vitales. Hacia el año 2003, se considera que en todo el país el subregistro de mortalidad general alcanza el 63%. En un estudio de mortalidad realizado el 2000, se señala que las principales causas de mortalidad tienen que ver con las enfermedades del sistema circulatorio (30,3% de las defunciones), enfermedades transmisibles (12,0%) y las causas externas (10,7%). El 10,8% de las defunciones fueron clasificadas con signos y síntomas mal definidos.

**Política:** Las desigualdades en lo social y económico han dado lugar al resquebrajamiento de la cohesión social entre los bolivianos. La magnitud del déficit fiscal y los intentos del Gobierno de establecer políticas tributarias, desencadenaron dos conflictos sociales de magnitud el 2003, el primero en febrero con un resultado

de 30 muertos, a raíz de un enfrentamiento entre las fuerzas de la policía y el ejército, y, en octubre del mismo año, otro enfrentamiento social con las fuerzas del orden público y ejército con un resultado de 70 muertos. Este último movimiento social derivó en el cambio del Presidente de la República, a través de un proceso de sucesión presidencial constitucional; en este movimiento quedó comprometida la revisión de la ley de hidrocarburos y el cumplimiento de una Asamblea Constituyente a llevarse a cabo los años 2005- 2006.

## **PROBLEMAS ESPECÍFICOS DE SALUD**

### **Análisis por grupo de población**

**Niños (0-4 años):** La tasa de mortalidad infantil ha descendido de 94 por mil nacidos vivos en 1989 a 54 por mil nacidos vivos el 2003, (ENDSA 2003). La mortalidad infantil al 2003 sigue siendo alta en el área rural (67), o cuando la madre no tiene instrucción escolar (87). En el 2003 la mortalidad neonatal es de 27 por mil, la pos neonatal 27 por mil y la pos infantil 22 por mil. La tasa de mortalidad en la niñez se redujo de 131 por mil nacidos en 1989 a 75 el 2003, el mismo año, la mortalidad en la niñez de madres sin educación es de 128 por mil. El mayor riesgo de morir en los niños se presenta en el primer mes de vida, representando el 40% de las muertes de los menores de 5 años, la mayor proporción de estas muertes (32%) se deben a cuadros de origen infeccioso, principalmente la septicemia, siguen como causas los trastornos relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer con un 30% y los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal con un 22%. (OPS/OMS 2002).

**Adolescentes (10-14 y 15-19 años):** Según la Encuesta de Demografía y Salud 2003, el 16 por ciento de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, (13.7% en 1998). Esta proporción es relativamente baja entre los 15 y 16 años y se incrementa por arriba del promedio a partir de los 18 años (26 por ciento). Los mayores porcentajes de adolescentes que son madres o están embarazadas se presentan entre las mujeres sin educación (47 por ciento). Según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazo se encuentran entre las adolescentes que residen en el área rural (22 por ciento) y en la zona del Llano (21 por ciento).

**Adultos (20-59 años):** El año 1976 la tasa global de fecundidad en mujeres sin educación era de 6.6 hijos por mujer, el año 2003 la tasa para las mujeres sin educación es 6.8 hijos por mujer (ENDSAs). Las mujeres con grado de educación superior el año 1976 tenían una tasa global de fecundidad de 3.1 hijos por mujer y el 2003 tienen una tasa de 2.1 hijos por mujer. La mortalidad materna estimada en 390 por 100.000 n.v. en 1994 se ha reducido a 230 por 100.000 n.v. el 2003, no obstante ello, las desigualdades en la probabilidad de muerte materna siguen siendo mayor para las mujeres que vienen en el área rural, aquellas que tienen bajo grado de instrucción, las que son de origen indígena y/o campesina y también las que han migrado a los centros urbanos en busca de mejores condiciones de vida.

### **Análisis por tipo de enfermedad o daño**

**Enfermedades prevenibles por vacunación:** Según la encuesta de Demografía y Salud, 2003 (ENDSA), 92.4% de los niños menores de un año han recibido la vacuna BCG. En el mismo grupo de edad, la cobertura de vacunación pentavalente alcanza a 93% la primera dosis, 82% la segunda dosis y 65% la tercera dosis. La

cobertura de vacunación antipoliomiélica es de 92%, y de vacunación antisarampionosa de 76%.

