

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD BOLIVIA

RESUMEN EJECUTIVO



MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

No. 10



ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD BOLIVIA

Washington, D.C.

Julio 2004

Edición Especial
No. 10



INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Esta publicación fue encargada por la Organización Panamericana de la Salud y financiada parcialmente por la Oficina Regional de Desarrollo Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional, bajo los términos del Grant número LAC-G-00-97-0007-00 y por fondos regulares de la OPS/OMS. Las opiniones expresadas aquí son las opiniones de la OPS/OMS y no necesariamente reflejan puntos de vista de la Agencia de los E.E.U.U. para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede ser revisado, resumido, reproducido y traducido, en parte o en su totalidad, siempre y cuando se le de crédito a la fuente y no se utilice para fines comerciales.

Diseño y diagramación: Matilde Cresswell

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	v
II. ANTECEDENTES	1
1. Objetivos	2
2. Objetivos específicos	2
3. Metodología	2
4. Alcances y/o dificultades del proceso	3
III. SITUACIÓN DE SALUD, SUS DETERMINANTES Y EXCLUSIÓN SOCIAL	5
1. Marco conceptual	5
2. Situación demográfica y social	6
3. Morbilidad y mortalidad	9
4. Problemas específicos de salud por grupos de población	10
5. Enfermedades transmisibles	12
6. Enfermedades inmunoprevenibles	15
7. Enfermedades no transmisibles	16
8. Implicaciones del análisis de situación de salud y exclusión social	18
IV. ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS DEL SECTOR	19
1. Caracterización del sector	19
2. Análisis institucional	24
3. Análisis del financiamiento y gasto	25
4. Análisis del modelo de provisión para el desarrollo de planes, programas y políticas sectoriales	26
5. Promoción de la actividad física y deportes	30
6. Análisis de la cooperación externa	31
7. Análisis de exclusión en la perspectiva de las organizaciones e instituciones	31
V. CONCLUSIONES GENERALES	35
VI. RECOMENDACIONES	39
ANEXO 1: PROGRAMA DEL TALLER DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD	41
ANEXO 2: LISTA DE PARTICIPANTES POR GRUPOS - TALLER DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD	47
ANEXO 3: COCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO - TALLER DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD	49
ANEXO 4: DECLARACIÓN POR LA SALUD	53

I. INTRODUCCIÓN

El presente documento rescata los aspectos relevantes desarrollados en el proceso de análisis del sector realizado hasta el momento en el país, con la asistencia técnica de la representación de la Organización Panamericana de la Salud, en Bolivia. (OPS/OMS)

Mediante un trabajo participativo y coordinado, se integra la información recolectada en las distintas etapas del proceso, en un resumen analítico, para contribuir en una lectura crítica, analítica, reflexiva y con fines propositivos, y aporta a la formulación de políticas públicas del sector salud en el país.

Para facilitar el manejo de la información del Tomo I y de los aportes realizados en las reuniones de análisis, talleres y revisión post taller, se ha estructurado el documento de la siguiente manera:

- Caracterización de la situación de salud, sus determinantes y análisis de la exclusión social en salud.
- Caracterización del sector salud en cuanto a su estructura, organización, políticas y financiamiento y sus implicaciones en la rectoría y provisión de servicios.
- Conclusiones orientadas a la identificación y caracterización de:
 - grupos prioritarios en torno a sectores excluidos;
 - las debilidades en la función rectora del sector.
 - debilidades del sistema de provisión de servicios.
 - el financiamiento y la relación con la cooperación externa en salud.
- Recomendaciones, orientadas a:
 - Al fortalecimiento del sector salud en sus principales atribuciones y funciones establecidos por Ley.
 - La búsqueda de respuestas del sector salud a las necesidades y demandas de la población.

II. ANTECEDENTES

El proceso de Análisis del Sector Salud fue iniciado a partir del mes de noviembre de 2003 luego de la realización de un taller en el que las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes asumieron el reto de aplicar la Metodología de Análisis del Sector Salud propuesta por la oficina regional de la OPS Washington, con la coordinación en Bolivia, de la Dra. Maria Angélica Gomes consultora en desarrollo de sistemas y servicios de salud y el equipo del Vice Ministerio de Salud y Deportes.

El proceso de desarrolló a partir de:

- Un taller de arranque realizado en el mes de noviembre de 2003, con una amplia participación de técnicos del Ministerio de Salud y Deportes, la Seguridad Social, Universidades, agencias de cooperación, organizaciones representativas de la sociedad civil y profesionales de la salud.

En dicha oportunidad se conformaron tres grupos de trabajo orientados a los siguientes aspectos:

- Situación de salud y sus determinantes,
- Estructura, Organización y Políticas del Sector
- Exclusión social en salud en Bolivia.
- Se desarrollo un proceso de recolección de información de manera sistemática y coordinada, optimizando todas las fuentes posibles para contar con un análisis de situación global del sector que contribuya a la formulación de políticas del sector.
- Durante el mes de febrero se realizó el segundo taller para la presentación de los avances del trabajo en cada uno de los grupos, habiéndose logrado importantes aportes que enriquecieron el trabajo en sus distintos capítulos. Se profundizó en el análisis del contexto, y su interrelación con el momento histórico, social y político que vive el país y la necesidad de que el sector salud asuma una posición crítica y autocrítica en torno a sus principales debilidades.
- En el mes de abril se realizó el taller de presentación del documento final del Análisis del Sector en sus tres componentes, el mismo que fue enriquecido con el análisis de las implicaciones en dos aspectos concretos: la exclusión social en salud y la rectoría del sector salud.
- Los aportes significativos del taller fueron:
 - La validación y apropiación del documento de Análisis del Sector Salud (ASS) – Bolivia, en sus tres capítulos, por parte de los representantes de las instituciones participantes al mencionado taller.
 - El diseño de propuestas de intervención en el sector salud, para enfrentar la exclusión social en salud, las debilidades del sector en cuanto a rectoría, estructura y provisión de servicios.

- En un momento de crisis social que se vivía en el país y con riesgo de ruptura entre el estado y la sociedad por los conflictos emergentes, surgió como contribución a la búsqueda de concertación y paz social, una declaración por la salud suscrita por las autoridades conductoras del sector salud y sociedad civil involucrada en este proceso (Anexo 4).

1. Objetivos

Desarrollar un proceso de análisis del sector salud mediante la aplicación de la metodología propuesta por la OPS/OMS, como herramienta para la formulación de políticas y estrategias de desarrollo del sector.

2. Objetivos específicos

- Realizar un análisis de situación de salud y sus determinantes para identificar brechas e inequidades y sectores sociales vulnerables.
- Caracterización de la situación de exclusión social en salud para el diseño de estrategias para la extensión de la protección social en salud. (EPSS)
- Realizar un análisis de la estructura, organización y políticas del sector, y sus implicaciones en los procesos de rectoría y provisión de servicios de salud, para la construcción de un sistema único de salud, equitativo, solidario, eficiente e incluyente.

3. Metodología

- El proceso de inició con la definición de áreas temáticas consideradas fundamentales por los asistentes al primer taller. (Situación de salud y sus determinantes, estructura/ Organización políticas, exclusión social en Salud, y financiamiento.)
- Conformación de tres grupos de trabajo.
- Conceptualización del sector salud (Ver documento de ASS)
- Identificación de los actores del sector salud. (Ver documento de ASS)
- Cada grupo de trabajo desarrollo la siguiente metodología general:
 - Presentación de la Guía Metodológica «Análisis de Sector Salud: Una Herramienta Para la Formulación de Políticas».
 - Conformación de sub-grupos de trabajo y elaboración del plan de trabajo para completar el análisis.
 - Reuniones de grupo en número variable de sesiones, habitualmente una por semana para discusión de la información recolectada, analizar su validez, pertinencia y realizar correcciones al documento borrador.
 - Presentación de los Resultados de cada sub-grupo.
 - Incorporación del trabajo realizado por el grupo al documento final.
 - Presentación del avance del trabajo a autoridades nacionales, departamentales y otras instituciones intervinientes para recoger aportes, sugerencias y críticas.

4. Alcances y/o dificultades del proceso

Entre los aspectos positivos del proceso se pueden identificar:

- Una excelente oportunidad para la sistematización de la información básica del sector salud como insumo para la toma de decisiones en los distintos niveles del sector.
- La oportunidad de relacionamiento, coordinación y articulación entre los distintos actores del sector salud, incorporando a la sociedad civil organizada.
- Se generó un espacio de discusión, análisis y elaboración de propuestas para la inclusión de los grupos o sectores excluidos tradicionalmente en la planificación de la salud.
- Este proceso, como resultado final aportará con propuestas concretas para la formulación de políticas y estrategias a corto, mediano y largo plazo bajo los principios de Atención Primaria de Salud con: igualdad, equidad, y justicia económica, política y social.

Entre los aspectos que ofrecieron mayor dificultad en esta etapa fueron:

- Si bien hay una diversidad de estudios realizados en el país no existe un centro de documentación oficial que reúna toda la información producida. La mayor parte de esta producción se encuentra dispersa en el sistema.
- La falta de disponibilidad de información actualizada del sector, mostrando una importante debilidad el sistema de información en salud SNIS, el de recursos humanos y de financiamiento del sector.
- El momento de transición que aún vive el país en su aparato gubernamental, repercute en una falta de estructura definida en el Ministerio de Salud y Deportes, con cambios frecuentes de autoridades nacionales, y de ausencia de definiciones en torno al liderazgo y la gestión del sistema de salud.

III. SITUACIÓN DE SALUD, SUS DETERMINANTES Y EXCLUSIÓN SOCIAL

I. Marco conceptual

El análisis de la situación de salud del país y la identificación de sus factores determinantes, nos lleva a la necesidad de integrar variables del contexto sociodemográfico, sociocultural, socioeconómico y de caracterización de la demanda de salud que de manera indirecta refleja el perfil de morbilidad y mortalidad de la población en los distintos nichos ecológicos. Este análisis también facilitará la identificación de grupos de población que por diversas razones no tienen las mismas oportunidades de acceso que otros, y las probables determinantes que llevan a estos patrones de inequidad.

Para conocer la dimensión de la situación de exclusión social en salud de cualquier sociedad, no basta con analizar los indicadores en salud ni la organización de los servicios de salud; se requiere, necesariamente estudiar la sociedad misma, su estructura, su nivel de desarrollo y el Estado que la representa.

En nuestro país, esta verdad se hace más evidente porque su situación actual está ineludiblemente vinculada a determinantes económicos, sociales y políticos que han actuado dramáticamente sobre la salud de la población a lo largo de su historia.

Un largo período de explotación casi exclusiva de recursos naturales sin adición de valor agregado y la prolongación de un régimen feudal esclavista hasta mediados del siglo pasado con situaciones de marginación y exclusión social de grandes mayorías nacionales determinaron una situación social que no se ha podido superar.

La pobreza en Bolivia no es un hecho circunstancial ni un accidente en el proceso de desarrollo desigual. Independientemente de la pobreza geográfica, particularmente de la baja productividad de la región occidental del país, que paradójicamente es la más poblada por haber sido antes zona de activa explotación minera, la pobreza puede considerarse como la expresión de una realidad histórica que empieza en la Colonia y se prolonga en la República. En estas circunstancias, las grandes mayorías indígenas fueron relegadas, en condición prácticamente de esclavos, a servir a una minoría dominante.

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, luego de la reforma agraria, ser indio ya no era sinónimo de pongo o siervo, el campesino que lo reemplazó era libre y dueño de su tierra, pero su capacidad productiva y su inserción a la sociedad boliviana no mejoraron y siguió igualmente pobre y marginado.¹ Frente a esta situación, paulatinamente, empezaron a migrar a las ciudades, incorporándose a actividades comerciales y fabriles, algunos, los más aptos, llegaron a ingresar a las Universidades. Esta población migrante comenzó a gozar de ciertos privilegios de una sociedad organizada como es la seguridad social. Los que se quedaron en el área rural mantuvieron su pobreza y exclusión. El seguro social nunca alcanzó a extenderse al área rural.

¹ Torres Goitia, Javier en Estudio de Reformas y Financiamiento de Sistema y Servicios de Salud en la Subregión Andina. Informe de País: Bolivia, 2003.

Como fenómeno social, la pobreza en Bolivia tradicionalmente se ha expresado en las zonas rurales y la población indígena del país. Sin embargo, desde principios de los ochenta comienza a observarse el establecimiento de cordones de pobreza alrededor de las ciudades capitales más importantes, cordones compuestos fundamentalmente por población migrante del área rural y de ciudades con menores capacidades económicas. La satisfacción de necesidades básicas de estas poblaciones impone actualmente un nuevo reto a la sociedad, y al Estado en su conjunto.

La exclusión social es un fenómeno de gran amplitud y trascendencia, que afecta, sin excepción, a todos los sectores e instituciones de la sociedad; por ello mismo su carácter es multiforme y de misceláneas connotaciones, no limitándose solamente a la insuficiencia de ingresos, sino afectando a las todas las dimensiones de la integración política, económica y social.

La exclusión social tiene que ver con la insatisfacción, el malestar, la disconformidad que tiene cualquier ser humano cuando se encuentra en situaciones en las que no puede realizar aquello que desea y aspira para sí y su familia.

En los últimos tiempos, y en lo que corresponde a insatisfacción de necesidades básicas, podemos decir que ésta tiende a expandirse debido al constante deterioro de la economía, al deshilachamiento de las redes sociales existentes y la fragmentación de la sociedad.²

Sin embargo, lo sustantivo de la exclusión, es la falta de acceso a una gran cantidad de bienes materiales, a los servicios sociales, educativos, sanitarios, a la protección social y a una participación efectiva en las tomas de decisiones de las que dependen sus vidas.

En el ámbito de la salud, se considera que la exclusión social en salud es una situación en la cual una persona o grupo de personas no logra acceder a los mecanismos que le permitirían satisfacer sus necesidades de salud.

Desde el punto de vista de los derechos de las personas, la exclusión en salud, es la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada.

En términos prácticos la exclusión social se da en la interfase que se produce entre las necesidades —percibidas y no percibidas— de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema de salud frente a esas necesidades.

Por ello, en el presente resumen se hace una caracterización de los distintos factores mencionados que permitan construir un marco de referencia de la situación de salud de la población boliviana.

2. Situación demográfica y social

Población

Bolivia se ubica geográficamente en el centro de América del Sur, cuenta con una superficie de 1.098.591 km².

Tiene una población de 8.274.325 habitantes. El 60% de la población tiene menos de 25 años y sólo el 7% es mayor de 65 años. Se ha calculado que la esperanza de vida al nacer es de 64 años (Censo 2001).

² Mingione, E., 1993.

El 62,4% de la población boliviana reside en área urbana, el 50,16% son de sexo femenino y presenta una tasa anual de crecimiento intercensal a nivel nacional de 2,74%.

Indicadores laborales

La población económicamente activa (PEA)³ comprende a 3.131.183 personas. El 62% de la PEA se ubica en área urbana. Y el 60.07% de la fuerza laboral está compuesta por hombres. El índice de dependencia⁴ es de 1,73. El índice de carga económica⁵ es de 0,92.

