

# **Estudio de recopilación de información en el sector de salud**

## **Informe de País Estado plurinacional de Bolivia**

**Octubre 2012**

**Agencia de Cooperación Internacional del Japón  
(JICA)**

**KRI International Corp.**

**TAC International Inc.**

HM
JR
12-138

**Estudio de recopilación de información  
en el sector de salud**

**Informe de País  
Estado plurinacional de Bolivia**

**Octubre 2012**

**Agencia de Cooperación Internacional del Japón  
(JICA)**

**KRI International Corp.**

**TAC International Inc.**

**Tipo de cambio**

1 USD= 6.85 Boliviano

(Tipo de cambio de JICA en julio de 2012)

Este informe fue preparado para dar asistencia a la operación de JICA en el sector de salud, via programa de estrategia.Sin embargo, los contenidos de este informe se complementarán con datos actualizados y con información más detallada, ya que el presente Informe se ha elaborado en base a la revisión de información existente sin realizar visitas de campo, excepto en unos países.

## Introducción

### < Contexto del presente estudio >

El entorno que rodea al sector de salud de los países subdesarrollados ha cambiado de manera significativa en el año 2000. La AOD (Asistencia Oficial para el Desarrollo) duplicó en 21,8 mil millones de US\$ el 2007 que fue 10,9 mil millones US\$ el 2001 aumentando grandemente la inversión al sector de salud por los países cooperantes con las propuestas como “Macroeconomía y Salud<sup>1</sup>”, etc. hacia el logro de los Objetivos de desarrollo del Milenio (ODM) de cada país subdesarrollado<sup>2</sup>. En otro lado, se ha establecido el sistema de apoyo formando un marco común para cada país sobre la armonización de la asistencia a través del Foro de alto nivel para la armonización de ayudas realizadas en Roma (2003), París (2005) y Accra (2008).

A pesar de estar ocurriendo el cambio favorable, mencionado arriba, para el sector de salud de los países subdesarrollados, existen muchos países y regiones donde no se ven los resultados esperados, como no tener expectativa en el logro del objetivo 4 (Reducir la mortalidad infantil), el objetivo 5 (Mejorar la salud materna) y el objetivo 6 (Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades) hasta 2015 sobre todo en África al sur del Sahara. Por lo tanto, los temas para el desafío del sector de salud en los países subdesarrollados, están enfocados no solo en lograr la cobertura universal<sup>3</sup> que puede recibir el servicio de salud de toda la población aumentando la inversión financiera, al mismo tiempo, realizar el esfuerzo continuo hacia el mecanismo de inversión financiera sin depresión económica (More Money for Health<sup>4</sup>), también cómo mejorar la cobertura del servicio de salud y el nivel de resultado (More Money for Health<sup>5</sup>) en la inversión al sector de salud.

En el cambio mencionado del entorno en el sector de salud de los países subdesarrollados, JICA avanzó en la elaboración del documento de análisis por país (AnalyticWork) de forma macro y de sector del país en general para mostrar claramente la dirección de la cooperación de JICA. El presente estudio se ocupa de la posición para contribuir al análisis del sector. Hasta la fecha JICA ha venido avanzando en la cooperación a través del análisis centrado en el tema específico del país en particular, sin embargo, la información de dicho sector tiene tendencia a centrarse en la información del entorno de los proyectos de cooperación existentes. Por lo tanto, se identificó la necesidad de recolectar información más amplia.

### < Objetivo del estudio >

El análisis del sector de salud sirve para comprender la situación de salud y los factores determinantes, y la capacidad ejecutora del sector de salud por país. Y también, puede contribuir a la elaboración de la política y el plan necesario para su realización, además de la formación del programa o/y proyecto de intervención con alta prioridad basado en el análisis del problema. Paradójicamente, quiere decir que se tiene la necesidad de realizar el análisis del sector de alta calidad no solamente una vez, sino periódicamente para formular el programa o/y proyecto con gran impacto y alta prioridad de acuerdo a la necesidad, y obtener la alta efectividad por su realización. En base a esta situación y comprensión, se ha realizado el presente estudio del sector de salud con el objetivo de mejorar la estrategia y calidad de la cooperación de JICA, presentando la propuesta sobre el direccionamiento de la cooperación de JICA en este sector, a través, de realizar un análisis integral y por país sobre la situación actual del sector de salud, los desafíos y sus factores, y las políticas prioritarias del país en los 23 países objetos del estudio.

### < Estructura del informe >

El presente informe compone lo siguiente; En el capítulo 1, se analizó y resumió la situación general del aspecto socio-económico de cada país. En el capítulo 2, se examinó sobre el contenido de la política nacional de desarrollo y el plan que se muestra en el esfuerzo al fortalecimiento del sector de salud del estado. En el capítulo 3, se analizó la situación de salud de la población por año y se aclaró “¿Dónde estamos ahora?”. En el capítulo 4 y 5, se analizó el servicio y el sistema del sector de salud desde la perspectiva de eficiencia, calidad e igualdad por el rol del sector. Se realizó la comprensión actual y el análisis sobre el rol de suministro del servicio médico en el capítulo 4, y el rol de desarrollo humano en salud, información de salud, el suministro de establecimiento de salud, equipos médicos y medicamentos, el recurso financiero en salud y la gestión administrativa y supervisión en el capítulo 5. En el capítulo 6, se identificó la situación de cooperación de cada donante. En el capítulo 7, se mostró el direccionamiento de la asistencia y cooperación de JICA hacia el sector de salud en base al resultado de los análisis mencionados.

<sup>1</sup> Lo que propone la importancia del rol del sector de salud en el desarrollo a través del análisis macroeconómico, considerando el mejoramiento del problema médico y de salud como la intervención central para la reducción de pobreza y el desarrollo socioeconómico en “Microeconomía y Salud: Invertir en Salud para el Desarrollo Económico” publicado por la OMS en diciembre de 2000. (<http://www.who.int/macrohealth/en/>)

<sup>2</sup> Ravishankar N., Gubbins P. Cooley J. R. et al.; Junio 2009, Financiación en salud mundial: El seguimiento de la ayuda al desarrollo de la salud desde 1990 a 2007, the Lancet 373: 2113-2132.