Entre mayo 1998 y octubre 2000 ocurrió una epidemia de sarampión, con 4.751 casos sospechosos y 2.567 confirmados a nivel nacional, de los cuales el 55 % fueron menores de 5 años. Desde octubre del año 2000 (semana epidemiológica 40) no se ha reportado ningún caso de sarampión. En 2000 ocurrieron brotes de rubéola con patrón epidemiológico similar a sarampión, confirmándose 434 casos; en julio de ese año se implementó la vigilancia integrada sarampión-rubéola y se incorporó la vacuna sarampión-rubéola-parotiditis al esquema regular del PAI en la población de 12 a 23 meses de edad. En 2001 se reportaron 1682 casos sospechosos de rubéola, 504 casos el 2002 y 190 casos sospechosos el 2003. Entre 1996 y 2000 se registraron 5435 casos de parotiditis (2.157 en 1996 y 616 en 2000). Entre 1998 y 2000 la tasa de notificación de parálisis flácida aguda en menores de 15 años descendió de 1.2 a 0.7 casos por 100.000 menores de 15 años y la toma adecuada de muestra de heces para vigilancia de PFA aumentó de 58% a 72%. En 1998 se reportaron 4 casos de difteria y 22 casos en 2000; los siguientes años se notificaron cero casos el 2001, 5 casos el 2002 y 3 casos el 2003. La tos ferina fue notificada en 10 casos, 27 y 24 en los años 2001, 2002 y 2003 respectivamente. El año 2000 se han notificado 2 casos de tétanos neonatal, el 2001, 2002 y 2003 se notificaron 3 casos de tétanos neonatal cada año.

**VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual:** El Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA ha registrado desde 1984 a diciembre 2003, 1226 personas que viven con el VIH-SIDA en el país. En el año 2003 los grupos de edad más afectados son los comprendidos entre los 25 y 34 años, con 45% de las notificaciones, y entre 15 y 24 años de edad con un 26% de las notificaciones. Las relaciones sexuales siguen siendo la vía de transmisión más frecuente, dentro de esta vía de transmisión el 67% ha contraído el virus por relaciones heterosexuales, el 23% por relaciones homosexuales y el 10% por medio de relaciones bisexuales. La razón hombre/mujer es de 2,8 a 1. De 225 notificaciones registradas en el país durante el 2003, la mitad ya tiene SIDA lo que significa que la detección sigue siendo tardía. La vigilancia centinela ha detectado prevalencias de VIH inferiores a 1% en gestantes y más de 5% en poblaciones con comportamientos de alto riesgo lo que clasifica al país con una epidemia concentrada. Datos del Sistema Nacional de Información en Salud registran un incremento de las tasas de infección de gonorrea de 110 casos por 100.000 habitantes en 1996 a 140 casos en 2000. En el caso de la sífilis para personas entre 15 y 49 años, se registra un incremento de casos, de 60 por 100.000 en 1996 a 100 por 100.000 en 2000. En el mismo tramo de edad, la tricomoniasis ha tenido un descenso de 210 casos por 100.000 en 1996 a 80 casos el 2000.

**Enfermedades infecciosas intestinales:** En el año 2003, el 22 por ciento de los niños menores de cinco años tuvo un episodio de diarrea en las últimas dos semanas, frente a 19% en 1998 (ENDSA 2003). El año 2001 se reportaron 541.697 casos de enfermedad diarreica aguda, 611.982 casos el año 2002 y 701.182 casos en el año 2003. En los tres años 80% de los casos se produjeron en menores de 5 años. (SNIS)

Entre 1991 y 1995 Bolivia sufrió 40.212 casos de cólera, con 814 muertes. Desde entonces, la incidencia ha ido en descenso: de 2.068 casos en 1996 a 467 en 1998 y cero casos desde 1999. Se continúa sin casos hasta el 2004.