Entre 2001 y 2002, la tasa de desempleo abierto en áreas urbanas creció de 8,5% a 8,7%, aun considerando el mayor crecimiento de la economía (2,75%) respecto al 2001 (1,6%). El desempleo abierto en el área urbana se explica principalmente por el incremento en la tasa de cesantía, de 6,8% en el 2001 a 7,0% en el 2002. Asimismo, debido a la crisis aumentó la informalidad y el subempleo, cayendo el ingreso laboral en varias actividades.

Urbanización, migración y otros indicadores sociales

La población se concentra principalmente en las ciudades capitales de los departamentos del eje central (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz), que son también los departamentos que reciben la mayor proporción de los flujos de inmigrantes a nivel nacional. Esta tendencia es confirmada por el Censo de 2001, en que se establece que los tres departamentos reciben el 74% del total de inmigrantes del país.⁶

En cuanto a los servicios básicos:

- El 2001, 62,27% de los hogares se abastecía de agua de cañería de red —83% en el área urbana y 29,63% en el área rural—.
- El 63,28% de las viviendas cuenta con servicio sanitario. En el área rural 33,14% cuentan con este servicio, en contraste con el área urbana donde el 82,36% están en la misma situación.

Los indicadores educativos muestran que:

- El 13,2% de la población es analfabeta. diferencias son importantes de acuerdo al sexo, alcanzando a 19,3% en las mujeres y 6,9% en hombres.

³ Población económicamente activa (PEA) comprende a todas las personas de 10 años o más que trabajan o buscan trabajo activamente. Se emplea como sinónimo la expresión Fuerza de Trabajo o Fuerza Laboral.

⁴ Índice de dependencia: muestra el número de personas que no trabaja (población en edad de no trabajar, desocupados e inactivos) por cada persona ocupada. Se obtiene de la diferencia entre la población total menos la población ocupada dividida entre la población ocupada.)

⁵ Índice de carga económica: muestra el número de personas en edad de trabajar que no trabaja ni busca trabajo respecto a la fuerza de trabajo. Se obtiene de la división de la población económicamente inactiva entre la población económicamente activa

⁶ Bolivia ha pasado de ser una población mayoritariamente rural a ser una población predominantemente urbana. «En términos absolutos las zonas urbanas, durante el siglo XX han incrementado su importancia demográfica en más de 24 veces, llegando a concentrar a dos terceras partes de la población boliviana hacia el año 2001» (Carmen Ledo, p. 15).

- La probabilidad de ser pobre es más alta cuanto más bajo es el nivel de educación alcanzado.
- El 46,9% de la población de 6 o más años es monolingüe español y 11,1% monolingüe nativo. Hablan español y otro idioma 40,8% de la población. El 60,72% de la población de 6 y más años tiene al español como idioma o lengua que utiliza habitualmente. Hablan quechua 21,15% y aymara 14,56%.
- El 56% de la población se autoidentifica como Quechua o Aymara y un 6% como Guaraníes o en alguno de los 32 grupos étnicos minoritarios de la amazonía boliviana.
- El sentido colectivo de la población esta mediado por la condición étnica, el idioma hablado y el territorio que se ocupa, está afectado también por la desigualdad en el ingreso y en el acceso a oportunidades y capacidades.

La economía

El crecimiento económico sostenido de un país es una condición necesaria para que pueda mejorar la generación de empleo y la población económicamente activa pueda insertarse en condiciones satisfactorias en el mercado de trabajo. Entre 1999 a 2002, la tasa de crecimiento fue de 1,2. El PIB per-cápita tuvo una tasa negativa de 0,3%, con evidentes repercusiones negativas en el bienestar de la población.

El Producto Interno Bruto (PIB), tuvo un crecimiento de 2,75% durante el año 2002, respecto a similar período anterior. La estructura del aparato productivo muestra que el 24% del PIB está constituido por actividades primarias; el 21% de la producción corresponde a las industrias de transformación y el 55% a las actividades terciarias de comercio. El producto per-cápita anual es de US\$ 884 (2002)⁷, por debajo del promedio de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) que es de US\$ 2.156.⁸

Desarrollo humano y pobreza

De acuerdo a la clasificación por el índice de Desarrollo Humano (IDH) establecido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el año 2.001 (PNUD), Bolivia se encuentra situada en el puesto 104 entre 162 países; siendo un país con **desarrollo humano mediano**. El comportamiento del IDH muestra grandes diferencias entre los departamentos, es así que: Santa Cruz tiene un IDH de 0,61, mientras Potosí sólo tiene 0,34. Del total de municipios el 16,08% (50) presentan un desarrollo humano medio, y 151 (48,55%) se encuentran dentro de la categoría de desarrollo humano muy bajo.

En el 2002, la incidencia de pobreza afectó a 64,5% de la población. La pobreza extrema mostró una evolución favorable, se redujo de 37,3% a 36,6%, probablemente como resultado de programas de emergencia en favor de la población más pobre. En el área urbana la incidencia de la pobreza de 54% no tuvo mayores variaciones; mientras que en el área rural, pasó de 81% en el 2001 a 82% en el 2002, por el efecto que sufrió la población rural ante el bajo desempeño de la actividad agrícola no industrial.

⁷ UDAPE. BOLIVIA: EVALUACIÓN DE LA ECONOMÍA 2002. La Paz, junio 2003.

⁸ Aguayo LE, Portillo VS. Perspectiva del crecimiento económico en los países del pacto andino. www.eumed.net/cusecon/ecolat. OBSERVATORIO DE LA ECONOMÍA LATINOAMERICANA.

La pobreza está asociada en gran medida al desempeño desfavorable del mercado de trabajo y a la crisis fiscal que redujo los recursos para la inversión social, deteriorando el ingreso de la población más pobre.

De acuerdo al índice de necesidades básicas insatisfechas, se considera pobres al 58.6% de la población del país. El 39% de la población del área urbana esta clasificada como pobre. En el área rural el 90,8% están en la categoría pobres.

Las condiciones de vida de la población boliviana son en su generalidad de mala calidad, y se caracterizan por:

- El 58% de la población tiene inadecuados servicios de agua y saneamiento,
- el 48,3% tiene inadecuados insumos energéticos,
- el 39,1% de la población tiene inadecuados materiales de vivienda,
- el 70,8% tienen insuficientes espacios en la vivienda.

Más recientemente, el 2003, el PNUD junto al MSD publicaron el documento Gobernabilidad y Salud en los Municipios de Bolivia «Una propuesta de diálogo para el cumplimiento de las Metas del Milenio». Parte relevante de ese documento es el Índice de Exclusión en Salud construido a partir de la interacción de indicadores trazadores que reflejan la magnitud, trascendencia y vulnerabilidad de los principales daños que afectan a la población boliviana sobre una base municipal.

Los indicadores utilizados fueron mortalidad materna, mortalidad infantil, presencia de enfermedades por vectores, tuberculosis y SIDA. Para cada uno de ellos se establecieron parámetros de estratificación en función a tres niveles de exclusión, alto (rojo), mediano (amarillo) y bajo (verde).

Se considera exclusión a la presencia de mayor riesgo de enfermar y morir por carencia o ausencia de condiciones adecuadas de vida, atención en salud, servicios básicos o marginalidad social.

En la ponderación global se combinaron los cinco daños priorizados, mediante una valoración que refleja el grado de exclusión social, económica y cultural que representa cada uno de estos: la mortalidad materna e infantil representan el 63%, las enfermedades transmitidas por vectores y la tuberculosis el 16% cada una y el VIH/SIDA el 5%.

3. Morbilidad y mortalidad

En 1993, las 10 primeras causas de morbilidad general fueron la enfermedades del aparato respiratorio (22%), las enfermedades infecciosas intestinales (16%) las enfermedades infecciosas y parasitarias y los efectos tardíos de las enfermedades parasitarias (3%), las enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (1,6%), las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (1,4%), las enfermedades de los órganos genitales femeninos (1,4%), las enfermedades de la cavidad bucal (1,2%), la tuberculosis (0,7%) las causas obstétricas directas (0,4%) y las fracturas (0,2%).

La tasa bruta de mortalidad en Bolivia es de 8.16 por mil habitantes estimada para el período 2000-2005.

El pausado incremento de la esperanza de vida al nacer (promedio en las Americas de 73,4 años el 2003) se debe a la elevada mortalidad infantil y dentro d ésta a la mortalidad neonatal. Cuanto a más temprana edad muere la población más difícil es aumentar el indicador esperanza de vida al nacer. La inercia del descenso de la tasa bruta de natalidad

está determinada desde lo demográfico por la estructura de población joven y las altas tasa de fecundidad, desde lo social y económico por la falta de oportunidades, capacidades y autonomía de las mujeres para decidir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. La tasa bruta de mortalidad en la América es de 7,1 por 1000 habitantes (2003) y su descenso en las últimas épocas es también lento.

La dinámica de la población boliviana en función de los nacimientos y muertes determina que Bolivia aún este creciendo como lo hacían los países desarrollados en la década de los 50 y 60.

Un estudio realizado en el año 2000,⁹ estableció que la estructura de mortalidad se caracteriza por: **30,3% de las muertes fue por enfermedades del sistema cardiocirculatorio, 12,0% por enfermedades transmisibles, 10,7% por causas externas, 8,7% neoplasias, 5,4% por afecciones del período perinatal, 22,2% por las demás causas.** Este hecho sugiere que el país está ingresando en un periodo de transición epidemiológica, por cuanto existe una disminución de las causas de mortalidad de origen infeccioso, incrementándose paulatinamente otros grupos de causas como las del sistema circulatorio, neoplasias y causas externas (suicidios, homicidios y accidentes).

4. Problemas específicos de salud por grupos de población

La salud del niño

El perfil de mortalidad está dominado aún por un elevado número de muertes infantiles. La reducción de la mortalidad infantil en el período intercensal 1976-1992 está asociada sobre todo al impacto de las acciones de control de las enfermedades inmunoprevenibles. En 1994, se registran sólo un 3% de muertes atribuibles a éstas enfermedades (ENDSA 94) y, desde 2001 ya no se notifican más defunciones por causa de sarampión.

La tasa de mortalidad neonatal ha disminuido en 27% entre 1994 y 2003. La tasa de mortalidad infantil ha disminuido un 28%, y la de la niñez en 35,3% en el mismo periodo de tiempo.

A nivel nacional la tasa de mortalidad neonatal es de 27 por mil nacidos vivos. Las disparidades por áreas geográficas son importantes, la tasa mortalidad neonatal es superior en el área rural 35 por mil nacidos vivos mientras que alcanza a 21 por mil nacidos vivos en el área urbana.

Las tres principales causas de muerte en niños menores de 28 días son infecciones 32%, trastornos relacionados a la duración corta de la gestación y bajo peso con 30% y como tercera causa se encuentran los trastornos respiratorios específicos del período perinatal que en su mayoría corresponden a asfixia con un 22%.¹⁰

Mortalidad infantil

Bolivia es el país que presenta la tasa de mortalidad infantil más alta de Latinoamérica. la tasa de mortalidad infantil es 54 por mil nacidos vivos para el período 1990-2003. Esta cifra significa una brecha de 33,8% con respecto al promedio latinoamericano y un rezago de 50 años con respecto a los países con tasas más bajas del continente.

⁹ Dirección Nacional de Registro Civil, fuente de registros 21 cementerios de las principales ciudades.

¹⁰ OPS/OMS. Estudio de Causas de Mortalidad Hospitalaria. La Paz, Bolivia (en prensa), 2001

La estructura de la morbilidad en el menor de 5 años no ha variado sustancialmente en la década precedente a 1994. La proporción de muertes por diarrea y neumonía suma 56% del total.

La estructura de mortalidad en menores de 5 años está compuesta por enfermedades de tipo infeccioso: diarreas e IRAs que en conjunto aportan el 56%, le siguen en importancia las enfermedades del periodo perinatal con 16% y las inmunoprevenibles.

La salud del adolescente

La población adolescente de 10 a 19 años representa el 22,1% de la población total del país. De los cuales el 49,3% son mujeres, el 50,7% son hombres, el 65% vive en área urbana y el 35% en el área rural. Cerca de 27% de niños y adolescentes de 7 a 18 años migraron del campo a la ciudad junto a sus familias, situación que les obligó a enfrentar los problemas emergentes de la urbanización y el crecimiento de los cordones de pobreza, deterioro ambiental, etc. Del total de población en edad de trabajar, el 39,3% corresponde a niños y adolescentes entre los 7 y 19 años.

Las ramas en las que consiguen trabajo los adolescentes son: comercio y servicios 24,1%, servicios a los hogares, 26,9% y la industria el 22,9%. Más de la mitad de ellos 65,5% están en actividades no productivas como son servicios del sector terciario, donde las mujeres predominan como empleadas del hogar. Por lo tanto, cerca del 90% de los adolescentes se encuentra desarrollando actividades económicas en el sector informal.

La estructura de la mortalidad incluye, en los adolescentes, como primera causa, los accidentes, suicidios y homicidios, seguida de infecciones, complicaciones en el proceso reproductivo (embarazo, parto y puerperio), enfermedades infecciosas crónicas (tuberculosis), enfermedades digestivas, auto inmunes y malignas en menor porcentaje

La violencia contra niños, niñas y adolescentes es una emergencia de salud pública que exige la atención médica efectiva, así como de la protección con el objetivo de contribuir a un adecuado desarrollo integral de su personalidad.

Los estudios especializados señalan que el maltrato de niños, niñas y adolescentes se relaciona a largo plazo con conductas antisociales tales como la delincuencia, criminalidad, drogadicción y prostitución; además de otras como la deserción escolar, vagancia y lo que es más grave aun, gran parte de estos adolescentes se convierten en adultos con tendencias a maltratar no solo a sus hijos sino también a su cónyuge.

La salud de la mujer

El 49% de las mujeres en Bolivia se encuentra entre los 15 y 49 años de edad, 28% de ellas son cabeza de familia.

De acuerdo, a los resultados de los tres últimos censos, se observa que en 1976 la tasa global de fecundidad alcanzaba a 6,65 hijos por mujer, en 1992 esta tasa alcanzaba 4,97 hijos por mujer, mientras que el 2001, esta tasa alcanzaba a 4,39 hijos por mujer. La ENDSA 2003, reporta una TGF de 3,8, en el área urbana de 3,1 y 5,5 en el área rural.¹¹ Las mujeres rurales con menos de 8 años de escolaridad tienen un promedio de 7,9 hijos, mientras las mujeres urbanas con más de 8 años de escolaridad tienen un promedio de 2,6.¹²

¹¹ INE. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003. Informe Preliminar.

¹² INE, Indicadores de Género 2001.

La atención de cuatro controles sobre la base de mujeres con primer control pasó de 31% a 33% entre 1999 a 2000.¹³ La proporción de partos institucionalizados aumentó de 47% en 1994 a 52% en el 2000.¹⁴ Las mujeres entre 15 a 19 años, corren un riesgo dos veces mayor de morir durante el embarazo y parto.¹⁵

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, entre 1989 y 1998, la cobertura prenatal subió de 44,9% a 69,0%, y el parto en servicios de salud de 37,6% a 55,9%. La ENDSA 2003, establece una cobertura de asistencia al control prenatal de 70,2% y atención de parto por personal de salud de 57,1%.