<sup>3</sup> OMS define “Es que toda persona pueda tener el acceso a los servicios de salud (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación) suficientemente y de acuerdo a la necesidad sin tener el cargo económico significativamente”. ([http://www.who.int/health\\_financing/universal\\_coverage\\_definition/en/index.html](http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/index.html))

<sup>4</sup> Se ha recomendado la necesidad de tomar medidas para incrementar el recurso financiero para el sector de salud como poner prioridad en la política nacional, ingresos de los impuestos y el sistema de seguro, creación de la fuente de financiamiento, etc. en World Health Report 2010 (OMS).

<sup>5</sup> En el dicho informe, recomienda la necesidad de demostrar de manera eficiente el efecto de inversión en el sector de salud y expandir el servicio de salud por la eficiencia el sistema de salud

## Glosario

<b>Abreviación</b>	<b>En Inglés y español</b>
ACT	Artemisinin-based combination therapy
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AIEPI	Atención Integrada a la Enfermedad Prevalencia de la Infancia
ALBA	Alianza Boliviana para los Pueblos de Nuestra América
ALS	Autoridad Local de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
ART	Anti-retroviral Therapy
ASPACONT	National Association of Patients against Tuberculosis
BID	Banco Inter americano de Desarrollo
CBT	Belgian Development Agency
CEASS	Central de Abastecimiento y Suministro de Salud
CIDA	Canadian International Development Agency
CLS	Comite Local de Salud
CONAN	Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición
CSD	Consejo Social Departamental
CSH	Consejo Social Municipal
CSN	Consejo Social Nacional
CVD	Cardiovascular Disease
DILOS	Directorio Local de Salud
DOTS	Directly Observed Therapy Short-course
DPT	Diphtheria, Pertussis, Tetanus
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EPI	Expanded Programme on Immunization
EU	European Union
FORSA	Fortalecimiento de Red de Salud
GDP	Gross Domestic Product
GNI	Gross National Income
GruS	Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia
HDI	Human Development Index
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HRH	Human Resource for Health
HSSP	Health Sector Strategic Plan
IDH	Indice de Desarrollo Humano
IEC	Information, Education and Communication
INE	Instituto Nacional de Estadística
INLASA	Instituto Nacional de Laboratorios de Salud "Dr. Nestor Morales Villazón"
ITS	Infecciones Transmisibles Sexualmente
JICA	Japan International Cooperation Agency Agencia de Cooperación Internacional del Japón
MDG	Millennium Development Goal
MECOVI	Medición de Condiciones de Vida
MS y D	Ministerio de Salud y Deporte
NCD	Non-Communicable Disease
NGO	Non-Governmental Organization
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAHO	Pan American Health Organization
PAI	Programa Ampliado de inmunización
PERP	Papel Estratégico de Reducción de Pobreza
PESS	Plan estrategia de Sector de Salud

<b>Abreviación</b>	<b>En Inglés y español</b>
PHC	Primary Health Care
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PRSP	Poverty Reduction Strategic Paper
RDT	Rapid Diagnostic Test
RHS	Recursos humanos para Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SBS	Seguro Básico de Salud
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SIAL	Sistema de Información para la Administración Logística
SIBICYT	Sistema Boliviano de Información Científica y Tecnológicas
SNIS	Sistema Nacional de Información de Salud
SNMN	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministro
STI	Sexually Transmitted Infection
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
TB	Tuberculosis
UMSA	Universidad Mayor de San Andres
UMSS	Universidad Mayor de San Simón
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNFPA	United Nations Population Fund
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
WHO	World Health Organization



Fuente: [http://www.freemap.jp/download.php?a=south\\_america&c=sa\\_bolivia\\_all](http://www.freemap.jp/download.php?a=south_america&c=sa_bolivia_all)

Estado Plurinacional de Bolivia

## Resumen

1. Bolivia tiene las características de ser multiétnica e intercultural y tiene la topografía compleja. Siendo uno de los factores estos mencionados, la disparidad de ingreso de la población es la más alta dentro de los países latino americanos. El actual gobierno que fue iniciado en 2006, realiza la política como el tema más prioritario para mejorar la disparidad entre étnica y regional, criticando las políticas neoliberales hasta entonces.
2. En base al Plan de Desarrollo Nacional (PND 2006-2010) presentado en 2006, se ha elaborado la política nacional de salud 2006 - 2010 como el plan de desarrollo a mediano plazo, y el plan de desarrollo sectorial de salud 2010 – 2020 como de largo plazo. Y prioriza la construcción de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) enfocando la comunidad como el modelo de atención primaria de salud de versión boliviana y desarrollo de Promoción de la salud, etc. en estos planes de desarrollo.
3. En los últimos años, Bolivia tiene doble estructura enfermedad aunque se está propagando las enfermedades no infecciosas, todavía presenta la mayor proporción de las enfermedades infecciosas. Los indicadores relacionados con la salud materna e infantil tienen tendencia a mejorar y tiene alta perspectiva de lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM) 4 referente a reducción de mortalidad infantil. Sin embargo, la mortalidad materna e infantil puede observar grandes diferencias entre el lugar de residencia, el nivel departamental y el entorno social. Las zonas de riesgo se encuentran en forma dispersada en todo el país de las enfermedades infecciosas como Malaria reflejando la topografía compleja de Bolivia. En particular son los problemas notables del aumento de Dengue y nuevas infecciones de VIH. Por otro lado también es importante la atención a los pacientes crónicos de la enfermedad de Chagas que es la enfermedad endémica infecciosa.