**Enfermedades transmitidas por vectores:** En el año 2000 se reportaron 31.469 casos de malaria por *P.vivax*, con una IPA de 8.8 por mil. Los casos en el 2001 fueron 15.765, con una IPA de 5 por mil. En el año 2002 se notificaron 14.276 casos

de malaria con una IPA de 4.3 por mil. Una atenuación de la epidemia se observa en la infección por *P. Falciparum*, al haberse reducido la notificación de 11.414 casos en 1998, 2.536 casos en el año 2000 y 702 en el 2002. Para el año 2002 el índice de láminas de análisis de sangre examinadas (IASE) se ha mantenido bajo, cercano al 5% de la población expuesta al riesgo (3'337.998 habitantes). El índice de láminas positivas (ILP) después de un marcado incremento presentado en 1998 igual al 40%, ha venido descendiendo hasta 10.4% en el 2002. El comportamiento de estos dos índices indica la presencia de una proporción importante de casos no detectados en la población. Para el primer semestre de 2003, se presentó un incremento del 24% en la transmisión de la malaria en comparación con el año inmediatamente anterior.

El 60% del territorio boliviano es considerado endémico de Chagas por la presencia del vector *Triatoma infestans* en aproximadamente 700.000 viviendas ubicadas en 169 municipios, 13.776 comunidades y una población estimada de 4.000.000 de habitantes en riesgo de enfermar. Según diferentes estudios realizados un 40% de esta población estaría infectada, y un 24% de ella presenta alguna alteración electrocardiográfica compatible con Chagas. El tamizaje serológico para enfermedad de Chagas efectuado el año 2002 en 24 Bancos de Sangre a 34.877 muestras estableció una prevalencia de infección del 12,4% inferior a la registrada durante los años 1998 y 1999 de 17.5%, siendo que para ese entonces se incluyó la información de sólo 5 Bancos de sangre.

En los últimos 7 años se han confirmado 245 casos de fiebre amarilla en Bolivia; 30 casos en 1996, 63 en 1997, 57 en 1998, 68 en 1999, 8 casos en el año 2000, 4 casos el 2001, 15 casos el año 2002 y 6 casos el 2003. Los departamentos más afectados son, Cochabamba y Santa Cruz. En el último decenio la tasa de letalidad por esta patología se ha mantenido por encima del 60%.

La Leishmaniasis en Bolivia se encuentra geográficamente distribuida en el área rural de las zonas tropicales y subtropicales de los departamentos de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca. En el Departamento de Pando, la tasa de incidencia en el año 2000 fue de 380 casos por 100.000 hab. (218 enfermos), 58 por 100.000 habitantes en Beni (215 enfermos). Tasas menores se presentaron en La Paz, 40 por 100.000 y en Santa Cruz, 13 por 100.000 hab. En el año 2002 se han notificado en todo el país un total de 2.627 casos de leishmaniasis.

**Zoonosis:** Los casos reportados de rabia humana fueron 2 el año 2003, 2 el año 2002, 7 el año 2001, 7 el año 2000, 10 el año 1999 y 5 en 1998. El Departamento más afectado es el de Cochabamba seguido de los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Santa Cruz. La tasa de letalidad fue del 100%. La razón existente entre casos de rabia humana y animal es de 1:51 casos y de humana/canina de 1:40 casos. En los años 1999 y 2000 se registró una tasa de rabia canina de 1.2 y 1.8 casos por 10.000 canes.

**Enfermedades crónicas transmisibles :** El año 2002 el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 9.661 casos nuevos de todas las formas de TB, con 85% de casos de tuberculosis pulmonar y 15 % de formas extrapulmonares. La tasa de incidencia por el años 2002 fue de 112.6 por 1000.000 habitantes. En el 2001, el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 8.761 casos de todas las formas de TB, mostrando una reducción en comparación a los 10,614 casos notificados en 1996, la tasa de incidencia por 100,000 habitantes para el año 2002 fue de 110 para todas las formas y de 78 por 100.000 habitantes para las formas pulmonares con baciloscopia positiva. El 76% de los casos diagnosticados a nivel nacional se encuentran en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Más del 80% de los enfermos notificados con tuberculosis se encuentran en los grupos de edad productiva. Aunque

se reconoce un diagnóstico tardío de la tuberculosis, la cobertura de diagnóstico bacteriológico fue del 73% en el 2002 y el éxito del tratamiento de un 85.8%. En el año 2003 se han reportado 85 casos de lepra con una tasa de incidencia de 0.07 por 100.000 habitantes.