El uso de métodos anticonceptivos entre mujeres alguna vez casadas o unidas ascendió de 30,3% en 1989 a 48,3% en 1998, con un incremento más marcado del uso de métodos modernos entre 1994 y 1998. De acuerdo a la ENDSA 2003 el 58,4% de ésta población utiliza algún método de planificación familiar.

Mediante la Encuesta Post Censal de Mortalidad Materna se estableció que la razón de mortalidad materna promedio nacional es de 235 decesos por cada 100 mil nacidos vivos. La cifra es muy alta, primero porque es de tres dígitos y segundo por que es más que el doble de 100.¹⁶

Las principales causas de mortalidad materna identificadas son las hemorragias, sepsis y aborto. Durante el embarazo ocurren el 22% de las muertes maternas, en el parto el 36%, en el puerperio 42%.

La salud de los indígenas

El país reconoce tres grupos étnicos principales, quechuas, aymaras y guaraníes, alrededor de 36 grupos étnicos minoritarios y 10 familias lingüísticas en el Chaco y Oriente Boliviano. Según el Censo 2001, el 62% de la población de 15 años y más se identifica con un pueblo indígena u originario. De éstos el 30.7% son quechuas y 25,2% son aymaras. Los otros pueblos presentan porcentajes menores. La población indígena registra altas tasas de fecundidad en todos los departamentos en relación a la población no indígena, excepto Pando. El promedio de años de estudio de la población indígena de los mayores de 19 años de edad, es de 5,79 según el censo de 2001.

5. Enfermedades transmisibles

Malaria

La malaria es considerada una enfermedad reemergente, y uno de los problemas de salud del mundo, donde el 40% de la población mundial vive en zonas de transmisión activa.

En Bolivia es un problema de salud pública por su repercusión en el desarrollo socioeconómico del país, habiendo provocado pérdidas por US\$ 119 millones en el

¹³ MSPS (2001): Compromisos de Gestión. Guía de indicadores, pág. 38.

¹⁴ Idem.

¹⁵ Despacho de la Primera Dama (2001): Carpeta informativa sobre la maternidad segura en Bolivia, pág. 2.

¹⁶ Esta cifra tiene que ver con la aplicación de modelos de atención del parto que ayudarían a reducir la razón de mortalidad materna a menos de 100 por 100.000, descritos por Koblinsky, Campbell y Heichlheim, en un artículo publicado en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud, en 1999.

periodo 1990 a 2000. El 75% de la superficie total del país es el área endémica de malaria, que comprende a los departamentos de Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Chuquisaca, Tarija, parte norte de La Paz y la región del departamento de Potosí que limita con Cochabamba.

La tasa de Incidencia Parasitaria Anual por mil habitantes llegó a 24,8 en 1998 habiendo disminuido para el año 2002 a 4,3 por mil habitantes. La mortalidad oficial por malaria en el año 2002 fue de cero.

Para el control vectorial de la malaria se han efectuado acciones de rociamiento domiciliario en áreas endémicas y el uso de mosquiteros impregnados con ingrediente activo de deltametrina K Otab.

Enfermedad de Chagas

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 un 40% de esta población estaría infectada, y 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 de 34.877 donantes fue del 98% con una prevalencia de infección del 12,42% inferior a la registrada durante los años 1998 y 1999 de 17,5%, aunque para ese entonces se incluyó la información de sólo 5 bancos de sangre.

Fiebre Amarilla

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 y 15 casos el año 2002. 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%.

Dengue

Entre 1987 y 1998 se registra la re – emergencia de Dengue Serotipo 1, en los departamentos de Santa Cruz, Tarija y el Beni. El año 2004 se han presentado 1206 casos sospechosos, habiéndose confirmado a 121, los casos se ubicaron en los departamentos de Beni, Cochabamba, La Paz, Pando, Santa Cruz y Tarija. Se presentaron 3 casos de dengue hemorrágico en la ciudad de Santa Cruz.

Fiebre Hemorrágica boliviana

Presente en las provincias de Iténez, Mamoré y Yacuma, del departamento del Beni, desde hace 10 años solo se presentan casos esporádicos. En 1994 tuvo su pico más alto, con 9 casos confirmados en la Localidad de San Joaquín, con una tasa de letalidad del 89%. Las actividades de prevención están dirigidas a la desratización periódica de las zonas endémicas.

Síndrome Pulmonar por Hantavirus

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 reportaron el año 2001, 6 casos y el 2002, 8 casos. En el año 2003 se registraron 11 casos confirmados.

Lepra

El año 2003 se han reportado 85 casos con una tasa de incidencia de 0.07 por 100.000 habitantes. Se ha incrementado el tratamiento con poliquimioterapia (PQT) en un 75%.

Leishmaniasis

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 año 2003 se ha tenido una incidencia de 21,1 por 100.000 habitantes. El incremento de casos de esta enfermedad, está relacionado con los procesos de migración a zonas endémicas y las modificaciones que esta población produce en el medio ambiente.

Cólera

Bolivia entre 1991 y 1995 registró 40.221 casos de cólera con 814 defunciones equivalente a 2% de letalidad. El séptimo y último brote epidémico en Bolivia comenzó en el mes de enero 1998. Los municipios más afectados fueron: El Alto con una tasa de 22,31 por 100.000 hab., Seguido de Tupiza con 18,20, La Paz con 12,28 por 100.000 habitantes; en ninguna de las regiones hubo defunciones por cólera. Desde el año 2000 el país no reporta ningún caso de cólera.

Tuberculosis

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. Esta incidencia se encuentra entre las más altas entre los países de América Latina y el Caribe, puesto que países como Costa Rica que presenta una tasa de 17,35 por 100.000 habitantes o Argentina con 30.5 por 100.000 habitantes.¹⁷

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%.

¹⁷ OPS/OMS/DPC/CD/TUB. Boletín Tuberculosis. Marzo 2004. Vol 7 No. 1.

Rabia Humana

En el año 1992 se tuvo la tasa de incidencia más alta de rabia humana: 0,36/100.000 hab., con 25 personas fallecidas, desde ese año la casuística disminuyó ostensiblemente hasta que en el año 1998 se registraron 5 casos con una tasa de 0,05/100.000 hab., 10 en el año 1999, 7 en el año 2000, 7 en el año 2001, 2 en el año 2002 y 2 en el año 2003. 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%. Ninguna de las ciudades principales fue afectada por esta enfermedad, lo cual constituye un logro para la eliminación de la rabia humana urbana

ITS y VIH/SIDA

Entre 1984 y el mes de septiembre de 2002 se han registrado 916 casos de VIH/SIDA, para una incidencia de 25 por un millón de habitantes. La mayor parte de las personas con VIH/SIDA fueron registradas en Santa Cruz, La Paz, Cochabamba y Oruro, de ellas, el 40% ya presenta síntomas de SIDA, el 72% son hombres, el 40% tiene entre 25 y 34 años de edad y el 28% tiene 15-24 años. Se ha registrado un niño de 2 años. El 89% de las personas registradas indicó como probable vía de transmisión la sexual, 2% la vía sanguínea, un 9% no sabía o no respondía cual pudo haber sido la vía probable de transmisión del VIH.

Mientras que por todas las Infecciones de transmisión sexual en el año 2000 se registraron 55.000 casos en la población entre 15 y 64 años de edad para una tasa de 11,7 por 100.000 personas.

6. Enfermedades inmunoprevenibles

Coberturas de vacunación

La tendencia de las coberturas es ascendente con todos los biológicos desde el año 2000 a la fecha, es así que para el primer semestre del año 2003 se ha logrado una cobertura del 44% con la vacuna pentavalente, antipolio y con BCG y antisarampionosa 50%. De todas maneras, el análisis de las coberturas a nivel nacional muestra que existe una progresiva reducción de municipios de riesgo, de un 56% a un 22%.

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENDSA 2003) se tienen las siguientes coberturas de vacunación:

- BCG: 93,4%
- DPT 3ª dosis (incluye pentavalente): 71,5%
- Polio 3ª dosis: 68,1%
- Antisarampionosa: 63,9%

El 50,4% de los niños entre 12 y 23 meses tienen todas las vacunas. Y el 3,0% no tiene ninguna.

Sarampión

Son mas de dos años que no se tienen casos confirmados de sarampión, el ultimo corresponde a la semana 40 del año 2000. En el presente año se han investigado hasta la semana 35, 326 casos habiendo sido descartados todos. El único indicador de la vigilancia

que no se cumple es el de la notificación semanal, debido a que a partir del año 2002 se colecta por cambio de modelo epidemiológico nacional, a través de un reportaje diario (Sin denominador) denominado VALA, en el que se reporta todas las enfermedades transmisibles.

En el presente año, mayo-julio se ha realizado la campaña de seguimiento a los menores de 5 años, alcanzando una cobertura de 95%, sin embargo existen municipios que no han llegado a esta meta, por lo que de inmediato se ha procedido a realizar una segunda campaña con fondos identificados por cada municipio. El monitoreo de coberturas es una práctica común en los departamentos y reflejan coberturas altas por encima del 90% a excepción de Santa Cruz y Beni.

Rubéola y Síndrome de rubéola congénita (SRC)

En el presente año se ha producido un descenso importante en la incidencia de casos de rubéola, se tienen confirmados hasta la semana 35, once casos, frente a 127 en 2002 y 558 en 2001. Por otra parte, se ha desarrollado una búsqueda de casos de malformaciones para impulsar la vigilancia del SRC, habiéndose revisado 13.213 diagnósticos en menores de dos años, encontrándose 4,5% de malformaciones.

Poliomielitis

No se cumple con la notificación semanal negativo en el año 2002-3 debido a cambios en el sistema de vigilancia que no brinda regularmente esta información. La vigilancia de la polio se mantiene con una tasa superior a 1 caso/100,000 < 15 años en todos los años. Se realizan reuniones regulares del Comité Nacional de Inmunizaciones (CNI) para revisar los casos de PFA, habiendo clasificado como compatibles con poliomyelitis: 7 en 1998, 1 en 2000, 3 en 2001, 2 en 2002, y 3 en 2003. La mayoría de estos casos pertenecen del municipio de Monteagudo.

Tétanos neonatal

Con respecto a los siete casos presentados en los últimos tres años, tres provienen de madres migrantes, todos los partos han sido domiciliarios y tres tuvieron control prenatal. Este punto ha sido investigado y se han realizado actividades de capacitación y mejor coordinación con los hospitales y centros donde ocurrió esta falta. En el año 2003 hasta la semana 35 no se tiene reportado ningún caso de tétanos neonatal en todo el país. La cobertura de vacunación acumulada 1998-2002 en los municipios en fase de mantenimiento es de 66% y en los de ataque es de 98,6%.

7. Enfermedades no transmisibles

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 encontraba relacionada con el sobrepeso y la obesidad. La prevalencia total de hipertensión arterial encontrada fue del 18,6%, siendo superior en los hombres 20,9% que en las mujeres 16,3%.

El Cáncer de Cuello Uterino (CaCU)

El cáncer de cuello uterino 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.

Desnutrición

En la ENDSA 2003 se incluyó un módulo de antropometría, a través del cual se pesó y midió a todos los menores de 5 años presentes en el hogar en el momento de la encuesta.

Se determinó la frecuencia de desnutrición crónica, aguda y global a partir de la talla para la edad, peso para la talla y peso para la edad respectivamente.

Se observa que para el año 2003 un 26,5% de los niños sufren de desnutrición crónica, mostrando una insignificante mejoría en comparación a la registrada el año 1998 que alcanzó a un 26,8%.

Las diferencias entre el área rural y urbana son elocuentes, registrándose más del doble de desnutridos crónicos en el área rural que en el urbano. En lo que hace a la severidad del estado de desnutrición crónica, encontramos en el área rural tres veces más niños en estado de desnutrición crónica severa que en área urbana.

Por otro lado, se observan diferencias marcadas de acuerdo a la región de residencia, encontrándose que la desnutrición crónica, en el altiplano, alcanza al 32,1% de los niños, más del doble de lo que se encuentra en la región de los llanos 15,9%.

Las diferencias más marcadas, y que realmente caracterizan un proceso de exclusión social es la presencia de desnutrición de acuerdo al nivel educativo de la madre. Se observa que en el grupo de madres que no tienen ningún grado de instrucción se presenta la desnutrición crónica en un 44% de los niños menores de 5 años, versus un 13,8% en madres que alcanzaron educación secundaria. Al respecto resulta evidente que la transición más importante se da entre la educación primaria (30,8% de desnutridos crónicos) y la educación secundaria (13,8%).

8. Implicaciones del análisis de situación de salud y exclusión social

El análisis de situación de salud del país refleja la problemática de salud actual que si bien «en las últimas décadas no se han producido cambios importantes en la forma de enfermar y morir de la población boliviana»; sin embargo, empieza a advertirse un proceso de transición epidemiológica, con un incremento importante en los procesos crónicos no transmisibles y causas externas;¹⁸ condicionadas por un lado por la crisis socioeconómica y política que atraviesa el país, agravado por la falta de información y educación sanitaria de la población que no toma parte activa en el cuidado de la salud.

La crisis del sector ha conducido a una falta de priorización adecuada de acciones de intervención para controlar los problemas de salud, especialmente las enfermedades reemergentes y emergentes, que tienen una implicancia importante en la determinación de la exclusión social. Puesto que, se mantiene una priorización sobre los grupos étnicos tradicionales (menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto), control de enfermedades transmisibles, sin haber profundizado en el análisis de otros grupos sociales excluidos como ser: diabéticos, pacientes con enfermedades neoplásicas, hipertensos y otras de naturaleza crónica, ligadas a trastornos metabólicos dependientes de estilos de vida sedentarios, hábitos alimenticios inadecuados y factores de tipo hereditario.

Este análisis, nos lleva a la necesidad de implementar políticas que permitan superar las barreras socioeconómicas, culturales, geográficas, religiosas, epidemiológicas a través de un enfoque integral, intercultural e incluyente.

Del presente análisis, se puede identificar como grupos sociales excluidos a:

- poblaciones indígenas, originarias y campesinas;
- la población del área rural,
- las mujeres independientemente de su lugar de residencia y su nivel de instrucción,
- los niños y adolescentes entre 6 y 15 años,
- los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, neoplasias, cardiovasculares y degenerativas),
- otros grupos como los discapacitados, pacientes con VIH-SIDA, trabajadoras sexuales, trabajadoras del hogar.
- Un número importante de trabajadores del sector salud, que como consecuencia de la flexibilización laboral han quedado marginados de la protección social en salud, puesto que desarrollan actividades con contratos a plazo fijo que no contemplan un seguro de salud.

¹⁸ OPS/OMS Bolivia, documento preparado para el Grupo Consultivo, 2003.

IV. ESTRUCTURA, ORGANIZACIÓN Y POLÍTICAS DEL SECTOR

I. Caracterización del sector

El Sistema de Salud¹⁹ de Bolivia, refleja características de un sistema fragmentado, inequitativo, sectorialista respondiendo cada uno a sus propias normas y responde en mayor o menor preponderancia a los elementos históricos, culturales, étnicos, sociales y económicos que caracterizan al país. Evidenciando, dos realidades entrelazadas que reflejan su tendencia histórica y colonial. Por un lado, gran parte de la población prefiere la medicina tradicional; y por otra, se evidencia la influencia de la medicina científica, reflejada en la medicina hospitalocéntrica y de consulta particular, en la que se paga por acto médico y es accesible para parte de la población que cuenta con suficientes recursos económicos. El Seguro Social a corto plazo, beneficia a quienes cuentan con un trabajo estable y pueden cotizar, convirtiéndose en una barrera que limita el acceso a los servicios de salud.