A pesar de tener el retraso de desarrollo por la causa de falta de nutrición de los niños, está aumentando la Diabetes por el exceso de nutrición dentro de las enfermedades no infecciosas. Necesitan los medios de prevención a través del impulso de Promoción de la Salud.

4. Lo que está más dinámico dentro del suministro de servicios de salud, es el desarrollo nacional de la Red municipal SAFCI<sup>6</sup> que es la unidad básica de SAFCI, el modelo práctico de la Atención Primaria de Salud y Promoción de la Salud. Está dirigiendo para la nivelación de los servicios de salud a través del impulso de dicho movimiento. En particular debe priorizarlo en los lugares remotos donde se tiene dificultad de tener acceso al servicio de salud o/y donde la comunidad tiene menos intención de ir al servicio de salud, y los marginados de la ciudad metropolitana en el que existe muchos migrantes internos y aumenta repentinamente la necesidad del servicio de salud. También referente a las medidas de cada desafío como el servicio de salud materno e infantil y contra enfermedades infecciosas, se está promoviendo para poder tener un sistema de prestación de servicio en el marco de SAFCI por región. Por otro lado, el nivel nacional está tomando la medida agregando la medida para la nutrición y seguro

---

<sup>6</sup> Es abreviación de RED MUNICIPAL SAFCI. El detalle está publicado en el Capítulo 4.

de salud incorporando al servicio de salud materno e infantil y fortaleciendo el sistema de vigilancia epidemiológica para las medidas contra enfermedades infecciosas.

5. Ha avanzado la implementación de la SAFCI como el Sistema Único de Salud en Bolivia para integrarse a la administración pública, los establecimientos, los recursos humanos existentes y el seguro de salud que asegura con prioridad como el recurso financiero para la salud. Además es urgente de construir y fortalecer la Red municipal SAFCI que es la unidad básica de la SAFCI por lo que la situación actual que aproximadamente el 70% de la población depende del servicio de salud del sector público.
6. El grupo de cooperantes que realiza apoyo en forma coordinada en Bolivia se ha formado el 2006, año establecido del presente gobierno. Las instituciones internacionales como el Banco Mundial y la OPS, y los países de cooperación bilateral incluyendo el Japón están apoyando al fortalecimiento del sistema y ejecución de la oferta del servicio de salud y está ajustada con la misma dirección del desarrollo de SAFCI que es la política nacional de Bolivia.
7. La corrección de diferencia es la primera prioridad en el sector de salud de Bolivia. Como la política, es el fortalecimiento del sistema de salud local y el grupo de donantes al sector de salud también realiza apoyo de acuerdo a esta política. Se espera que Japón promueva el programa de cooperación que pueda contribuir directamente a la ejecución de la política de salud boliviana como articular el Modelo de Fortalecimiento de Red de Salud (FORSA) con el desarrollo de la SAFCI utilizando los resultados de cooperación al sector de salud durante largo tiempo en Bolivia.

## Estudio de recopilación de información en el sector de salud

### Informe de País Estado plurinacional de Bolivia

#### Índice

Introducción

Glosario

Mapa de Bolivia

Resumen

Capítulo 1	Situación general .....	1-1
Capítulo 2	Análisis de las Políticas de desarrollo .....	2-1
2.1	Política Nacional de Desarrollo .....	2-1
2.2	Plan Sectorial de Desarrollo .....	2-2
2.2.1	Plan Sectorial de Desarrollo a mediano plazo .....	2-2
2.2.2	Plan Sectorial de Desarrollo a largo plazo .....	2-4
Capítulo 3	Estado de salud poblacional .....	3-1
3.1	Situación general .....	3-1
3.2	Salud materna e infantil .....	3-2
3.2.1	Salud materna .....	3-2
3.2.2	Salud infantil.....	3-3
3.3	Situación de las enfermedades infecciosas .....	3-4
3.3.1	Enfermedades de transmisión sexual (Incluye el VIH/ SIDA) .....	3-4
3.3.2	Tuberculosis .....	3-5
3.3.3	Malaria.....	3-5
3.3.4	Otras enfermedades infecciosas.....	3-6
3.4	Nutrición y Salud.....	3-8
3.4.1	Impedimento de crecimiento de los niños.....	3-8
3.4.2	Anemia.....	3-8
3.5	Situación de las enfermedades no infecciosas .....	3-9
Capítulo 4	Situación de la oferta de los servicios de salud .....	4-1
4.1	Situación actual de la Atención Primaria de Salud: APS (Modelo SAFCI).....	4-1
4.1.1	Sistema de suministro de la APS (Red municipal SAFCI) .....	4-1
4.1.2	Tema para el sistema de suministro de los servicios de la APS .....	4-2
4.2	Situación de los servicios de salud materna e infantil .....	4-3
4.2.1	Cambio de la política de salud materna e infantil.....	4-3
4.2.2	Objetivo estratégico de los servicios de salud materna e infantil .....	4-3
4.2.3	Estado de prestación y utilización de servicios de la atención materna.....	4-4
4.2.4	Situación de los servicios del PAI.....	4-5
4.2.5	Tema de los servicios de salud materna e infantil.....	4-5
4.3	Situación actual de las medidas contra enfermedades infecciosas.....	4-6
4.3.1	Medidas contra infecciones de transmisión sexual e VIH/SIDA .....	4-6
4.3.2	Medidas contra tuberculosis .....	4-6
4.3.3	Medidas contra la malaria.....	4-7