**Enfermedades crónicas no transmisibles:** El Cáncer de Cuello Uterino (CaCU) es una enfermedad que constituye un riesgo grave para todas las mujeres y que, debido a su magnitud, constituye un problema de salud pública. En Bolivia, las encuestas de morbilidad realizadas por el Registro de Cáncer de La Paz, de base poblacional, en el período 1978 – 1982 demostraron tasas estandarizadas de 54.4 casos por 100,000 mujeres, entre 35 y 64 años de edad, y de 53.1 por 100,000 mujeres del mismo grupo etareo para el período de 1988 – 1992, denotando una disminución muy poco significativa, entre ambos períodos (Ríos Dalenz y otros 1981 y 1995).

La incidencia de este cáncer es aún mayor en otras ciudades del país como Oruro y Potosí cuyas tasas son de 60.9 y 93.5 por 100,000 mujeres, respectivamente (Ríos Dalenz y otros 1991).

La violencia intrafamiliar es otro de los problemas de salud pública relevantes, de cada 10 mujeres casadas o en unión 5-6 reportan ser víctimas de alguna forma de violencia en el hogar y 1-2 de cada 10 hombres también reportan violencia psicológica en el hogar. (Estudio Violencia Intrafamiliar, Bolivia – 1998). Según datos obtenidos del Comando General de la Policía, en el 2002, se reportaron 32.692 denuncias por agresiones recibidas en el hogar, superando en el 36.1% las denuncias en el 2001; 24% de estas denuncias se produjeron por violencia sexual.

**Enfermedades nutricionales y metabólicas:** La primera Encuesta Nacional de Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Factores de Riesgo Asociados realizada con el apoyo de OPS/OMS en las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba en 1998, reportó una prevalencia de diabetes tipo II del 7.6% en mujeres y del 6.8% en hombres, esta prevalencia aumenta progresivamente con la edad y se encuentra relacionada con el sobrepeso y la obesidad. La prevalencia total de hipertensión arterial encontrada fue del 18.6%, siendo superior en los hombres con un 20.9% que en las mujeres con un 16.3%.

Más de una cuarta parte de los niños menores de cinco años en Bolivia (27 por ciento) padecen de desnutrición crónica, es decir, retardo en el crecimiento en talla para la edad, nivel igual al observado en 1998. La desnutrición crónica afecta con mayor intensidad a los niños del área rural (37 por ciento). Casi el ocho por ciento de los niños menores de cinco años tiene un peso deficiente para su edad, evidenciando una igualdad respecto a la cifra observada en 1998. Una de cada tres mujeres en edad fértil presenta algún grado de anemia. Cinco de cada 10 niños presentan algún grado de anemia, 25% anemia leve y 25% anemia moderada. (ENDSA 2003).

**Salud oral:** El índice CPO-D en menores de 12 años es de 6.7% a expensas del componente caries. (Colegio Odontólogos 2003). La prevalencia de caries no tratada en el mismo grupo de edad es de 84,6%.

**Desastres naturales:** En febrero de 2002 la ciudad de La Paz soportó una intensa precipitación pluvial que derivó en inundaciones con fuertes corrientes de agua que ocasionaron 70 muertos. El mismo año en la región montañosa de Sama, próxima a la ciudad de Tarija se produjo un incendio de magnitud que no cobró vidas humanas pero destruyó la flora y fauna silvestre de la zona. Por otra parte el 2002 se produjo un desastre natural por una intensa nevada en el sur oeste del Departamento de Potosí que ocasionó la muerte de centenares de llamas (ganado auquénido).

El febrero de 2003 se volvió a presentar una inundación en la ciudad de La Paz . En abril del mismo año, se produjo un deslizamiento en la localidad de Chima, al Norte del Departamento de La Paz con 57 muertos y en mayo un deslizamiento en la zona de Alpacoma de la ciudad de La Paz sin pérdidas humanas.