El Sector Salud comprende dos grandes ámbitos de competencia: el formal que comprende, los servicios públicos, los seguros de salud²⁰ y el privado con o sin fines de lucro, que a su vez comprende el ejercicio libre de la profesión en la práctica privada, a las ONGs. El subsector informal conformado por la medicina tradicional²¹ en una amplia gama de modalidades de prestación, sobre todo en el área rural.

La medicina asistencial es ejercida por los servicios pertenecientes al subsector público, con centros débilmente organizados en base a la atención primaria de salud, y organizaciones religiosas y caritativas básicamente cristianas que prestan servicios a los estratos de menores ingresos de la población, cuando su preferencia por la asistencia informal de la salud se ve rebasada o su nivel de ingresos así lo permite, asociada a burocráticas redes de seguros de enfermedad y estructuras sanitarias asistenciales para los trabajadores asalariados.

El análisis histórico del sector salud de Bolivia pasa por un proceso constitutivo que se inicia en 1938, cuando la Constitución Política del Estado reconoce como «Un deber la protección de la salud y la vida de la población boliviana», seguida de instancias ministeriales que empezando en el Ministerio de Trabajo desembocan en la creación del Ministerio de Higiene y Salubridad

La Ley del Seguro Social Obligatorio,²² se constituyó en la expresión Boliviana del Estado de Bienestar, al cubrir por lo menos en el diseño los regímenes de enfermedad,

¹⁹ Los Sistemas de Salud son estructuras sociales complejas de naturaleza heterogénea, destinados a satisfacer las necesidades de la población de cada país en materia de salud y enfermedad.

²⁰ Que reemplaza a la Seguridad Social después de la reforma de la Ley de Pensiones.

²¹ En proceso de normatización e integración al sistema. La Ley del SUMI incorpora la medicina tradicional al Sistema Nacional de Salud.

²² Del 11 de Octubre de 1951.

vejez, invalidez y muerte imputables o no al trabajo, destinados a la previsión de salud, asistencia médica al trabajador y su familia, riesgos profesionales, accidentes de trabajo, institucionalización del seguro social obligatorio y la normalización de la higiene y de la seguridad industrial. Sin embargo, las difíciles condiciones socioeconómicas, asociadas a los elevados índices de pobreza y de inestabilidad política y económica redujeron su repercusión sobre las políticas y estrategias públicas en salud.

La crisis recesiva mundial de 1974 afecta al sector salud de Bolivia, pese a ello durante esos años trabaja en el Plan Nacional de Salud en sus dos versiones, se aprueba el Código de Salud (1978) y la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS, 1982).

La década siguiente se caracterizó por una notable reducción de los gastos e inversión en los sectores sociales²³ entre ellos salud, con serios impactos para la mayoría de la población. Los años 80 presentaron además una marcada inestabilidad política y social, que sin embargo motivó en el sector salud el lanzamiento de la APS mediante el Plan Integral de Actividades en Áreas de Salud (PIAS), y extendió las coberturas de las principales intervenciones hacia las áreas de salud, rompiendo la tendencia a la concentración urbana y hospitalaria de las intervenciones en salud, logrando además, una gran movilización comunitaria que se evidenció en la organización de los Comités Populares de Salud, en la formación de los Responsables Populares de Salud, y de las Unidades de Rehidratación Oral (UROS), mejorando exitosamente las coberturas de vacunación y el perfil epidemiológico nacional. Se sentaron las bases para la conformación de los distritos y áreas de salud bajo el marco de la regionalización.

En la década de los 90, el Banco Mundial incorporó la tesis de que el crecimiento económico y el desarrollo eran alcanzables en el largo plazo, solo si se agotaban los esfuerzos para lograr la máxima eficiencia en la asignación de recursos en el corto plazo. Para lo que era necesario impulsar la «modernización»,²⁴ recuperar las tasas de crecimiento mediante la «desregulación» y «flexibilización» implicando necesariamente la privatización de empresas y servicios públicos. En Bolivia, en el sector salud las medidas se concentraron en la modificación de la estructura y la operación del sistema, consistentes en la disminución del gasto público; la transformación del sector salud de su estructura tradicional al desarrollo de procesos de descentralización, y un consecuente debilitamiento del rol rector del sector Salud.

La Reforma del Poder Ejecutivo propiciada por la Ley de descentralización y Participación Popular, (1994-1995) al transferir a los municipios la propiedad de la infraestructura de los servicios salud de los tres niveles de atención y de recursos humanos a las prefecturas, delegando la responsabilidad en el funcionamiento, mantenimiento y administración a los municipios. Además, se les transfirió la propiedad de los recursos financieros generados por la venta de servicios, la obligación de elaborar en forma participativa con la población usuaria, planes de desarrollos sanitarios, económicos y sociales. Creando adicionalmente, los Comités de Vigilancia, como organismo fiscalizador de las actividades y la utilización correcta de los recursos, como también del funcionamiento adecuado de los servicios de salud en términos de calidad y calidez, mediante la participación en los Directorios Locales de Salud (DILOS).

A partir de estas leyes, aparecen nuevos actores en salud como el gobierno municipal con las atribuciones mencionadas, la sociedad civil en procesos de control social mediante

²³ Mucho más en la Región de Latinoamérica y el Caribe que en otras partes del mundo, donde los ingresos promedio por habitante disminuyeron cerca del 10%.

²⁴ Orientada principalmente hacia las exportaciones en el marco de la apertura externa y la vigencia plena del mercado.

la participación de los comités de vigilancia, y el ente técnico dependiente de las prefecturas estableciendo la bases de la gestión compartida y concurrente con participación popular (DILOS).

Por su parte, la Ley 924 separó las administraciones de corto y largo plazo de la seguridad social, a la que siguió la promulgación de la Ley de Pensiones basada en los principios de la capitalización individual, con la que se sustituía el régimen de pensiones de la Seguridad Social, y que engloba el Seguro Social Obligatorio (SSO) que comprende las prestaciones de jubilación de invalidez, muerte y riesgos profesionales exclusivamente financiado por el trabajador y la administración de las acciones de propiedad del Estado en las empresas capitalizadas por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFPs).

Adicionalmente, el D.S. No. 21367 determina que las Cajas de Salud serán responsables de su gestión administrativa, la promoción de la salud y el otorgamiento de prestaciones en especie y dinero del régimen de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a Corto Plazo. La cobertura de los mismos, alcanza solo al 27,6%²⁵ de la población, que cuenta con un trabajo asalariado y presta servicios remunerados en instancias públicas o privadas y esta representado en mayor proporción por la Caja Nacional de Salud que agrupa al 87% de población asegurada en su mayoría urbana.

Aseguramiento

El aseguramiento frente a las contingencias derivadas de los riesgos de enfermar y frente a las consecuencias de hacerlo, es una de las funciones básicas de los sistemas de salud modernos.

Se pueden establecer los siguientes tipos de seguros:

- Seguros Públicos: En los sistemas de salud de cobertura universal o focalizada, el derecho a la prestación sanitaria es consustancial a la ciudadanía, independientemente de su situación laboral, económica, social, raza o de credo.
- Modelo Privado: Basado en el aseguramiento voluntario y en el financiamiento privado.
- Seguridad Social: El derecho a la atención de la salud proviene de una relación laboral, financiado por empleados y empleadores.

Seguridad social

El sistema de Seguridad Social, es obligatorio para todas las personas nacionales y extranjeras, que trabajan en el territorio de la República de Bolivia y prestan servicios remunerados a otra persona, natural o jurídica mediante designación, contrato de trabajo o de aprendizaje, sean estos de carácter privado o público, expreso o presunto. Los seguros de salud son administrados por las diferentes cajas de salud, alcanzando el 2002 su población protegida a 2.311.266 asegurados. Su cobertura aproximada a nivel nacional es del 27%.

Su marco jurídico está compuesto por:

- El Decreto Ley del Seguro Social Obligatorio que se promulga el 11 de octubre de 1951.

²⁵ 2001 con gran concentración en el eje central del país.

- En 1956, se promulga el Código de Seguridad Social, fundado en los principios de solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión.
- Mediante la Ley N° 1732 del 29 de noviembre de 1996 se pone en vigencia la «Ley de Pensiones», separando la administración en corto y largo plazo. El nuevo sistema se inicia el 1º de mayo de 1997.

Su financiamiento corresponde al 10% de la totalidad de los salarios sujetos a cotización, a cargo exclusivamente del empleador. Su tutela en el área de salud es ejercida por el Ministerio de Salud y Deportes, la fiscalización y el control a cargo del INASES.

Seguros públicos

La existencia de Seguros Públicos en el país, se remontan a la década de los años 90, con la conformación de los Fondos Comunitarios de Salud de los municipios de Tupiza, Patacamaya, Capinota y Viacha. De éstos el que todavía se encuentra en funcionamiento es el de Tupiza.

En julio de 1996 mediante Decreto Supremo N° 24303, se implementa el **Seguro Nacional de Maternidad y Niñez** este seguro con carácter gratuito, dirigido a las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de 5 años, con el objetivo de reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. Su evaluación estableció que los patrones de utilización de los servicios cubiertos por el SNMN, se incrementaron de manera importante, en relación a los que no cubre el seguro. Este impacto fue mayor en la atención de partos, consultas prenatales y atenciones pediátricas de IRAS Y EDAS.

El **Seguro Básico de Salud**, se crea con la promulgación del Decreto Supremo N° 25265 del 31 de diciembre de 1998 habiendo estado vigente hasta el 31 de diciembre de 2002, como un servicio público, de acceso universal para la población objetivo y destinado a otorgar prestaciones esenciales en salud, con calidad y adecuación cultural. En relación al Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, se añaden otras prestaciones más, llegando estas a 102 incluidos los de programas nacionales y se amplía a la población general que vive en zonas endémicas. Sus acciones estaban orientadas a reducir la mortalidad en el neonato, los menores de 5 años y la mortalidad materna.

Por Ley de la República N° 2426 del 21 de noviembre de 2002 y como política de estado se crea el **Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)**, vigente a partir del 1º de enero de 2003, con carácter universal, integral y gratuito para el grupo beneficiario, para otorgar prestaciones de salud en todos los niveles de atención con carácter obligatorio y coercitivo en el sector público, seguro social de corto plazo y establecimientos adscritos bajo convenio.

Como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza y los compromisos de cumplimiento de las Metas del Milenio, el SUMI tiene como principal objetivo reducir de manera sostenible la morbilidad materna e infantil, otorgando prestaciones a las madres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto y a los niños/as hasta los 5 años de edad.

Entre los resultados²⁶ alcanzados en la Gestión 2003, se tiene que, este seguro público otorgó más de 8.400.000 prestaciones, más de 5.240.000 prestaciones médico quirúrgicas a menores de 5 años, más de 1.700.000 a mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores

²⁶ Fuente: Unidad Nacional de Gestión del Seguro Universal Materno Infantil.

al parto, más de 1.200.000 prestaciones de medios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imagenología, gabinete y Banco de Sangre), más de 306.000 atenciones odontológicas, etc.

Las atenciones se dieron según el Nivel de Atención: 70% en el 1er. Nivel, 18% en el 2do. Nivel (excepto dos establecimientos todos concentrados en áreas rurales y algunas ciudades intermedias) y 12% en el 3er. Nivel.

El 94% de las prestaciones del SUMI fueron otorgadas por el sistema público, el 2.8 por la iglesia católica, el 2% por ONGs y el 1.2% por el Seguro Social de Corto Plazo. (SSCP)

En cuanto a su financiamiento a nivel nacional se ejecutó el 77% de Coparticipación Tributaria Municipal habiendo quedado como remanente en el ámbito municipal el 23% que deberá ser utilizado en inversiones de saneamiento básico, infraestructura sanitaria o programas especiales de seguros de salud. Al Fondo Solidario Nacional, accedieron 39 municipios, habiéndose ejecutado el 94% de lo asignado, y el restante 6% una vez conciliadas las cuentas deberán ser devueltas a la Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000, para su reasignación.

Este seguro público exitoso y de gran alcance, debe ser fortalecido en su implementación, consolidación, sostenibilidad y desarrollo, y debe constituirse en el primer gran paso hacia una universalización de la salud para todos.

El Decreto Supremo 24448, promulgado el 24 de mayo de 1996, creó el **Seguro de Vejez**. A través de este instrumento legal, las personas de 65 años o más recibirán atención gratuita en todos los centros de salud del seguro social a corto plazo.

El **Seguro Escolar de Salud Obligatorio**, otorgado por el Gobierno Municipal de El Alto, beneficia a niños/as y adolescentes comprendidos entre los 5 a 18 años, brindando atenciones gratuitas en: medicina general, medicina preventiva, atención odontológica, atención oftalmológica, radiografías y laboratorio. Sumando en total 49 prestaciones.

El 84% de la población nacional está desprotegida, ya que no cuenta con ningún tipo de seguro de salud ante cualquier evento de enfermedad o accidente.²⁷ Además, se observa una concentración de servicios en el área urbana, puesto que sólo un 4% de éstos se encuentra en el área rural. El crecimiento de la cobertura del SSCP es muy lento o negativo en los últimos años.

Por otra parte se encuentra que, la prestación de los servicios de salud de la seguridad social está dirigido a los aspectos médico-asistenciales, reparativos y de rehabilitación; existiendo ausencia del enfoque preventivo, aspecto que encarece los costos de atención. Afiliados al Seguro Social a corto plazo existen en todo el territorio nacional, pero este sistema carece de establecimientos en el área rural y muy pocos en ciudades intermedias, por lo que la atención de sus afiliados es asumida por el subsector público.

Los seguros de salud se hallan enmarcados en una seria crisis interna y externa, caracterizado por denuncias de corrupción, con nombramientos de acuerdo a la preponderancia política o sindical dentro del sector, obsoletos mecanismos administrativos y problemas de carácter económico, burocrático e indolente atención con **falta de calidez** en la atención.

Debido a las tendencias actuales que están haciendo perder las conquistas sociales e institucionalizando el trabajo por contrato a tiempo determinado, aún funcionarios del

²⁷ Encuesta de Mejoramiento de Condiciones de vida. MECOVI 2002.

Ministerio de Salud y Deportes, bajo este esquema, no cuentan con un seguro de ningún tipo.

2. Análisis institucional

El código de salud de Bolivia establece el derecho a la salud de todo ser humano sin distinciones, derecho que debe ser garantizado por el Estado, pero que en los hechos es muy limitado y excluyente, puesto que hasta los servicios en hospitales públicos se pagan en alguna medida, salvo excepciones. Se salvan de la crítica los aseguramientos públicos vigentes como el Seguro de Vejez, el SUMI, y algunos programas nacionales destinados al control de enfermedades infectocontagiosas y salud reproductiva.

Rectoría

El Modelo de Gestión en Salud, señala como el máximo nivel de rectoría al Ministerio de Salud y Deportes, que tiene entre otras las atribuciones de:

- Normar, supervisar, evaluar y coordinar el Sistema Nacional de Salud y Deportes.
- Normar, supervisar, evaluar la ejecución de programas especiales y promover las campañas de prevención de enfermedades infecciosas y otras patologías.
- Formular políticas y normas para la prevención, rehabilitación y reinserción social de drogo-dependientes en coordinación con el Ministerio de Gobierno.
- Formular y ejecutar la Política Nacional para el fomento de la actividad física y del deporte formativo, recreativo y competitivo, profesional y aficionado.