4.3.4	Medidas contra otras enfermedades infecciosas .....	4-7
4.4	Medidas contra los problemas de nutrición .....	4-8
Capítulo 5	Situación del sistema de salud .....	5-1
5.1	Sistema de administración pública de salud .....	5-1
5.1.1	Ministerio de Salud y Deportes: MSyD.....	5-1
5.1.2	Servicio Departamental de Salud (SEDES).....	5-2
5.1.3	Directorio Local de Salud (DILOS).....	5-2
5.1.4	Sistema administrativo de la SAFCI.....	5-2
5.2	Recursos humanos de salud .....	5-3
5.2.1	Situación actual de los recursos humanos de salud.....	5-3
5.2.2	Sistema de suministro de recursos humanos de salud.....	5-4
5.2.3	Empleo y estabilidad profesional.....	5-4
5.3	Sistema de suministro de infraestructura, equipos médicos y medicamentos.....	5-5
5.3.1	Red de establecimientos de salud .....	5-5
5.3.2	Sistema de suministro de medicamentos .....	5-6
5.4	Financiamiento de salud .....	5-6
5.4.1	Situación de financiamiento de salud .....	5-6
5.4.2	Seguro de salud y política de protección social .....	5-7
5.5	Sistema de suministro de información de salud.....	5-8
Capítulo 6	Situación de cooperantes .....	6-1
6.1	Marco de coordinación de cooperación en Bolivia.....	6-1
6.1.1	Coordinación de cooperación en Bolivia .....	6-1
6.1.2	Situación de los cooperantes en el sector de salud.....	6-1
6.2	Identificación de resultados y actualidad de la cooperación japonesa .....	6-3
Capítulo 7	Temas prioritarios y recomendaciones en el sector de salud .....	7-1
7.1	Temas prioritarios en el sector de salud en Bolivia.....	7-1
7.1.1	Diferencia por región en el estado de salud de la población.....	7-1
7.1.2	Fortalecimiento del sistema de salud regional para disminuir la diferencia del estado de salud entre regiones .....	7-1
7.1.3	Medidas tomadas por el gobierno boliviano y los cooperantes ante los problemas.....	7-2
7.1.4	Temas prioritarios que deben esforzarse .....	7-2
7.2	Recomendaciones sobre el direccionamiento de apoyo hacia el sector de salud de Bolivia .....	7-4
7.2.1	Programa de cooperación.....	7-4

#### Documento adjunto

Adjunto 1 : Indicadores principales en el sector de salud

Adjunto 2 : Lista de Bibliografía

## Índice de figuras y cuadros

Figura 3-1	Diferencia de la mortalidad de niños menores de 5 años y la mortalidad infantil por zona de residencia, región y nivel de instrucción de madre .....	3-3
Figura 3-2	Transición del número de personas (estimado) que vive con el VIH .....	3-4
Figura 3-3	Transición del número de mortalidad por el SIDA .....	3-5
Figura 3-4	Transición de la tasa de morbilidad de tuberculosis (por 100mil habitantes).....	3-5
Figura 3-5	Transición del número de diagnóstico, internación y mortalidad de malaria (por 100mil habitantes).....	3-6
Figura 3-6	Distribución de los casos de diagnóstico de malaria (por 1000 habitantes) .....	3-6
Figura 3-7	Estado de nutrición que se observa en el crecimiento físico de los niños (6 a 59 meses de edad) (n=8.422) .....	3-8
Figura 3-8	Proporción de la mortalidad por causa en 2010.....	3-9
Figura 4-1	Diagrama de relacionamiento de la Red municipal SAFCI.....	4-1
Figura 4-2	Número de establecimientos de salud de 1er. nivel .....	4-2
Figura 4-3	Número de población promedio que cubre por establecimiento (1er. nivel) .....	4-2
Figura 5-1	Organigrama del Ministerio de Salud y Deportes.....	5-1
Figura 5-2	Sistema administrativo de la SAFCI.....	5-3
Figura 5-3	Sistema de referencia de establecimiento de salud .....	5-5
Figura 7-1	Factores de contexto en los problemas del sector de salud en Bolivia .....	7-1
Cuadro 1-1	Indicadores principales, etc. de Bolivia .....	1-1
Cuadro 2-1	Política, estrategia y escala presupuestaria del sector de salud en el Plan Nacional de Desarrollo.....	2-1
Cuadro 2-2	Política de salud 1: Resumen del Programa de Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud .....	2-2
Cuadro 2-3	Política de salud 2: Resumen del Programa de Rectoría .....	2-3
Cuadro 2-4	Política de salud 3: Resumen del Programa de Movilización Social.....	2-3
Cuadro 2-5	Política de salud 4: Resumen del Programa de Promoción de la salud .....	2-3
Cuadro 2-6	Política de salud 5: Resumen del Programa de Solidaridad.....	2-4
Cuadro 2-7	Indicadores de los objetivos del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020.....	2-4
Cuadro 3-1	Estructura de la causa de mortalidad (2000).....	3-1
Cuadro 4-1	Categoría de establecimiento que ofrece los servicios de la APS.....	4-2
Cuadro 4-2	Objetivo estratégico de los servicios de salud materna y del recién nacido .....	4-3
Cuadro 4-3	Transición de servicios de la atención materna durante los 5 años.....	4-5
Cuadro 4-4	Situación de servicios de la atención materna por nivel de instrucción de madre, ingreso económico y región.....	4-5
Cuadro 5-1	Número de personal por categoría, tipo de ocupación y sector .....	5-3
Cuadro 5-2	Número de carreras de profesionales de salud.....	5-4
Cuadro 5-3	Porcentaje de establecimientos y camas por subsectores.....	5-5
Cuadro 5-4	Transición de indicadores financieros de salud .....	5-6
Cuadro 5-5	Transición de implementación del sistema de seguro de salud.....	5-7
Cuadro 5-6	Instituciones de investigadores en salud.....	5-8
Cuadro 6-1	Situación de los cooperantes principales .....	6-2
Cuadro 6-2	Contenido de apoyo para el sector de salud de Bolivia .....	6-4

## Capítulo 1 Situación general

Estado plurinacional de Bolivia (en adelante se menciona como “Bolivia”) es el país más pobre de Sudamérica a pesar de estar rica en los recursos naturales como estaño, gas natural, etc. por tener históricamente la distribución desigual de riqueza. Todavía más del 60% de la población pertenece el rango pobre y la diferencia de ingreso económico es más grande dentro de América latina. Además de tener la característica de ser multiétnico y tener una cultura compleja, tiene un factor de impedimento grande para desarrollar el país por ser un país sin litoral marítimo y tener una topografía compleja que se compone de región altiplano, valle y tropical de tierra baja. La administración política está compuesta por 9 gobernaciones departamentales, 112 provincias y 327 gobiernos municipales. El cuadro 1-1 muestra los indicadores principales de Bolivia.