**Enfermedades emergentes y reemergentes:** Entre 1987 y 1998 se registra la re – emergencia de Dengue serotipo 1, en los departamentos de Santa Cruz, Tarija y el Beni. Entre 1998 a 1999 se analizaron 760 muestras de las cuales 94 dieron positivas a IGM, a través del estudio serológico en 10 aislamientos realizados 9 correspondieron al serotipo I y 1 caso al serotipo II. Durante el año 2000 se notificaron 80 casos de los cuales 62 se presentaron en el Departamento de Santa Cruz, 12 en el Beni, 4 en Tarija, 1 en la Paz y 1 en Pando. En el año 2001 fueron confirmados 27 casos, en el año 2002 fueron confirmados 278 casos y en el año 2003 se confirmaron 952 casos de dengue clásico. En el segundo semestre del año 2002 se presentaron los dos primeros casos de dengue hemorrágico en Santa Cruz, con un fallecimiento, detectándose en uno de los casos por primera vez el serotipo III del virus del dengue. En los primeros 6 meses del año 2003 se reportaron 2 casos de dengue hemorrágico confirmados laboratorialmente y otros 15 casos probables pendientes de clasificación final, en total en el período hasta la semana epidemiológica 24 se han notificado 6.254 casos de dengue clásico y confirmado 952. (SNIS, 2003).

El primer caso confirmado de síndrome pulmonar por virus Hanta se reportó en 1998 en Tarija y el segundo en 1999 en Santa Cruz, ambos no letales. En el año 2000 se notifican 5 casos de hantavirus en localidades del área rural cercanas a Bermejo del Departamento de Tarija todos de sexo masculino entre 15 y 54 años, de los cuales solo uno sobrevive. En la misma región se notifican 6 casos confirmados el año 2001, 8 casos el 2002 y 11 casos el 2003.

La zona endemo epidémica de Fiebre Hemorrágica Boliviana se encuentra en el Departamento de Beni (Provincia Mamoré). Los años 2000, 2001 y 2002 se reportó un caso cada año. El año 2003 se notificaron 3 casos y, hasta la semana epidemiológica 45 del año 2004, se notificaron 5 casos. La letalidad de la enfermedad es del 60%. (Dirección Nacional de Epidemiología, MSD, 2004).

## **RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD**

**Políticas y planes nacionales de salud:** La gestión de Gobierno nacional 2003 – 2007 asume “la salud como un puente para la unidad y entendimiento de todos los Bolivianos”. El Ministerio de Salud y Deportes incorpora en la política nacional de salud los siguientes lineamientos estratégicos (i) Acceso a los servicios de salud, (ii) Medicina tradicional, (ii) Acceso a medicamentos, (iv) Control y prevención de enfermedades, (v) Fortalecimiento Institucional. Forma parte de la política nacional de salud el incentivo al deporte en la vertiente de la promoción del ejercicio físico para una vida saludable, así como el desarrollo del deporte de alto rendimiento. La estrategia de la Atención Primaria de la Salud en la perspectiva del cumplimiento de los objetivos y metas de desarrollo del milenio, forman el sustrato de las políticas de salud actuales.

Los acontecimientos sociales luctuosos de octubre de 2003 derivaron en el cambio del presidente de la república (gestión 2002/2007) a través de la sucesión constitucional del Vicepresidente de la república. Los lineamientos de política social y económica que habían sido expresados en el Plan de Desarrollo Económico Social 02/07 han quedado en suspenso luego de la realización el 2004 de un referéndum sobre la propiedad y venta de las reservas de hidrocarburos, que determinará, a través de una nueva ley, el próximo escenario económico que podría tener el país, a

partir de las regalías e impuestos por la venta de las reservas de gas natural que posee. La próxima realización de la Asamblea Constituyente (2005) es otro de los referentes del escenario en el que se vendrán a plantear el conjunto de políticas públicas y económicas, de las que forma parte la salud en el desarrollo.