En diversos países americanos incluyendo Bolivia, los procesos de modernización de los Estados continúan evolucionando y como parte de ellos los de reforma del sector de la salud, con algunas características como:

- a) Modificación de las estructuras tradicionales del estado y una revisión de su participación en la economía y de sus relaciones con la sociedad civil.
- b) Preparación del capital humano y social como condición del nuevo modelo de desarrollo, siendo la salud uno de sus componentes esenciales.
- c) El replanteamiento de la salud, como proceso, producto social y componente sustantivo del desarrollo humano.
- d) La evolución de la noción de lo público, referida a lo que es de todos y por ende interesa a todos.

En todos los casos, se reafirma la indelegable responsabilidad que le corresponde al Ministerio de Salud, como autoridad sanitaria nacional, en el ejercicio de la rectoría.

La transformación del ejercicio y de la capacidad de rectoría, necesaria y justificada, motivó que el XL Consejo Directivo de la OPS dedicara una sesión a asuntos directamente relacionados con la autoridad sanitaria.

En este evento quedaron definidos el objetivo y los contenidos de las funciones de la rectoría en cuanto a:

Rectoría sectorial	Cambios en el sector
• Conducción • Regulación Sectorial públicos y privados • Desarrollo de los FESP • Garantía del aseguramiento • Modulación del financiamiento sectorial • Armonización de la provisión de servicios	• Surgimiento de nuevos actores • Avance en la descentralización • Desconcentración y descentralización de los servicios de salud • Tendencia a la separación de funciones

El Código de Salud, denomina «Autoridad de Salud» al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (actual Ministerio de Salud y Deportes), asignándole la responsabilidad de la definición de la política nacional de salud, la formación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción.

Las normas emanadas del Ministerio de Salud y Deportes, tienen carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud, Prefecturas, Gobiernos Municipales, el Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, y sin excepción alguna, para todas las Cajas de Salud y aquellas instituciones sujetas a convenio.

Problemas de gobernabilidad, institucionalización, incompetencia, falta de información, el desconocimiento del sector, la inestabilidad laboral, una alta rotación de personal, actitudes reactivas al cambio, la rutina, etc. puede inducir no solo al no reconocimiento del líder o de la rectoría, sino también a que no se respete los ámbitos de gestión. Se debe ejercer la gestión compartida con derechos y responsabilidades.

3. Análisis del financiamiento y gasto

El análisis de las fuentes de financiamiento y del gasto del sector de la salud es un tema relevante por su impacto no sólo en la sostenibilidad financiera de los sistemas de salud, sino también en el acceso que efectivamente la población puede lograr.

El conocimiento del gasto nacional en salud y su financiamiento, es esencial para la toma de decisiones acerca de la asignación de los recursos del sector. El estudio de las cuentas nacionales en salud permite evaluar la equidad y eficiencia con que se asignan y utilizan estos recursos y es clave para comparar los esfuerzos que hacen las sociedades y gobiernos de los países para enfrentar los problemas de salud que afectan a sus poblaciones. Adicionalmente permite identificar con precisión las fuentes, agentes, proveedores y beneficiarios.

Respecto al financiamiento, Bolivia presenta un sistema fragmentado y con predominio de pago directo (de bolsillo) como mecanismo de financiamiento. Es así que los mecanismos de aseguramiento de corto plazo, solo benefician a los estratos medios de la población que cuentan con un trabajo asalariado, salvando en parte esta situación los seguros públicos como parte de la responsabilidad del Estado para con la población. Por su parte, los estratos superiores de ingreso y los inferiores (informales en su mayoría) buscan atención en servicios privados e informales o tradicionales respectivamente.

Algunas desigualdades, pueden ejemplificarse como:

- El 27% de la población accede al sistema de la seguridad social, misma que eroga el 42% de los recursos del sector.

- El subsector público que debe cubrir al restante 73% sólo eroga el 23% del presupuesto.
- El 34% del presupuesto del sector salud constituye el «gasto de bolsillo».
- Por otro lado, mientras que el sector público gasta US\$ 12,2 per capita, la Seguridad Social gasta US\$ 87 per capita, registrándose casos como la Caja de la Banca Privada que gasta US\$ 414 y COSSMIL US\$ 345.²⁸

El financiamiento del sector hace evidente dos hechos importantes que siguen la tendencia internacional hacia el libre mercado en salud:

- por una parte, el Gobierno ha disminuido su aporte al gasto total en salud de 18,4% en 1995 y a 11,8% el año 2000 y
- la segunda que el gasto de los hogares en salud ha subido de 95 a 173 millones para el mismo periodo de tiempo. Por lo que hogares, se están constituyendo en una importante fuente de financiamiento del sector, sin considerar que en virtud a la crisis que afecta el país los ingresos de los hogares se han visto reducidos debido a una disminución del empleo formal, convirtiendo a la salud en una pesada carga financiera para los hogares particularmente para los de menores ingresos.

4. Análisis del modelo de provisión para el desarrollo de planes, programas y políticas sectoriales

El Sistema Nacional de Salud²⁹ se define como un sistema accesible, eficiente, solidario, de calidad sostenible y con múltiples prestadores, descentralizado, participativo y financiado con fondos públicos y privados.

Desde el punto de vista de la oferta el sector público atiende al 40% de la población,³⁰ los seguros de salud menor del 30%, y los servicios privados con fines de lucro y las ONGs a otro 10%. El restante 20% de la población no tiene acceso físico a los servicios públicos de salud por falta de medios de comunicación, barreras culturales, etc. Esta población recurre en gran medida a la medicina informal.

Desde el punto de vista de la demanda, se evidenció que ante un evento de enfermedad o accidente el 52,1% de la población busca atención sanitaria en el sector informal y solo el 47,8% en el subsector formal de salud.³¹

La prestación de servicios en el subsector público, tiene aranceles fijados como mecanismo de recuperación de costos y auto-sostenibilidad del sistema. El acceso sin costo para el usuario³² de los servicios contempla acciones de atención primaria, como prevención, promoción y educación en salud, control y vigilancia de enfermedades, con la existencia de programas nacionales subvencionados, como de tuberculosis, malaria, inmunizaciones, diarreas, cólera, alimentación suplementaria con vitamina A y sulfato ferroso, para toda población y también se otorga a través del SUMI a la población beneficiada por este seguro público.

²⁸ Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Ministerio de Salud y Previsión Social, 2000.

²⁹ Ministerio de Salud y Previsión Social, 1998.

³⁰ ENDSA.

³¹ M. Aparicio «Análisis de la Equidad en Salud en Bolivia, Costa Rica y Chile» de próxima publicación

³² En un elevado índice, los servicios gratuitos obedecen al principio de solidaridad frente a la problemática de la pobreza crítica del 40% de la población.

La red de servicios públicos está organizada en tres niveles de atención y responde a 4 ámbitos de gestión: el Nacional representado por el Ministerio de Salud y Deportes, el Departamental a través de los Servicios Departamentales de Salud, el Municipal representado por el Directorio Local de Salud (DILOS) que es la máxima autoridad en salud en el ámbito municipal y finalmente el Local que se da en el mismo operador o establecimiento de salud.

El sistema opera a través de la gestión sectorial, compartida, concurrente y con participación popular. Se entiende por gestión sectorial la administración del conjunto de acciones relacionadas con la definición y administración de las políticas, planes y programas para la prestación de los servicios de salud.

La gestión compartida es el ejercicio de la responsabilidad común, en igualdad de condiciones, en el nivel local para la administración de los servicios de salud en un municipio dado. La gestión concurrente es la posibilidad de intervención participativa contribuyendo con los recursos disponibles y la Participación Popular es el ejercicio del control social dado a través de la Ley de Participación Popular y la última Constitución Política del Estado que incorpora el precepto de «nación unitaria, representativa y participativa», posibilitando la participación plena y activa de la población en las decisiones.

El subsector privado está constituido por organizaciones empresariales e individuales, formales e informales con y sin fines de lucro y con financiamiento y administración privados.

El Ministerio de Salud y Deportes junto con los Servicios Departamentales de Salud, en uso de sus atribuciones, tienen la responsabilidad de ejercer su rectoría, regular su funcionamiento y asegurar que presten servicios seguros y eficaces, y cuenten con personal calificado, hecho que en la práctica es relativo y variable de acuerdo a los distintos Departamentos del país.

Entre los servicios privados sin fines de lucro están, las obras sociales de la iglesia³³ y las ONGs que son los actores más importantes. Son numerosas y tienen distinta presencia según la zona y el nivel de pobreza del municipio y la Iglesia. La mayoría de ellas, tienen financiamiento internacional; pocas cuentan con recursos nacionales que garanticen su sostenibilidad. Las ONG se están incorporando muy lentamente a los seguros de salud públicos y a los esquemas del nuevo modelo sanitario.

La Iglesia brinda importantes servicios a la comunidad, sobre todo en zonas de extrema pobreza y en áreas urbano-marginales. Funciona en general con recursos humanos del Estado, con infraestructura propia y financiamiento compartido con los usuarios. En ciertos municipios y comunidades la Iglesia es la única proveedora de servicios.

Los proveedores de medicina tradicional son numerosos, casi en cada comunidad rural o urbana marginal existe un proveedor de algunos de estos servicios (partera, curandero, yatiri).

El sistema de salud ha ido incorporando esporádicamente las parteras a las redes locales de atención y está en proceso su incorporación al sector formal de atención, ya que la **medicina tradicional** es incorporada al Sistema Nacional de Salud, por Ley N° 2426, respetando su pleno ejercicio en adecuación a los usos y costumbres de los pueblos campesinos, originarios e indígenas.

El programa de extensión de cobertura (Extensa), busca eliminar la exclusión en salud en beneficio de las poblaciones rurales. Sus acciones están focalizadas en municipios y

³³ Principalmente de la Iglesia Católica.

comunidades seleccionadas, clasificadas por nivel de pobreza, dificultad de acceso, dispersión poblacional y composición étnica, es decir mayoritariamente indígena y originaria para garantizar los servicios de salud, el SUMI y los programas de atención integral. Este programa sin duda bien encaminado, aún no presenta la ampliación y cobertura deseada y es otro ejemplo de iniciativas parciales y poco sostenibles, para hacer realidad la atención primaria integral, accesible e incluyente.

El Modelo de Gestión establecido el 21 de diciembre de 2002, destaca la necesidad de profundizar la descentralización, incorporando a todos los actores relevantes. De los cuatro niveles sin duda los DILOS como instancia de gestión compartida deberían estar funcionando y desarrollando actividades concretas en términos de salud en los niveles locales, sin embargo, en la práctica han tenido un desarrollo parcial y limitado a nivel nacional, si bien hay posesionados 314 DILOS, son pocos los efectivos y los que verdaderamente están funcionando de acuerdo a normas vigentes. Este será un espacio importante de decisiones y consensos y una oportunidad histórica para trabajar de manera conjunta en busca de un solo objetivo: ¡LA SALUD!

Orientación de la política de recursos humanos

La formación de recursos humanos en salud sigue una tendencia errática, al contarse con proliferación de escuelas públicas y privadas de medicina y de otras carreras de salud, destinadas a la formación de profesionales en ramas tradicionales sin pensar en la saturación del mercado de trabajo, la dudosa calidad, las pocas oportunidades de empleo y las necesidades reales de recursos humanos del sistema nacional de salud.

Por otro lado, el perfil de formación profesional continúa en el modelo tradicional, que no es adecuado a las necesidades de recursos humanos en salud. No se trata de formar sólo especialistas en salud familiar, sino de producir trabajadores en salud con aptitudes, habilidades y destrezas desarrolladas en el enfoque ideológico y en la práctica de la salud familiar y comunitaria.

La regulación de los centros de formación en salud, no entra en el marco de las atribuciones del sistema, correspondiendo ésta función al Ministerio de Educación y Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana (CEUB), lo que evidencia la falta de rectoría del Ministerio de Salud y Deportes en este tema.

El Comité Nacional de Integración Docente Asistencial (CENIDA) cuenta con la participación Gubernamental en la organización y ejecución de los programas de postgrado con las universidades estatales, sin embargo su influencia es parcial, ya que no regula la explosiva oferta postgradual de las universidades privadas y tampoco sigue una política nacional de recursos humanos en salud.

Sin embargo, la estructura de los recursos humanos en salud, continúa siendo desorganizada, coyuntural, y con escasos mecanismos de certificación de la capacidad técnica. Si bien existen reglamentos para las especialidades médicas, odontológicas, de enfermería, etc, las mismas son ejecutadas por las Sociedades Científicas que regulan la certificación de especialistas y su ejercicio.

En síntesis, es evidente la ausencia de una política rectora de gestión y desarrollo de los recursos humanos que proponga directrices en sus distintos componentes, provocando la anarquía en cuanto a la formación, la hipertrofia de acciones de capacitación y la carencia de sistemas de vigilancia del recurso humano.

Por otra parte, es en este aspecto que el Sistema Nacional de Salud se ha visto fuertemente influenciado por ingerencias político-partidistas, que a no ser por la férrea

posición de los sindicatos en defensa de los puestos de trabajo, se vería continuamente desarticulada, aunque estos también muestran ingerencias políticas, pedidos muchas veces irracionales, un carácter sólo reivindicativo y no propositivo, sectorialista y de protección a funcionarios que no gozan de idoneidad técnica y profesional; dado que los trabajadores en salud se han visto en la difícil situación de desarrollar un doble currículo, por una parte el profesional y técnico y por otro, el político partidista.

Otra de las debilidades de la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes se vé reflejada en la falta de regulación de la infraestructura sanitaria cuya construcción es anárquica, inconsulta y muchas veces innecesaria. La decisión de construir un establecimiento de salud es tomada por los municipios que no toman en cuenta la coordinación con las SEDES para la dotación de recursos humanos, equipamiento y otros, haciendo que la puesta en marcha de la infraestructura una vez construida no sea posible por falta de planificación, puesto que se deja a las SEDES la dotación de equipo y RRHH que no han sido previstos al momento de iniciar la construcción.

Esta irracionalidad se manifiesta a manera de ejemplo, cuando en el área rural no existe un solo establecimiento de salud de 3er. Nivel, obligando a las poblaciones más empobrecidas a acudir a los centros urbanos de ciudades capitales, para ser atendidos en patologías propias de esa capacidad de resolución. No existe una política de incentivos a médicos especialistas, para permitir que los Hospitales Básicos de 2do. Nivel, funcionen adecuadamente como tales en las zonas rurales del país.

No se tienen definidos mecanismos de organización y vigilancia de la atención que garanticen la continuidad, la permanencia, ni la capacidad técnica resolutive elemental que norme las competencias de cada uno de los niveles de atención, evitando de esta manera la irracional demanda en los niveles hospitalarios y la subutilización del nivel I.

Orientación y alcances de la política de medicamentos

La política se sustenta en dos pilares: el desarrollo del Sistema Nacional Único de Suministro de Medicamentos e Insumos y el Sistema Nacional de Vigilancia y Control sanitario de Medicamentos; sistemas que de manera conjunta permitirán garantizar acceso y disponibilidad oportuna de medicamentos a la población boliviana.