**Cuadro 1-1 Indicadores principales, etc. de Bolivia**

Indicador	Número	El año más reciente
Población	9.929 mil persona <sup>1</sup>	2010
Tasa de crecimiento poblacional	1,6% <sup>1</sup>	2010
Esperanza de vida al nacer	66,3 <sup>1</sup>	2010
Tasa bruta de natalidad	26,5 <sup>1</sup>	2010
Tasa bruta de mortalidad	7,3 <sup>1</sup>	2010
Ingreso Nacional Bruto per cápita (INB) (US\$)	1.810 <sup>1</sup>	2010
Tasa de crecimiento económico	3,4% <sup>1</sup>	2010
Tasa neta de asistencia en la educación primaria (%)	98,9 <sup>1</sup>	2009
Índice de desarrollo humano	0,66 <sup>2</sup>	2011
Clasificación de índice de desarrollo humano	108 / 187 <sup>2</sup>	2011

Fuente: 1. World Development Indicators & Global Development Finance [1]  
2. Human Development Reports [2]

Tiene alta tasa de pobreza en la zona rural como característica de pobreza. Y también aparecen los nuevos pobres en el margen de la zona urbana por la afluencia de población de la zona rural a la zona urbana (en particular al margen de la zona urbana) siendo insuficiente para el desarrollo de la infraestructura de vida para estas personas.

Por otro lado existe la diferencia de ingreso económico por la desigualdad de oportunidades entre etnia y género. Además existe una diferencia grande del estado de desarrollo entre regiones por los factores como la distribución desigual de la producción de los recursos naturales y la diferencia de nivel de modernización de la agricultura. La expansión de la diferencia entre regiones, ha sido la causa de preocupación para mantener la estabilidad social vinculándose con la exigencia repetitiva de la autonomía en la región dinámica en la actividad económica.

Esa ansiedad social había sido como el residuo del colonialismo y el mal de lo neoliberal, y el año 2006 fue nombrado el presidente indígena, primera vez en Bolivia, por el movimiento socialista y sigue hasta ahora. El 2009 se cambió el nombre del país de “República de Bolivia” a “Estado Plurinacional de Bolivia” para defender con la mayor claridad contra el colonialismo y contra lo neoliberal. Hasta ahora constantemente se ha anunciado la política dirigida a la realización de una sociedad sin diferencia regional, con lo intercultural enfocada a la población, la familia y la comunidad.

## Capítulo 2 Análisis de las Políticas de desarrollo

### 2.1 Política Nacional de Desarrollo

La Política Nacional de Desarrollo del presente gobierno se ha realizado en base al plan quinquenal del “Plan Nacional de Desarrollo: PND 2006-2010” presentado por el Ministerio de Planificación y Desarrollo en junio del 2006. Está dirigido a lograr la población boliviana con el estado de “vivir bien” a través de promover el plan con los 4 lineamientos básicos como estrategias de su implementación, (1) Bolivia Digna<sup>7</sup>, (2) Bolivia Productiva, (3) Bolivia Soberana<sup>8</sup> y (4) Bolivia Democracia.

En “(1) Bolivia Digna” como uno de los 4 lineamientos básicos del PND 2006-2010, está mencionado como los sectores prioritarios Salud, Educación, Base jurídica, Seguridad social, Defensa, Cultura y Sanidad básica con el punto de vista de “Seguridad social y Desarrollo regional”. De ellos se han expresado las 5 políticas, sus estrategias y sus escalas presupuestarias en el sector de salud como muestra en el cuadro 2-1 [3].

**Cuadro 2-1 Política, estrategia y escala presupuestaria del sector de salud en el Plan Nacional de Desarrollo**

Política	Estrategia	Escala presupuestaria (US\$)
Política 1. Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud	Universalización del acceso al sistema de salud	109millones
Política 2. Rectoría	Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria.	138millones
Política 3. Movilización Social	Revaloración de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familia bolivianas.	150millones
Política 4. Promoción de la Salud	Recuperación de la responsabilidad del Estado.	8millones
Política 5. Solidaridad	Alianza nacional de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en el extremo	59millones

Fuente: Plan Nacional de Desarrollo, Ministerio de Planificación y Desarrollo [4]

Lo que debe mencionar es el nuevo sistema de salud que está en la primera política. Anunció el “Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud” (en adelante se menciona como SAFCI “Salud Familiar Comunitaria Intercultural”) como el modelo de versión boliviana de la Atención Primaria de Salud con la participación amplia de la sociedad como sector y ha desarrollado en nivel nacional. La característica del presente modelo es, el anterior sistema de salud era para fragmentar, subdividir o/y fomentar diferencia por la influencia de la descentralización<sup>9</sup> que se había promovido rápidamente desde la década de 1990 y se trata de reconstruir el sistema de salud único para implementación de la Atención Primaria de Salud sin tener diferenciación regional centralizando en la familia y la comunidad.

<sup>7</sup> Se indica “recuperación de la vida de población boliviana con dignidad”.

<sup>8</sup> Se indica “recuperación de soberanía de Bolivia en la relación internacional”.

<sup>9</sup> En el PND 2006-2011 está expresado al inicio las políticas deben ser analizados durante los 20 años. Las políticas principales de los últimos 20 años son Ley de Participación Popular promulgada en 1994 y el posterior Ley de Descentralización Administrativa.