**La reforma del sector salud:** A continuación de la aplicación de las políticas de liberalización del mercado y modernización/achicamiento de los Estados (década de los 80), en los 90, el país implementó la Ley de Participación Popular y la descentralización administrativa hacia los Gobiernos Municipales. Estas medidas se acompañaron, en el sector, con la aplicación de esquemas de aseguramiento público a través de paquetes de prestaciones, que desde 1994 a la fecha se han mantenido con pocas variaciones. La gestión de Gobierno 2002/2007 había fijado como una de sus líneas principales el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), luego de que desde 1994 se desarrollaran el seguro de maternidad y niñez, el seguro materno infantil y el seguro básico de salud. La gestión 2003 -2007 continúa con el desarrollo de la política de aseguramiento público pero preocupada por hacer más inclusiva esta política, dado que el SUMI solo cubre a la mujer embarazada hasta los 6 meses después del parto y a los niños menores de 5 años, además de no tener alcance en comunidades rurales dispersas a las que no llega el sistema de servicios de salud.

### **El sistema de salud:**

El sistema de salud boliviano se organiza en subsectores: público, seguridad social, privado y la medicina tradicional. La fragmentación del sistema (sobre todo público y de la seguridad social) y la segmentación (al interior de la seguridad social muchos entes gestores) constituye uno de los problemas más delicados del sistema. La fragmentación y segmentación del sistema reproducen profundas inequidades en el acceso al sistema de salud y a los servicios en particular. Un 27 % de la población boliviana es cubierta por el sistema de seguros de salud de corto plazo (seguridad social), un 30% por el Ministerio de Salud y Deportes (público), un 10% por el subsector privado, existiendo aproximadamente un 30% de la población que no tiene acceso a ningún tipo de servicios de salud, salvo la práctica de la medicina tradicional. La Ley de Participación Popular (1994) que transfirió la infraestructura pública de salud a los Gobiernos Municipales, dejando la gestión del recurso humano en la administración central del Ministerio de Salud y sus entes desconcentrados o Servicios Departamentales de Salud (en el ámbito de las Prefecturas) ha dado paso a la conformación de los Directorios Locales de Salud, entidades de gestión compartida en el ámbito local donde concurren, el representante de la Alcaldía Municipal, el representante del Servicios Departamental de Salud y el representante de la sociedad civil, quienes son responsables de la gestión local de salud en el ámbito municipal.

**Organización de los servicios de salud pública:** Los servicios de salud están organizados en Redes de Salud. El sistema de salud consigna cuatro niveles de gestión y tres niveles de atención. Los niveles de gestión responden a las dimensiones: nacional, departamental, municipal y local o del establecimiento de salud. Los niveles de atención están estructurados según la capacidad resolutive de los servicios, el primer nivel de atención se corresponde con la atención ambulatoria, el segundo nivel de atención con los hospitales generales (especialidades básicas) y el tercer nivel de atención con los hospitales de especialidades. El modelo de organización de los servicios descansa en la estrategia de la atención primaria de salud. Bajo esa orientación, la medicina tradicional estará integrada con la medicina occidental y viceversa. El país viene estudiando las mejores iniciativas para el logro de esta integración. Una de las preocupaciones en el actual modelo de atención es el de consolidar la participación social en los procesos de gestión y organización de los servicios de salud.

**Análisis de salud, vigilancia epidemiológica y laboratorios de salud pública:** El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Análisis de Situación de Salud (SINAVIS), implementado desde el año 2000 ha tenido un importante desarrollo al 2003. Se destaca el desarrollo de la organización así como las funciones de la vigilancia e la salud pública, el desarrollo de los procesos de análisis de situación de salud con enfoque de equidad y/o medición de las desigualdades en salud. Los productos de este esfuerzo están traducidos en la existencia de una sala situacional en el Despacho del Sr. Ministro de Salud, así como una sala situacional en cada una de los 9 Servicios Departamentales de Salud.