En relación al acceso a medicamentos, resulta muy complejo ofrecer una estimación a este respecto, datos de encuestas de utilización de servicios han calculado que 43 a 48% de la población total acude a los servicios públicos de salud, la cobertura de Seguridad Social incluyendo las cajas de salud es de 22% y se estima que 10% de la población es atendida por la medicina privada. Entre 20 y 25% de la población no tiene acceso a ninguno de los sectores, se trata mayormente de población rural dispersa.

Bolivia cuenta con una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales revisada en 1 año 2003, misma que incluye 352 fármacos (principios activos) y existe un Formulario Terapéutico Nacional en su 4ª versión, en proceso de actualización, herramientas que apoyan los procesos de gestión de suministros y promueve en gran medida la racionalización de la prescripción de los mismos.

La política nacional de salud del gobierno prioriza el área de medicamentos, destacando que los mismos constituyen insumos fundamentales y estratégicos para la asistencia sanitaria de la población boliviana y que su disponibilidad y acceso constituirán indicadores de equidad para evaluar el Sistema Nacional de Salud.

En este marco se ha revisado y actualizado en el año 2003 la Política Nacional de Medicamentos a la luz de los cambios del Sistema Nacional de Salud del país, en

congruencia con las políticas sub-regionales de medicamentos que se han promulgado en los últimos años y que involucran temas de interés recíproco con otros países de la Comunidad Andina de Naciones y MERCOSUR, que apuntan a lograr disponibilidad y acceso con equidad a medicamentos para las poblaciones más desprotegidas.

En el área de regulación de Medicamentos Bolivia cuenta con una Dirección Nacional de Medicamentos, instancia reguladora en medicamentos y que tiene dentro de sus áreas principales el registro sanitario de medicamentos, cosméticos, reactivos y productos naturales tradicionales y homeopáticos; Control y Vigilancia sanitaria, que tiene bajo su responsabilidad el área de establecimientos farmacéuticos, inspección de Buenas Prácticas de Manufactura y Buenas Prácticas de Almacenamiento, vigilancia de medicamentos estupefacientes y psicotrópicos, suministro de medicamentos y uso racional.

Participación del rubro medicamentos en la economía nacional

El sub-sector farmacéutico constituye un importante rubro en la economía del país, representa el 1,15% del PIB, en 1999 el gasto en medicamentos ascendió US\$ 98,5 millones equivalente a US\$ 12,1 per cápita anuales. En ese año el 77,5% del gasto en medicamentos provino de los hogares (gasto de bolsillo) 15,5% de las cajas de seguro social y 5,0% del sector público. En el mercado farmacéutico boliviano existen 9.929 medicamentos legalmente registrados; de los cuales se comercializan 5.186, 62% de ellos correspondiente a medicamentos esenciales y del total registrados un 21% del total se comercializan con nombre genérico, es decir que por cada producto genérico se distribuyen en el mercado cuatro productos con marca comercial. Existen 47 medicamentos herbarios a los cuales se ha aprobado su registro para efectos de comercialización.³⁴

Para el año 2003 el 71% del mercado farmacéutico nacional corresponde a medicamentos importados, y 29% a medicamentos de fabricación nacional.

En total existen 367 empresas farmacéuticas registradas dedicadas a la producción, importación, distribución o comercialización de medicamentos, pero sólo el 27% (99) comercializan medicamentos esenciales.

Un indicador importante que nos refiere el grado de disponibilidad de medicamentos esenciales en el mercado farmacéutico boliviano ha sido el referido al porcentaje de los medicamentos esenciales que están registrados y circulando en el mercado farmacéutico nacional, se estima que para el año 2000 se estaban comercializando en Bolivia un total de 5,518 medicamentos, de los cuales 3.427 (62%) correspondieron a medicamentos esenciales, lo cual evidencia la aplicación de políticas referidas a priorizar los medicamentos esenciales en el registro de medicamentos.

5. Promoción de la actividad física y deportes

La nueva política para el sector de la actividad física y el deporte, se estructura en una visión sistémica que, reconoce la necesidad de empoderar a la población en su derecho al ejercicio de la actividad física y deportiva, como un elemento fundamental de su desarrollo y salud integral que le permita gozar de una mejor calidad de vida.

Pese a las funciones establecidas y atribuciones conferidas, si ya el presupuesto del sector salud es exiguo, el deporte no recibe más que un débil apoyo presupuestario, limitando su capacidad de acción y el apoyo que debería brindar a la sociedad en cuanto a lo formativo, recreativo y competitivo.

³⁴ Dirección Nacional de Medicamentos, 2003.

6. Análisis de la cooperación externa

Las políticas sanitarias y su relación con la Cooperación Internacional son orientadas por dos documentos importantes como son: el Nuevo Marco de Relacionamento Gobierno – Cooperación Internacional y la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP).

El lograr la eficiencia en la inversión pública y alinear el apoyo de la cooperación internacional con la Estrategia de Lucha contra la Pobreza hace que el Nuevo Modelo de Relacionamento, se convierta en un instrumento para lograr el mayor impacto posible en los resultados, que tienen que ver prioritariamente con reducir la mortalidad materna e infantil, combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades transmitidas por vectores.

La Cooperación Internacional se encuentra organizada en un «Comité Interagencial» presidido por el Ministerio de Salud y Deportes, el mismo tiene como objetivo la socialización de información de experiencias para fomentar la complementariedad, evitar la duplicidad de esfuerzos, optimizando de esta manera los recursos financieros, técnicos y humanos.

El aporte de la Cooperación Internacional ha sido significativo para el cumplimiento de las acciones en salud. Del 2001 al 2003, el aporte de créditos y/o donaciones al presupuesto del Ministerio de Salud y Deportes, representó el 74% promedio del total.

Durante la gestión 2001–2002 mantiene una ejecución de 33% en donaciones y 67% en créditos concesionales.

Por otro lado, el proyecto de Reforma del Sector Salud financiado por el Banco Mundial, se inició como una estrategia de fortalecimiento del sector público de salud, considerado el eje de los servicios de salud. Sin embargo su participación se ha visto limitada y no se ha integrado al resto del sistema nacional de salud.

7. Análisis de exclusión en la perspectiva de las organizaciones e instituciones

Para el análisis de las principales causas de la Exclusión Social en Salud, el grupo (mayormente compuesto por organizaciones indígenas CSUTCB, CONAMAQ, CIDOB, CSUTC-BC y CONALJUVE) ha incorporado elementos desde su percepción y su vivencia cotidiana. Los argumentos presentados en las siguientes tablas corresponden a estas contribuciones importantes de los participantes del grupo.

Déficit de infraestructura

En el análisis de los aspectos más relevantes de exclusión social en salud, en cuanto a infraestructura destaca un alto número de servicios concentrados en el área urbana con Hospitales de I y III nivel de atención, Centros de Salud y Postas de Salud, que cuentan con todos los servicios.

Sin embargo se notan, diversas falencias en la atención de los servicios de salud; tanto en la calidad, como en la calidez y en grupos excluidos como: adulto-mayor, niños trabajadores y/o de la calle, indigentes y otras poblaciones en riesgo.

La existencia de servicios de salud en el área periurbana es deficiente, ya que no existen Hospitales ni Centros de Salud; solamente existe un número limitado de Postas que prestan atención primaria en salud. Los establecimientos de Salud enfrentan la insuficiencia de sistemas sanitarios completos (falta de alcantarillado y desagües), además de las pocas y difíciles vías de acceso.

Aparentemente las ciudades intermedias cuentan únicamente con Hospitales de I nivel de atención y ocasionalmente de II nivel de atención —bien equipados— que fueron construidos en su mayoría por la cooperación externa. En Comunidades cercanas y lejanas sólo se puede acceder a servicios de salud en Centros de Salud y Puestos de Salud, respectivamente. La dispersión de las comunidades rurales dificulta el acceso a los servicios de salud que además presentan carecen de servicios básicos.

Fallas en la Producción, Entrega o Disponibilidad de los Bienes/Servicios de Salud

En el área urbana si bien existen Hospitales y Centros de Salud como infraestructura, no existen suficientes insumos para atender la demanda de la población. Los ancianos por ejemplo deben soportar largas esperas para ser atendidos y la falta constante de medicamentos esenciales. Por otro lado, falta un tratamiento integral de los desechos para que estos no afecten a otros sectores convirtiéndose en focos de infección.

Para el área periurbana el problema más sobresaliente es la falta de ítems para el personal que atiende los mismos. A pesar de que algunos hospitales cuentan con la infraestructura para funcionar como II nivel, el personal de salud es limitado y esta concentrado en la ciudades.

La situación de las comunidades rurales es aún más crítica, ya que sus posibilidades atención están limitadas en la mayoría de los casos a auxiliares de enfermería, los médicos llegan esporádicamente, regularmente en época de campañas de vacunación. Esto implica que al presentarse una enfermedad de mayor complejidad, deben desplazarse hasta los establecimientos de II nivel de atención (ubicados normalmente en las ciudades), lo que para ellos implica el tener que incurrir en mayores gastos y dejar sus actividades agrícolas.

Para el área periurbana el problema más sobresaliente es la falta de ítems para el personal que atiende los mismos. A pesar de que algunos hospitales cuentan con la infraestructura para funcionar como II nivel, el personal de salud es limitado y esta concentrado en la ciudades.

La situación de las comunidades rurales es aún más crítica, ya que sus posibilidades atención están limitadas en la mayoría de los casos a auxiliares de enfermería, los médicos llegan esporádicamente, regularmente en época de campañas de vacunación. Esto implica que al presentarse una enfermedad de mayor complejidad, deben desplazarse hasta los establecimientos de II nivel de atención (ubicados normalmente en las ciudades), lo que para ellos implica el tener que incurrir en mayores gastos y dejar sus actividades agrícolas.

Barreras que impiden el acceso a las atenciones en salud

A pesar de que hemos prestado bastante atención a las barreras geográficas se ha demostrado claramente que existen otros factores que limitan el acceso de la población a los servicios de salud, particularmente la población pobre, los indígenas, las mujeres y los niños. Adicionalmente podemos mencionar que estos factores están interrelacionados, ya que la carencia de recursos económicos, limita el acceso de la población a una atención de calidad, incluyendo la compra de medicamentos. En el caso de las mujeres, particularmente de área rural, la atención médica esta limitada al personal de salud del establecimiento que en muchos casos es del sexo masculino, esto establece así un mecanismo de exclusión por factores culturales.

Asimismo, en algunos casos la relación del personal de salud con estos grupos vulnerables establece una relación de discriminación que se manifiesta en una relaciones de poder, donde los usuarios de los servicios son discriminados y subvaluados.

Este documento plantea la necesidad de desarrollar estrategias para enfrentar cada una de las barreras a través de la experiencia de los prestadores de salud en temas de comunicación, información, calidad calidez, trato y resolución de problemas de salud.

Problemas relacionados con la calidad de los servicios

Existen errores de diagnóstico por falta de equipos adecuados, insumos y en otros casos por negligencia de los médicos. Los tratamientos médicos no funcionan: por mal diagnóstico, negligencia del paciente y mala medicación. Se reconoce también una falta de predisposición de los usuarios, especialmente hacia el cumplimiento de indicaciones médicas. No existen servicios de diagnóstico especializados. Falta de sensibilidad del personal de salud. Existen médicos/as que brindan una atención cálida y humana y otros que son intolerantes.

También existen problemas de comunicación porque algunos médicos utilizan lenguaje técnico y no conocen el idioma local.

En general se reconoce que la medicina tradicional goza de amplia aceptación en el área rural por lo que es fundamental trabajar en buscar la complementariedad e interacción entre esta medicina y la medicina occidental.

Lo mismo, se destaca la importancia de incorporar practicas interculturales donde estas sean demandadas.

El Gobierno deberá promover que los usuarios asistan a los establecimientos de salud, y lograr que a través de la coordinación del personal de salud con las autoridades locales se revisen y analicen las prevalencias de enfermedades y se tomen decisiones al respecto involucrando a la comunidad.

V. CONCLUSIONES GENERALES

Bolivia ha pasado de ser un país predominantemente rural a un predominantemente urbano, por fuerte efecto migratorio, hecho que se sucede sin ser paralelo al proceso de industrialización ni desarrollo de la economía, con franca descomposición de la estructura agraria. La población es de tipo progresivo, con una tasa de crecimiento anual de mayores de 60 años superior al de la población total.

Existe aumento en la tasa de desempleo abierto, de informalidad y subempleo en áreas urbanas por incremento en la tasa de cesantía

El país está ingresando en un periodo de transición epidemiológica con disminución de causas de mortalidad de origen infeccioso, e incremento de enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias y causas externas.

Bolivia ha realizado importantes avances en la reducción de la mortalidad del niño menor de 5 años y mortalidad materna, pero aún se mantienen altas en el contexto de América Latina, con brechas importantes urbano-rurales, población indígena, población no indígena, pobres, no pobres. Esta disminución se debe en parte al aumento de las coberturas del control prenatal, de parto en servicio, y uso de métodos anticonceptivos.

Los adolescentes constituyen un grupo poblacional que requiere atención del sector salud

Se han desarrollado importantes esfuerzos para la detección, control y prevención de enfermedades transmisibles.

Las tendencias de las coberturas para las enfermedades inmunoprevenibles son ascendentes con todos los biológicos desde el año 2000 a la fecha.

La desnutrición como indicador sensible de la calidad de vida de los pueblos y manifestación fundamental de problemas sociales y económicos, es importante en la población infantil y mujeres.

El país carece de un sistema de estadísticas vitales y el subregistro alcanza a 63%, siendo necesario mejorar la calidad del diagnóstico y certificación de defunciones

El sistema de información en el área de actividad física y deporte es insuficiente

Los principales grupos de población excluidos son:

- poblaciones indígenas, originarias y campesinas;
- la población del área rural,
- las mujeres independientemente de su lugar de residencia y su nivel de instrucción,
- los niños y adolescentes entre 6 y 15 años,
- los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, hipertensión, neoplasias, cardiovasculares y degenerativas),

- otros grupos como los discapacitados, pacientes con VIH-SIDA, trabajadoras sexuales, trabajadoras del hogar.
- Un número importante de trabajadores del sector salud, que como consecuencia de la flexibilización laboral han quedado marginados de la protección social en salud, puesto que desarrollan actividades con contratos a plazo fijo que no contemplan un seguro de salud.

Principales problemas de salud

- Altas tasas de fecundidad
- Altas tasas de mortalidad infantil con predominio neonatal, en gran proporción por causas evitables
- Altas tasas de mortalidad materna en gran proporción por causas evitables
- Desnutrición infantil
- Mayor riesgo de enfermedad y muerte en poblaciones indígenas, campesinas, originarias y población pobre, principalmente en las zonas rurales y peri urbanas
- Discriminación de la mujer
- Importante proporción de población joven y adolescente que no está cubierta por atención integral de salud
- Alta prevalencia de violencia intrafamiliar y doméstica
- Maltrato infantil
- Alto riesgo de mortalidad por accidentes de tránsito
- Alta frecuencia de consumo de alcohol
- Incremento en el consumo de cigarrillos principalmente en jóvenes
- Incremento en la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.