En otro lado, por el resultado de la implementación del PND 2006-2010, se tiene perspectiva de lograr hasta 2015 los 7 ODMs relacionados al sector de salud que menciona los siguientes; 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre, 2. Lograr la enseñanza primaria universal, 3. Promover la igualdad de género y autonomía de mujer, 4. Reducir la mortalidad infantil, 5. Mejorar la salud materna, 6. Combatir VIH/SIDA, Malaria, Enfermedad de Chagas y Tuberculosis, y 7. Garantizar la sostenibilidad de medio ambiente.

## 2.2 Plan Sectorial de Desarrollo

### 2.2.1 Plan Sectorial de Desarrollo a mediano plazo

El marco del PND 2006-2010 en el sector de salud se muestra en el cuadro 2-2 y en la “Política Nacional de Salud 2006-2010” que es el Plan de desarrollo de mediano plazo presentado por el MSyD en el 2006 que establece los programas de acuerdo a este marco [5]. Se resume los programas de política de salud nacional sobre las 5 políticas de salud que está señalado en PND 2006-2010 en el siguiente cuadro.

“Política de salud 1. Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud” muestra el desarrollo del Modelo SAFCI, de acuerdo a esta política está priorizado los 3 programas como (1) Fortalecimiento de las redes de salud, (2) Gestión de calidad, intercultural, género y generacional y (3) Extensión de coberturas. (Cuadro 2-2)

**Cuadro 2-2 Política de salud 1: Resumen del Programa de Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud**

Programa	Contenido
(1) Fortalecimiento de las redes de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Expansión de los servicios de salud como el establecimiento de salud, los recursos humanos de salud para primer nivel y la educación para la comunidad, etc.</li> <li>- Fortalecimiento de las redes de salud en el área rural (Suministro de los medicamentos, expansión del agente comunitario, etc.)</li> </ul>
(2) Gestión de calidad, intercultural, género y generacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforzamiento de la Red municipal SAFCI<sup>10</sup>.</li> <li>- Reforzamiento de las Postas y Centros SAFCI<sup>11</sup> que ofrecen el servicio de primer nivel.</li> </ul>
(3) Extensión de coberturas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del resultado clínico en área rural (Incluye clínica móvil).</li> <li>- Mejoramiento de la cobertura del seguro de salud, etc.</li> <li>- Medidas contra las enfermedades infecciosas.</li> <li>- Aumento del parto institucional.</li> </ul>

Fuente: Plan de Desarrollo Sectorial, Ministerio de Salud [5]

El tema central de “Política 2. Rectoría” en el sector de salud es el fortalecimiento de gestión financiera. Como su programa tiene (1) Fortalecimiento de capacidad de gestión, (2) Vigilancia de la calidad de producción de bienes y servicios, (3) Implementación de Seguro Universal de Salud, y (4) Gestión tecnológica e investigación. (Cuadro 2-3)

<sup>10</sup> Es la Red que ofrece el Modelo SAFCI de la unidad administrativa municipal normalizado en la directriz del MSyD “Red municipal SAFCI y Red de servicios”.

<sup>11</sup> Es el nombre de establecimiento que ofrece el servicio de salud de primer nivel componentes de la Red municipal SAFCI. El contenido menciona en “4-1 Modelo SAFCI”.

**Cuadro 2-3 Política de salud 2: Resumen del Programa de Rectoría**

Programa	Contenido
(1) Fortalecimiento de capacidad de gestión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación y cooperación entre el Plan Nacional de Desarrollo, el Plan de Desarrollo Sectorial y el Plan Departamental de Desarrollo.</li> <li>- Elaboración e implementación del Programa de Operaciones Anual de acuerdo al PDSS.</li> <li>- Elaboración del Plan estratégico por tema acuerdo al PDSS.</li> </ul>
(2) Vigilancia de la calidad de insumos relacionados a la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aseguramiento de agua, alimentación y medicamentos con la calidad certificada.</li> <li>- Manejo de residuos médico adecuado.</li> </ul>
(3) Implementación del Seguro Universal de Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de los beneficiarios del servicio nacional de Seguro de salud.</li> <li>- Aumento de los afiliados a las Cajas de Salud.</li> </ul>
(4) Gestión tecnológica e investigación	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortalecimiento de la cooperación entre el MSyD y los SEDES.</li> <li>- Mejoramiento del SNIS.</li> </ul>

Fuente: Plan de Desarrollo Sectorial, Ministerio de Salud [5]

Como muestra en el cuadro 2-4, en “Política 3. Movilización Social” del sector de salud presenta los 3 programas; (1) Ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud, (2) Alianzas con movimientos sociales, y (3) Consejos: nacional, departamentales y municipales de Salud. (Cuadro 2-4)

**Cuadro 2-4 Política de salud 3: Resumen del Programa de Movilización Social**

Programa	Contenido
(1) Ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento de la elaboración del Plan de salud con participación comunitaria.</li> </ul>
(2) Alianzas con movimientos sociales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revitalización de la actividad del Comité de salud comunitaria colaborando con el establecimiento de salud.</li> </ul>
(3) Consejos: Nacional, departamentales y municipales de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creación de Consejo en cada nivel de administración pública (Nacional, departamental y municipal).</li> <li>- Formación de líderes comunitarios de la salud.</li> </ul>

Fuente: Plan de Desarrollo Sectorial, Ministerio de Salud [5]

Como menciona en el cuadro 2-5, en “Política de salud 4. Promoción de la salud” realiza los 2 programas involucrando el sector privado y los municipios; (1) Promoción de la salud, (2) Municipios saludables. (Cuadro 2-5)

**Cuadro 2-5 Política de salud 4: Resumen del Programa de Promoción de la salud**

Programa	Contenido
(1) Promoción de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover el movimiento de escuela saludable y lugar de trabajo saludable.</li> </ul>
(2) Municipios saludables	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar el ambiente de vivienda con prevención de la enfermedad de Chagas y Malaria.</li> <li>- Incremento de los establecimientos públicos para mejoramiento de la salud.</li> <li>- Promover la comunidad sin violencia.</li> </ul>

Fuente: Plan de Desarrollo Sectorial, Ministerio de Salud [5]

En “Política 5. Solidaridad” que es la última política de salud se presenta los 2 programas como menciona en el cuadro 2-6; (1) Nutrición y (2) Reducción de la violencia.