**Agua potable y alcantarillado:** En 2001 (Censo INE) el 62.3 de los hogares se abastecía de agua de cañería de red (agua potable), 11% de río, vertiente o acequia, 10% de pozo o noria, 7% de pileta pública y el 10% restante de otras fuentes de provisión. En el área urbana 83% de la población se abastecía de agua mediante cañería de red y en el área rural solo el 29% lo hacía por el mismo medio. La cobertura, en promedio nacional, del servicio sanitario relacionado con la disposición de excretas es de 63%. A este servicios solo alcanza el 33% de la población rural y el 82% de la población urbana.

**Organización y funcionamiento de los servicios de atención individual:** El año 2002 se registran 3.021 establecimientos en el sistema de salud, 2.345 pertenecientes al sector público, 324 a la seguridad social, 173 a ONGs incluida la Iglesia y 179 a establecimientos registrados del sector privado. Del conjunto de establecimientos, 2.721 corresponden al primer nivel de atención, 198 al segundo nivel y 102 al tercer nivel de atención. La mayor parte de los establecimientos de atención ambulatoria, o primer nivel de atención son atendidos por un equipo de salud conformado por un médico general (médico familiar en el sistema de seguridad social) una enfermera y auxiliares de enfermería. La atención de las personas tiene un enfoque integral. Cuando los problemas de salud de la población demandan una atención especializada, los usuarios deben recurrir a los hospitales generales en los que se brinda atención a ambulatoria y de internación para 4 especialidades básicas, medicina interna, cirugía, ginecología-obstetricia y pediatría. La atención integral de las personas se inscribe en el espíritu de la estrategia de la atención primaria de salud. Complementan la atención individual el desarrollo de iniciativas y/o programas de impacto como el AIEPI u otros relacionados con enfermedades transmitidas por vectores o de otra naturaleza.

**Insumos para la salud:** El único estudio de mercado farmacéutico disponible orienta que el gasto en medicamentos ascendió a US\$ 98,5 millones, equivalente a US\$ 12,1 per cápita anual (1999). El 77,5% del gasto provino de los hogares. El mercado farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país y representa 1,15% del PIB. Existen 8.293 medicamentos legalmente registrados, de los cuales se comercializan 5.518. Entre estos, 27% son medicamentos esenciales y 70% son importados.

**Recursos humanos:** El año 2002 se registra un total de 45.189 funcionarios que forman parte del plantel de recursos humanos en los distintos sectores de sistema nacional de salud. 24% de los trabajadores en salud son médicos, 11% enfermeras profesionales, 4% odontólogos, 24% auxiliares de enfermería, 10% de otras ramas técnicas, 10% personal administrativo, y el resto, otros tipos de personal. Bolivia tiene una tasa de 7.6 médicos por 10.000 habitantes.



**Gastos y financiamiento sectorial:** El año 2000 el sector salud tuvo un gasto de 484 millones de dólares, equivalente a 5.8 del PIB. Según los agentes financieros, la seguridad social fue responsable del 42% del gasto nacional, 21% el sector público, 32% los hogares, 3.4% los seguros privados y 1.5% las ONGs. (MSD. OPS/OMS. Análisis del Sector 2004).

**Cooperación técnica y financiera externa en salud:** “Durante la gestión 2001 – 2002, el aporte financiero de la cooperación externa mantiene un promedio de 97.097.934, millones de bolivianos ejecutados, de los cuales un 29% corresponde a donaciones y un 71% a créditos concesionales. El 2003 los recursos de la cooperación se incrementaron a 101.857.165 millones de Bs., de los cuales las donaciones bajan a 19% y los créditos se incrementan a 81%. Durante este período, AIF (BM) a través de la transferencia de crédito externo, es la que ha tenido mayor participación cubriendo un 38% de la cooperación seguido por el BID con un 32%”. (MSD. OPS/OMS. Análisis del Sector 2004). Forman parte del espectro de la cooperación las entidades bilaterales de los que son importantes: la cooperación del Gobierno de EEUU (USAID), Gran Bretaña, la Unión Europea, Japón, Canadá. La cooperación técnica en salud es brindada al país, sobre todo por el sistema multilateral de Naciones Unidas.

OPS/OMS  
REPRESENTACION BOLIVA  
La Paz, 9 de Noviembre de 2004