Enfermedades transmisibles

- Alta incidencia de Tuberculosis
- Alta prevalencia de enfermedad de Chagas
- Riesgo de incremento de casos de Malaria
- Riesgo de brotes de Dengue Hemorrágico
- Incremento de casos de ITS, VIH-SIDA
- Persistencia de casos de rabia humana y otras zoonosis (fiebre aftosa)
- Focos de Leishmaniasis en determinadas zonas del territorio nacional
- Persistencia de la lepra como problema de salud pública.

Enfermedades no-transmisibles

- Alto riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino
- Aumento de prevalencia de Diabetes Tipo II, Hipertensión Arterial y Obesidad

- Alto riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares
- Elevado riesgo de exposición a radiación ultravioleta y sus efectos sobre la salud.

Caracterización del sector salud

El Sistema Nacional de Salud se caracteriza por su fragmentación, desarticulación, inequitativo, poco solidario y disperso, con el actual Modelo de Gestión se trata de organizar el sistema, aunque todavía parece lejano el articular un Sistema Único de Salud.

El máximo órgano rector que es el Ministerio de Salud y Deportes, en toda época muestra falta de coherencia y constantes cambios en su estructura organizacional, causando confusiones, en los últimos años se han cambiado organigramas más respondiendo a criterios personales, políticos o de otra índole, menos a criterios técnicos y analizados por profesionales del área administrativa. Aparecen y desaparecen unidades, se confunden atribuciones con funciones, se superponen estas. No aparecen áreas claves para un órgano rector como una unidad que vea los servicios o establecimientos de salud, los SEDES no se adecuan al nuevo Modelo de Gestión y no replican las funciones del Ministerio y menos asumen a cabalidad sus responsabilidades.

Si bien, el país cuenta con el SUMI, una vez que la madre ha dejado el periodo postparto y los niños dejan los 5 años de edad, estarán totalmente desprotegidos al igual que los adolescentes, jóvenes y adultos que conforman el resto de la población nacional, exceptuando las prestaciones otorgadas por los programas nacionales en vigencia.

Es evidente que el Sistema de Salud presenta barreras financieras, geográficas, culturales, de género e incluso lingüísticas para el acceso de la mayoría de la población, que la calidad es deficiente en los servicios de salud ingresos y altamente burocrática. Lo que crea la urgente necesidad de repensar el Sistema Nacional de Salud en búsqueda del acceso universal y equitativo de toda la población y un Sistema Nacional Único de Salud (no fragmentado), a ser desarrollado en forma paulatina y solidaria, buscando el concurso de todos los actores nacionales en cuanto al financiamiento y cambiando el paradigma tradicional reparativo u hospitalocéntrico, para ir hacia la búsqueda de la salud mediante políticas y estrategias de carácter preventivo mucho más costo efectivas.

Por otro lado, las políticas de salud se han caracterizado por ser altamente coyunturales y con una elevada ingerencia partidista, pese a ello, en los últimos años se aprecia una tendencia hacia la conformación de políticas de estado en salud, que tuvieron su primer ejemplo en las destinadas a apoyar el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), los programas nacionales como el de tuberculosis, control de vectores, y continuaron con las sucesivas ampliaciones del Seguro de Maternidad y Niñez, hasta desembocar en el SUMI. Lo anterior establece las bases para diseñar políticas de estado en salud que encaminen al país hacia un Seguro Universal, Equitativo y Solidario de Salud, y un Sistema Nacional Único de Salud.

La estructura de los recursos humanos en salud, continúa siendo desorganizada, coyuntural, y con escasos mecanismos de certificación de la capacidad técnica. Si bien existen reglamentos para las especialidades medicas, odontológicas de enfermería, etc. las mismas son ejecutadas por las sociedades científicas que regulan la formación y la educación permanente, sin seguir una política nacional de recursos humanos y responder a las necesidades concretas del sistema.

Si bien, la política de medicamentos impulsa la creación de una serie de mecanismos para garantizar la provisión de medicamentos actualmente se evidencia en el sector, resistencia a la implementación de ésta política.

Aunque la mayor parte del gasto en medicamentos corresponde hoy al bolsillo de los consumidores, se espera que los esquemas de aseguramiento vigentes trasformen gradualmente esta situación. Los precios de los medicamento no están controlados y, por lo general quedan fuera del alcance de los estratos más pobres. Ante esto, el país cuenta con un esquema de suministro basado en la Central Nacional de Abastecimientos (CEAAS) que adquiere del mercado internacional, medicamentos esenciales y genéricos a bajo precio y los distribuye y comercializa en el sector público bajo modalidades como fondos rotatorios y compras con fondos propios; la CEASS también provee medicamentos al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

VI. RECOMENDACIONES

El Ministerio debe fortalecer su tarea rectora, pero respetando la intersectorialidad, trabajando multidisciplinariamente y profundizando los procesos de descentralización, acabando con los centralismos secantes y siguiendo las tendencias actuales participativas que no sólo se reflejan en los instrumentos legales en vigencia, sino responden a necesidades reales de modernizar el estado y atender las demandas de su población.

Se debe cambiar y mejorar la cultura organizacional, brindando estabilidad, educación permanente, respetando los derechos de las personas, respondiendo a justas demandas sociales y no a presiones sindicales, sectoriales, gremiales o político partidistas; orientando técnicamente, construyendo políticas de Estado, rescatando las ya existentes, dando continuidad y mejorando a todo lo positivo que se hizo en el pasado y orientando acciones y políticas que permitan optimizar los recursos, que, de manera sostenible se dependa menos de recursos externos de cooperación y se tenga menos ingerencia, que se trabaje a favor de la salud de los y con los bolivianos.

Que el Estado entienda, que la salud necesita más recursos económicos para desarrollarse en concordancia con lo expresado en la Ley de Leyes de nuestra legislación, la Constitución Política del Estado que expresa que la salud es una de sus más altas responsabilidades y un derecho de los ciudadanos. Además se debe asumir la decisión de realizar una mejor distribución de los minúsculos recursos que actualmente gobierno invierte en la salud de la población.

Por otro lado, el enfoque multisectorial debe ser abordado conjuntamente con las instancias que tienen responsabilidad en educación, saneamiento básico, agua, electrificación, desarrollo rural, etc. A través de una coordinación estrecha.

Será importante que el Ministerio de Salud y Deportes incorpore e institucionalice a funcionarios técnicos en economía de la salud y cuentas nacionales en salud, que nunca los tuvo de línea, cuya producción será gravitante en la toma de decisiones.

Posiblemente una de las primeras acciones que habría que consensuar y tratar es la unificación de las diferentes cajas de salud.

Asimismo se tendría que revisar la política de fortalecimiento del sistema de salud rural, a partir de:

- Jerarquizar la práctica profesional en el área rural.
- Y la reinstalación del Servicio Social Rural Obligatorio con estrategias que busquen mejorar la calidad de la atención y la competencia técnica-operativa del profesional de la salud de provincia.
- Esto pasa por la formulación de manera seria y responsable de una política nacional de recursos humanos en el marco de la política nacional de salud, que incorpore todos los componentes de la gestión, la reorientación del perfil del recurso humano en salud, buscando su mayor entrenamiento en el manejo de patologías vigentes en el nuevo perfil epidemiológico de transición del país, sin descuidar el perfil

histórico de enfermar y morir. Incorporar el enfoque de salud familiar (no solo de medicina familiar) en la formación básica superior y en el postgrado como eje transversal de toda formación de personal de salud.

- Estas acciones implican también un redireccionamiento de los planes curriculares de las universidades y centros de formación de personal en salud, sobre la base del nuevo perfil epidemiológico del país, de la realidad multicultural y multiétnica de la población boliviana y con importante énfasis en manejo gerencial y epidemiológico de los problemas de salud.

Se debería garantizar y promocionar la práctica de la actividad física como instrumento de promoción de la salud y prevención de patologías que empiezan a emerger y que son causa importante de mortalidad precoz en los y las adultas. Se debe reconocer al deporte como un instrumento para el desarrollo integral de las personas, que aleje a los jóvenes y niños de los factores de riesgo como son las pandillas, violencia, consumo de alcohol, tabaco, drogas e incremente los factores de protección, brindando las mejores y mayores oportunidades, para que la población tenga un acceso masivo a la práctica de actividades físicas y deportivas.

Matriz de análisis del sector salud

Área de análisis	Implicaciones para la toma de decisiones	Recomendaciones
Caracterización epidemiológica de los problemas de salud del país y su repercusión en la exclusión social en salud.	Las características transicionales del perfil de mortalidad y morbilidad en el país. Los paradigmas tradicionales de análisis de exclusión han identificado grupos determinados por el análisis del el daño ó por constituir grupos poblacionales vulnerables, manteniendo excluidas otras categorías de análisis (género, generacional, cultural y epidemiológica). · poblaciones indígenas, originarias y campesinas; · las mujeres independientemente de su lugar de residencia y su nivel de instrucción, · los niños y adolescentes entre 6 y 15 años, · los adultos mayores con enfermedades crónicas no transmisibles · discapacitados, pacientes con VIH–SIDA, trabajadoras sexuales, trabajadoras del hogar. · trabajadores del sector salud contratados con fondos propios de servicios o por proyectos. Los criterios de priorización en la formulación de políticas de salud, solo han tomado en cuenta acciones para la población accesible a los servicios, no así a aquella del ámbito rural que normalmente no tiene acceso al sistema formal.	Incentivar proyectos e iniciativas para la implementación de programas de atención integral de población con problemas emergentes (no transmisibles). Desarrollar acciones orientadas a la caracterización de problemas de salud con enfoque de género, generacional, de factores de riesgo en grupos poblacionales no atendidos tradicionalmente. Fortalecer el sistema de salud rural, adecuando y articulando los sistemas formal e informal de prestación de servicios. Trabajar seriamente en el desarrollo de un modelo de atención centrado en la familia y la comunidad, con características urbanas y rurales.

Matriz de análisis para las conclusiones de “análisis del sector salud”

Área de análisis	Implicaciones para la toma de decisiones	Recomendaciones
Caracterización del Sector y su capacidad de respuesta a las necesidades de salud.	La desfragmentación del sector, pérdida del rol rector. Las políticas de salud se han caracterizado por ser altamente coyunturales y con una elevada ingerencia partidista. Inequidad en el sistema de financiamiento en subsector público y seguridad social a corto plazo. Dependencia cada vez más creciente de los recursos de cooperación externa. Desregulación de los mecanismos de contratación de recursos humanos. Ausencia de control en el funcionamiento de las ONG y establecimientos privados. Ausencia de políticas en pertinencia a la realidad de salud del país en cuanto a: • Grupos excluidos • Capacidad resolutive de los servicios. • Perfil epidemiológico de transición. • Mercado de trabajo • Necesidades de formación, capacitación. • Participación popular y gestión compartida • Marco normativo para la regulación de la provisión de servicios. • Cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública. • Modelos de aseguramiento • Rol de la cooperación externa • Financiamiento	Promover un Sistema Único Integrado de Salud inclusivo no discriminatorio. Analizar y revisar el marco jurídico del sistema de salud en torno a aspectos normativos, de financiamiento y de vigilancia del sistema. Desarrollar las funciones rectoras del Ministerio de Salud. Fortalecer la capacidad normativa y gerencial del Ministerio de Salud, rescatando y jerarquizando los recursos humanos que se encuentran dispersos o subutilizados. Despartidización de la sociedad, instituciones y de las organizaciones comunitarias para la construcción del sistema de salud. Impulsar procesos de diálogo, consulta y concertación sobre los modelos de atención en los distintos ámbitos geográficos, social y cultural. Profundizar en la búsqueda de un modelo de atención orientado a la salud familiar y comunitaria adecuado a los contextos mencionados. Formulación de una política nacional de recursos humanos en pertinencia con la política nacional de salud, que sea viable y sujeta a validación y evaluación permanente. Jerarquizar el rol del recurso humano en salud como eje estratégico de la política nacional de salud. Reorientar el financiamiento en salud hacia la búsqueda de un sistema, con provisión de servicios de acceso universal. Ejercer rol rector de la cooperación externa de manera que sus recursos técnicos y financieros, estén dirigidos a fortalecer los ejes estratégicos de la política de salud. Fortalecer la gestión entre el Gobierno municipal, la comunidad organizada (organizaciones naturales), y el delegado del Ministerio y la Prefectura. DILOS Fortalecer capacidad de decisión de las Mesas de Salud, asegurando la participación de mujeres, adolescentes, pueblos indígenas y otros grupos EXCLUIDOS.

ANEXO 1:

PROGRAMA DEL TALLER DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

LA PAZ, 29 Y 30 DE ABRIL DE 2004

LUGAR: CENTRO DE EVENTOS «COLONIAL»

Punto Focal para el país: Dra. Rosario Quiroga. Viceministra de Salud.

Coordinación técnica OPS/OMS: Dra. Maria Angelica Gomes

Coordinadores de grupo

- Coordinador Grupo I. Dr. Emilio Pardo.
- Coordinador Grupo II Lic. Edwin Ramos
- Coordinador Grupo III. Dr. Javier López

Comisión de revisión final:

Dra. Maria Angelica Gomes

Dr. Emilio Pardo

Lic. Edwin Ramos

Dra. Eidy Roca

Dr. Rubén Colque

Dra. Marilyn Aparicio

Lic. Carmen Zamora

1. Antecedentes

El proceso de Análisis del Sector Salud fue iniciado a partir del mes de noviembre de 2003 luego de la realización de un taller en el que las autoridades del Ministerio de Salud asumieron el reto de aplicar la Metodología de Análisis del Sector Salud propuesta por OPS Washington. Se conformaron tres grupos de trabajo con participación de técnicos del Ministerio de Salud y la Seguridad Social, universidades, agencias de cooperación, organizaciones representantes de la sociedad civil, profesionales de la salud. En la medida en que se fue conformando los documentos de trabajo, estos fueron puestos a consideración de las direcciones del Ministerio de Salud, así como a los directores de los SEDES.

Actualmente se cuenta con un documento conformado por tres componentes:

- Análisis de situación de Salud y sus determinantes
- Análisis de la estructura, organización y políticas del Sector
- Análisis de la exclusión social en salud

2. Objetivos del taller

- a. Conocer los resultados del trabajo de los grupos de trabajo de Análisis del Sector en la aplicación de la metodología propuesta por OPS.
 - *(Se tomó en cuenta las sugerencias del segundo taller del 27 de febrero, en el cual se definió como punto focal, el Viceministerio de Salud de donde surgió la solicitud de incorporar un análisis crítico de la situación descrita.)*
- b. Analizar con los participantes, las implicaciones de la situación encontrada en los tres componentes de Análisis del Sector Salud mediante sesiones de trabajos de grupo.
- c. Obtener a partir de los trabajos de grupo y debate en plenaria, un conjunto de conclusiones y recomendaciones propuestas para la acción y estrategias para la formulación de políticas del sector que serán tomadas en cuenta para la prosecución de la segunda y tercera etapa.
- d. Formular de manera integral, un cuadro de prioridades identificadas por los tres grupos con pautas para la identificación de líneas estratégicas que orienten la formulación de política para el Sector.
- e. Aplicar los resultados de la primera fase a la prosecución de las siguientes etapas según la metodología.
- f. Identificación de actores, responsables, fechas y grupos de trabajo para la continuación del proceso.