**Cuadro 2-6 Política de salud 5: Resumen del Programa de Solidaridad**

Programa	Indicador/ Objetivo
(1) Nutrición	- Medidas contra la desnutrición infantil y mujer embarazada.
(2) Reducción de la violencia	- Medidas contra la violencia familiar

Fuente: Plan de Desarrollo Sectorial, Ministerio de Salud [5]

### 2.2.2 Plan Sectorial de Desarrollo a largo plazo

El MSyD presentó en el 2010 el “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020” como la política que sigue a “Política Nacional de Salud 2006-2010” que es el plan de desarrollo a mediano plazo. Para la práctica de “Vivir bien” de la población boliviana que es el objetivo del PND 2006-2010, tiene el objetivo de desarrollar la construcción de la SAFCI con los 3 ejes siguientes enfocando al Modelo SAFCI [6].

- Eje 1: Mejoramiento de acceso a la SAFCI (Corresponde a la política 1 del PND 2006-2010)
- Eje 2: Promoción de la salud y Movilización social (Corresponde a las políticas 2, 3 y 4 del PND 2006-2010)
- Eje 3: Gobernación de la Salud (Corresponde a la política 5 del PND 2006-2010)

Ha establecido el contenido del cuadro 2-7 como los indicadores para lograr los objetivos hasta 2020.

**Cuadro 2-7 Indicadores de los objetivos del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020**

Indicadores	Línea base	Meta hasta 2020
% de instituciones del Sector integradas al Sistema Único SAFCI.	0% (2010)	Más de 90%
% de establecimientos de 1er. nivel con el Comité Local de Salud conformado y cumpliendo con atribuciones.	28%	Más de 80%
% de establecimientos de 1er. nivel que realizan referencia y retorno con la Medicina Tradicional.	—	Más de 50%
% de proyectos de salud en ejecución con componente intersectorial.	—	Más de 50%
% de la población que accede al Sistema Único de Salud cuando lo necesita, según sexo.	57%	Más de 90%

Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 [6]

## Capítulo 3 Estado de salud poblacional

### 3.1 Situación general

La tasa de mortalidad por las enfermedades no infecciosas aumentó hasta el 72.0% (2008) de toda mortalidad en la región de Centro y Sudamérica, transformando la estructura de enfermedad del tipo de enfermedad infecciosa al tipo de enfermedad no infecciosa. En Bolivia también la mortalidad por la enfermedad no infecciosa se ocupa más de mitad (56.9%), sin embargo aún tiene alta tasa de mortalidad por la enfermedad infecciosa y le obliga a tomar las medidas para la carga de doble enfermedad [7]. La estructura de causa de mortalidad por sexo analizado por la OPS (2000) es mostrado en el cuadro 3-1 [8].

La tasa de mortalidad por enfermedad del aparato circulatorio y tumor maligno es significativamente alta para la mujer y por accidente de tráfico y violencia que es alta para el hombre. Referente por región, la tasa de mortalidad es mayor en el orden en la zona tropical de tierra baja, la región de valle y la región altiplano. Generalmente la tasa de mortalidad de la enfermedad infecciosa tiene tendencia de encontrarse mayor en la zona tropical de tierra baja y de la enfermedad no infecciosa tiene tendencia de encontrarse mayor en la región del altiplano.

**Cuadro 3-1 Estructura de la causa de mortalidad (2000)**

Causa de mortalidad	Total (%)	Hombre (%)	Mujer (%)
Enfermedad infecciosa	13,3	13,4	13,2
Tumor maligno	8,0	5,8	10,4
Enfermedad del aparato circulatorio	40,1	36,4	44,5
Enfermedad neonatal	5,4	5,9	4,8
Trauma (Por accidente y violencia)	11,9	16,5	6,7
Otros	21,3	22,0	20,4
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia, Boletín Epidemiológico, Vol. 23 No. 2, junio 2002, Ministerio de Salud, PAHO/WHO [8]

Se muestra el estado de progreso de los ODMs del sector de salud en el cuadro 3-2.

**Cuadro 3-1 Estado provisional de lograr el ODM 4, 5 y 6**

ODM	Indicador de ODM	Línea de base <sup>1</sup>	2000 <sup>2</sup>	2009 <sup>1</sup>	Objetivos en el año 2015 <sup>1</sup>
4	Tasa de mortalidad de niños menor de 5 años (por 1000 nacido vivo)	129,4 (1989)	86	63,0 (2008)	43,1
	Tasa de mortalidad infantil (por 1000 nacido vivo)	81,9 (1989)	62	50 (2008)	27,3
	Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el Sarampión. (%)	68,0 (1994)	81	86	95,0
5	Tasa de mortalidad materna (por 100milnacidos vivos)	416 (1989)	300	229 (2003)	104
	Tasa de parto institucional (%)	33 (1996)	-	67 (2009)	70
6	Tasa de infección de VIH/SIDA (por 100mil habitantes)	2,5 (1996)		82,6	13,0
	Tasa de incidencia de Tuberculosis (por 100mil habitantes)	-	282 <sup>2</sup>	216 <sup>2</sup>	150 <sup>3</sup>
	Tasa de incidencia de malaria (por 1000 habitantes)	7,5	-	2,8	-2,0

Fuente: 1. Sexo informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del milenio en Bolivia 2010 [9] , 2. World Health Statistics; WHO [7], 3: Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 [6]

La tasa de mortalidad infantil y niños menores de 5 años han mejorado sin problemas como 51 y 40 (por 1000 nacido vivo) en 2009 respectivamente [7] y tiene alta posibilidad de lograr el objetivo del ODM4, si continua así. Sin embargo, referente al ODM5 dirigido a la salud materna, la tasa de mortalidad materna en 2008 se estima 180 (por 100mil nacido vivo) [7] y ha avanzado su mejoramiento, aun tiene una grande brecha con el valor objetivo y es difícil de lograr la meta. Además referente al ODM6 contra las enfermedades infecciosas, el Ministerio de Salud y Deportes ha anunciado que ha avanzado hacia su mejoramiento en cuanto a la medida contra Tuberculosis y Malaria, sin embargo informó que la tasa de prevalencia de VIH ha empeorado en los últimos años [6]. Si se observa los datos, la Malaria tiene la tendencia de mejorar, sin embargo la situación de Tuberculosis y VIH tiene la brecha con los valores objetivos.