3. Metodología propuesta para el taller de jueves 29 y viernes 30 de abril. Coordinación por OPS/OMS. Dra. Maria Angelica Gomes

Día jueves 28:

Hs. 8:30-9:00	Inauguración oficial
Hs. 9:00 -9:15	Presentación de objetivos y la metodología de las fases siguientes. OPS, Washington
Hs. 9:15-9:55	Presentación del Grupo 1. Dr. Emilio Pardo
Hs. 10:00-10:15	Refrigerio
Hs. 10:15-10:50	Presentación del Grupo 2. Lic. Edwin Ramos
Hs. 10:55-11:30	Presentación del Grupo 3. Dr. Javier López (La presentación de los coordinadores de grupo incluirá: a) una primera parte descriptiva de la situación con cuadros, gráficas y análisis de aspectos relevantes de la situación descrita. b) Una segunda parte de identificación de áreas críticas y prioridades que orienten a la formulación de estrategias para cada componente.)
Hs. 11:35-12:15	Análisis contextualizado de las tres presentaciones, identificación de grandes áreas prioritarias, fortalezas y debilidades del sector y la visión estratégica del Ministerio de Salud en pertinencia a la realidad presentada. Viceministra de Salud
Hs.12:30-14:00	Almuerzo en el lugar del evento

Hs. 14:00-14:30	Presentación de la metodología de trabajo en grupos, presentación de la guía de discusión. Viceministra de salud
Hs. 15:00-16:30	Trabajos de grupo. Se espera que los grupos luego de contextualizar las presentaciones e identificadas las prioridades, diseñen una propuesta para formular estrategias de intervención viables, pertinentes y eficaces. Coordinación del Vice-Ministerio de Salud, con facilitadores por grupos. (Integrar miembros de los diferentes grupos?)
16:30-16:45	Refrigerio
16:50-17:30	Presentación de trabajos y plenaria
17:30-18:00	Conclusiones
Viernes 30 Abril.	A desarrollar por grupo OPS, Washington
8:30 a 17:00	Análisis de las conclusiones del día anterior y su articulación con las fases siguientes del proceso. Grupo OPS, Washington

ANEXO 2:

LISTA DE PARTICIPANTES POR GRUPOS

TALLER DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

LA PAZ, 29 Y 30 DE ABRIL DE 2004

LUGAR: CENTRO DE EVENTOS «COLONIAL»

Coordinación institucional

Punto focal

Dra. Rosario Quiroga
Viceministra de Salud

Dr. Alberto de la Galvez Murillo
Asesor Viceministro de Salud

Análisis de situación de salud y sus determinantes

Dr. Emilio Pardo

Estructura, organización y políticas del sector

Lic. Edwin Ramos Bustillos
Dra. Marylin Aparicio

Exclusión social en salud

Dr. Javier López
Lic. Fabiola Michel

Apoyo OPS/OMS

Dra. Priscila Rivas
Dr. Eduardo Levkovitz
Dr. Oscar Feo
Dra. María Angélica Gómes
Dr. Alfredo Calvo
Dra. Eidy Roca
Dr. Rubén Colque Mollo

Apoyo administrativo

Sra. Mónica Huarin
Sra. Verónica Vera

Equipos de trabajo

Análisis de situación y sus determinantes

Dr. Emilio Pardo
Dr. Alfredo Calvo
Dra. Rosario Quiroga
Dr. Virgilio Prieto
Lic. René Mollinedo Llave
Dra. Miriam Nogales
Dr. Hector Mencías
Dr. Juan Vega
Tec. Teresa Ruiz Duarte
Dr. Walter Agreda
Dr. Rubén Colque Mollo

Estructura, organización y políticas del sector

Lic. Edwin Ramos
Dra. Marilyn Aparicio
Dra. María Angélica Gómes
Dra. Heidy Roca
Dr. Rubén Colque Mollo
Dr. Renato Yucra
Dr. Javier Torrez Goitia
Dr. Jorge Mirabal
Dra. Yuko Hiramatsu
Lic. Marina Cárdenas-Arcaya

Dr. Jorge Jemio
Dr. Fernando Aguirre
Dra. Corina de Alencar
Lic. Adhemar Esquivel
Dr. Javier López
Dr. Frank Chacón
Dra. Eliana Dalenz
Lic. Nancy Manjón
Lic. Elba Olivera Choque
Dr. Gustavo Gómes Torres
Dra. Susana Sanjines
Lic. Ruth Barral
Lic. Dolores Mamani Estrada
Dr. Osvaldo Jaldín
Dr. Jorge Mirabal
Dr. Victor Conde
Dra. Alicia Aliaga
Lic. Paola Dorakis
Dr. Charles Pedregal
Dr. Mario Luie Tejerina
Dr. Luis Larrea
Lic. Leslie Latorre

Dr. José Bustillos
Dr. Jorge Leaño Brinckhaus
Lic. Carmen Zamora
Dr. Guido Condarco

Exclusion social en salud

Dr. Javier López
Lic. Fabiola Michel
Lic. Gloria Tellería
Sr. Juan Cerda Ara
Sra. Dolores Luna Guerra
Sr. Juan Peña
Sra. Rufina Copaja
Sra. Roxana Machaca
Sr. Irineo Zeballos
Sra. Natalia Itamari de Zeballos
Sr. Feliciano Condori
Sr. Eduardo Revollo Ojeda
Sr. Alejandro Majarro
Sr. Mario Chambi

ANEXO 3:

COCLUSIONES DE LOS GRUPOS DE TRABAJO TALLER DE ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

LA PAZ, 29 Y 30 DE ABRIL DE 2004

LUGAR: CENTRO DE EVENTOS «COLONIAL»

Se realizó una reunión con el objetivo de definir estrategias para lograr la inclusión en salud. Los principales resultados se basaron en establecer que para lograr romper con la exclusión se debe trabajar bajo un enfoque de equidad.

Equidad que fundamentalmente se orienta a dos áreas estratégicas que engloban otras áreas:

- Equidad en el Acceso
- Equidad en el Financiamiento

Para resolver la falta de equidad en el acceso se propone el desarrollo de acciones en el marco del modelo de gestión, abordando capacidades de la Red Social y de la Red de Servicios.

En la **Red Social** se propone trabajar en el desarrollo de la Medicina Tradicional, la Interculturalidad, la implementación de boticas comunitarias y el desarrollo del voluntariado en Salud.

En la **Red de Servicios** se propone establecer acciones en el manejo de Recursos humanos del sector, avanzar en el mejoramiento de la calidad de los servicios a través de procesos de acreditación. Por otra parte se propone fortalecer las capacidades de servicios con equipamiento e infraestructura adecuada a las necesidades de la población, lo mismo en relación a lograr una adecuada provisión de medicamentos e insumos.

Se definieron algunas **acciones transversales** que deben abordarse para lograr cambios profundos en el sistema, estas son: establecer programas a diferente nivel de comunicación y educación, la capacitación de recursos humanos y el desarrollo de alianzas estratégicas e intersectoriales.

Recursos Humanos

Para el área de recursos humanos el grupo propuso las siguientes acciones concretas:

- El planteamiento serio de parte del MSD de una reforma profunda en la administración de RRHH, con un enfoque descentralizado. El planteamiento deberá incorporar la mejora en los procesos de selección, brindando mejores oportunidades de trabajo a la gente mejor capacitada y con mayor experiencia.

- Desarrollar programas de capacitación de RRHH en gestión y problemas de salud prevalentes, los mismos deberán estar dirigidos especialmente a:
 - Auxiliares de Enfermería
 - Secretarios de Salud y otros agentes comunitarios de salud
 Debido a que se ha observado que esos son los grupos con menores capacidades.
- Hacer un estudio para analizar estrategias de inclusión de RRHH de las universidades (públicas y privadas) garantizando permanencia sostenible en el área rural.
- Revisión de currícula de todos los técnicos y profesionales del sector con la finalidad de redefinir sus roles.
- Desarrollar un Programa Nacional de Capacitación, haciendo fuerte énfasis en aspectos de interculturalidad y medicina tradicional.
- Que los Hospitales de 2do nivel sean centros de capacitación incluyendo la Medicina Tradicional. Estos hospitales podrían actuar como centros de investigación y de capacitación para el desarrollo de la red en su conjunto.
- Se propone la contratación de Recurso Humano rotativo para suplir ausencias constantes en el área rural.

Gestión y Participación Comunitaria

- Que se cumpla la reglamentación de gestión compartida en los tres niveles de atención, atendiendo en especial los requerimientos y planteamientos de la comunidad y de grupos minoritarios.
- Mejorar la gestión en el DILOS desarrollando las capacidades de sus integrantes.
- Fortalecer capacidad de decisión de las Mesas de Salud, asegurando la participación de mujeres, adolescentes, pueblos indígenas y otros.

Equipamiento, infraestructura, medicamentos e insumos

- Normar y dotar de equipamiento de acuerdo al nivel de atención de atención. - Buscar otras estrategias de extensión de coberturas además de las actuales Brigadas de Salud. p.ej. Brigadas Escolares, y otras estrategias que permiten la solución de problemas de salud de la comunidad, en la comunidad y con los recursos disponibles.
- Mejorar la comunicación en el nivel local (radios, teléfonos), esto corresponde al municipio (analizar).
- Definir una política de mantenimiento y reposición de equipos e infraestructura en coordinación con los municipios.
- Desarrollar una Red de Transporte en el nivel local integrando múltiples actores (sistema de referencia y contrareferencia), con la finalidad principal de resolver emergencia obstétrica.
- Asegurar la implementación plena del SNUS para garantizar la dotación oportuna de un mínimo de medicamentos e insumos esenciales.

Medicina Tradicional e Interculturalidad

- Complementariedad entre la medicina tradicional y la occidental, buscando lo mejor de ambas medicinas y poniéndolo a elección del usuario.
- Prestación de servicios de salud con enfoque intercultural
- Capacitación de médicos tradicionales en la perspectiva de incluir prácticas al sistema.
- Consolidación de Boticas comunitarias
- Incorporación de medicamentos tradicionales en las Boticas Comunitarias.
- Operacionalización de los programas de salud con enfoque intercultural (trabajar en la adecuación de programas).

Comunicación

- Desarrollar un Programa Nacional de Promoción de la Salud, que establezca alianzas con la Dirección Nacional de Comunicación, y otras redes de difusión masiva de mensajes.
- Desarrollar estrategias locales de IEC, tomando en cuenta al usuario o potencial usuario, el ámbito, el lenguaje y el perfil epidemiológico.

Alianzas estratégicas e intersectorialidad

- Con organizaciones de base que representan a los principales grupos excluidos de nuestra sociedad.
- Desarrollo de alianzas estratégicas con:
 - Ministerio de Educación
 - Ministerio de S.B y O.P
 - Viceministerio de Participación Popular
 - Ministerio del Trabajo
- Cooperación Internacional
- Organizaciones No Gubernamentales
- Fuerzas Armadas y Policía
- Sindicatos de Transportes

Financiamiento

La equidad en el financiamiento es uno de los principales retos en el sector. Si bien en estos últimos años se han ido incorporando nuevas fuentes de financiamiento, los mismos permanecen insuficientes, especialmente los del nivel central (TGN) que no se han modificado sustancialmente en las últimas gestiones.

Principalmente se plantean dos áreas de trabajo:

- Mejorar el uso de los recursos financieros actualmente disponibles, lo que implica una profunda reingeniería en la administración del recurso humano del sector

basado en el modelo descentralizador, y un mejor aprovechamiento de recursos financieros locales, ambos procesos con enfoque hacia el logro de resultados.

- Ampliar los recursos disponibles para el sector, considerados los más bajos de la región. La crónica redistribución de pobreza por la que atraviesa el sector, en definitiva, impide que realmente se logren cambios sustanciales en la salud de las personas a partir de la implementación de modelos de atención.

ANEXO 4:

DECLARACIÓN POR LA SALUD

Representantes de organizaciones de la comunidad (CSUTCB, CIDOB, COLONIZADORES DE BOLIVIA, Federación de Mujeres Bartolina Sisa, CONAMAQ, CONALJUVE, FEJUVE, COLEGIOS DE PROFESIONALES MEDICOS, ENFERMERAS), del Ministerio de Salud y Deportes y de otras instituciones nacionales e internacionales, nos hemos reunido para analizar, discutir, concertar y proponer acciones sobre temas que tienen que ver con la salud de nuestros pueblos.

Las discusiones nos han llevado a establecer que la salud es un bien colectivo, por tanto es necesario sumar esfuerzos para lograr la equidad en salud, algo que todos buscamos, porque hemos reconocido que miles de bolivianos y bolivianas estamos excluidos desde hace mucho tiempo de ejercer el derecho a la salud.

Luego de analizar la situación de la salud y del sector, nos hemos convencido que la principal razón de nuestra mala salud es la pobreza y la falta de oportunidades de trabajo; esto se expresa en poca educación, alimentación no adecuada, falta de agua limpia y de una vivienda digna, como también de una exclusión en la participación para la toma de decisiones.

Asimismo, sabemos que desde el sector de la salud es posible mejorar la situación para atender a toda la población, algo que se puede lograr mediante la construcción paulatina de un sistema único e integrado articulado con la medicina tradicional y occidental que garantice a la población un seguro de salud para todos.

Por tanto, asumimos el compromiso de trabajar juntos para avanzar, articulando las redes sociales para el ejercicio del control social, y para que todos nuestros esfuerzos estén destinados a lograr la inclusión.

Asimismo, nos comprometemos a dar seguimiento a todas las propuestas y acuerdos de trabajo establecidos en los grupos, que los días 29 y 30 de abril logramos discutir y consensuar lineamientos para garantizar la salud para todos.

La Paz, 30 de abril de 2004



LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE ES UN ESFUERZO CONJUNTO DE LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES:



AGENCIA DE LOS EE.UU. PARA EL DESARROLLO INTERNACIONAL
1300 PENNSYLVANIA AVENUE, N.W., WASHINGTON, D.C. 20523-5900, USA
TEL.: 202.712.5859 ♦ FAX: 202.216.3262



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 TWENTY-THIRD STREET, N.W., WASHINGTON, D.C. 20037-2895, USA
TEL.: 202.974.3832 ♦ FAX: 202.974.3613



PARTNERSHIPS FOR HEALTH REFORM*plus*
ABT ASSOCIATES INC.
4800 MONTGOMERY LANE, SUITE 600, BETHESDA, MARYLAND 20814-5341, USA
TEL.: 301.913.0500 ♦ FAX: 301.652.3916



RATIONAL PHARMACEUTICAL MANAGEMENT PLUS
MANAGEMENT AND LEADERSHIP PROJECT
MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH, INC.
165 ALLANDALE ROAD, BOSTON, MASSACHUSETTS 02130, USA
TEL.: 617.524.7766 ♦ FAX: 617.524.1363



QUALITY ASSURANCE PROJECT
UNIVERSITY RESEARCH CO., LLC
7200 WISCONSIN AVENUE, SUITE 600, BETHESDA, MARYLAND 20814-4811, USA
TEL.: 301.654.8338

VISITE NUESTRA PÁGINA ELECTRÓNICA EN: [HTTP://WWW.LACHSR.ORG](http://www.LACHSR.ORG)