Además observando dentro de la región, es necesario tomar las contramedidas para mejorar aun más en la salud materna e infantil, debido a estar entre los 3 peores en la región de Centro y Sudamérica sobre la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna. En particular, la tasa de mortalidad neonatal había tenido tendencia de disminuir en la década de 1990, sin embargo desde 2000 el valor no ha observado casi nada de mejoría, es un tema más importante [7].

## 3.2 Salud materna e infantil

### 3.2.1 Salud materna

De acuerdo con la Estadística Mundial de Salud de OMS en 2011, la tasa de mortalidad materna de Bolivia es alta siguiendo a Haití y Guyana en la región centro y Sudamérica. De acuerdo a la “Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008”, es la situación de morir aproximadamente 2 madres por 1000 nacidos vivos. Y también la mortalidad materna ocupa la proporción alta del 21,6% de la mortalidad de mujer de edad entre 15-49 en Bolivia. En cuanto al grupo de edad de 5 años, se muestra la mortalidad materna del

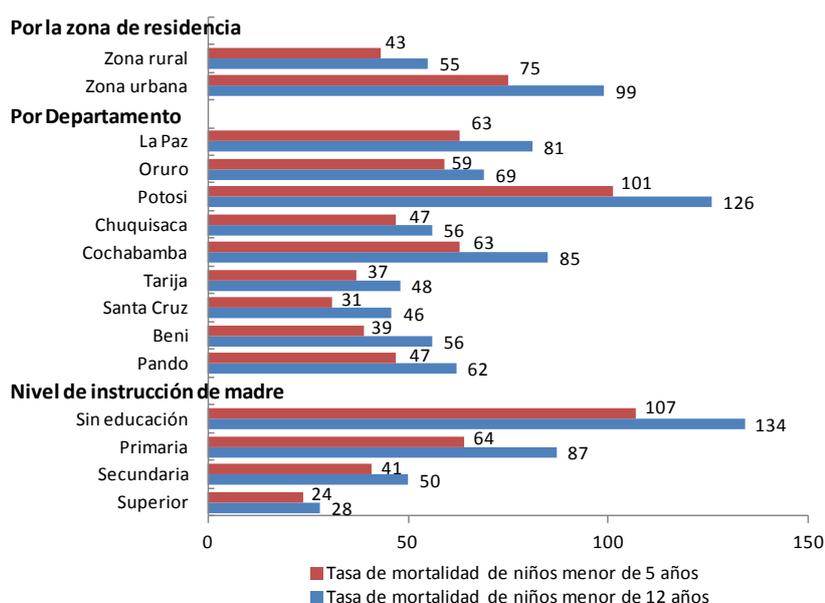
grupo de jóvenes de edad de 15-19 que es más alto (23,7%) que el promedio. De acuerdo con el “Plan estratégico de salud materna e infantil 2009-2015” del MSyD, el riesgo de mortalidad materna tiene una diferencia alta entre regiones, e informa que el Departamento de Potosí situado en la región altiplano es 3 veces mayor que el Departamento de Tarija situado en la zona tropical de tierra baja y la zona rural es 5 veces mayor que la zona urbana [10].

Los detalles de la mortalidad materna son otra causa incluyendo la violencia por pareja y el accidente (34%), Hemorragia puerperal (33%), Sepsis (17%), Aborto natural (9%), Presión alta (5%) y Distocia (2%). Se dice que es el mayor factor de fondo en el 70% de la mortalidad materna existe la desigualdad social de tener el nivel de instrucción menos que de educación primaria. Por otra parte, se informa que el 70% de la mortalidad materna se podía evitar si hubiera recibido la atención de parto adecuada en el establecimiento de salud [10] y se infiere también su relación con la baja tasa de parto institucional.

### 3.2.2 Salud infantil

El cuadro 3-1 muestra la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años y la mortalidad infantil por zona de residencia, región y nivel de instrucción de madre de la ENDSA 2008. Ambas mortalidades muestran aproximadamente el doble en la zona rural comparando con la zona urbana. En cuanto a por región es alta en el orden de la zona tropical de tierra baja, la región de valle y la región altiplano. Además ha sido sugerido que el nivel de educación de madre y el ingreso familiar también hay una correlación alta, especialmente en la mortalidad de niños menores de 5 años.

Por otro lado, la enfermedad respiratoria aguda que tiene tendencia de incrementarse anualmente desde el registro de 1996, aproximadamente la mitad (48,8%) fueron pacientes niños menores de 5 años de los 224 registros médicos (por 1000 habitantes) en 2004.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 [10]

**Figura 3-1 Diferencia de la mortalidad de niños menores de 5 años y la mortalidad infantil por zona de residencia, región y nivel de instrucción de madre**

De acuerdo con el “Plan estratégico de salud materna e infantil 2009-2015” se menciona las 3 principales causas de la mortalidad neonatal que son en el orden de las infecciones (32%), parto prematuro (30%) y parto con asfixia (22%) por el registro de hospital, sin embargo por el informe del Centro de salud que es el nivel comunitario se invierte el orden como siguiendo las infecciones que están relativamente en una proporción alta (39%), el parto con asfixia (25%) y el parto prematuro (13%) [11].

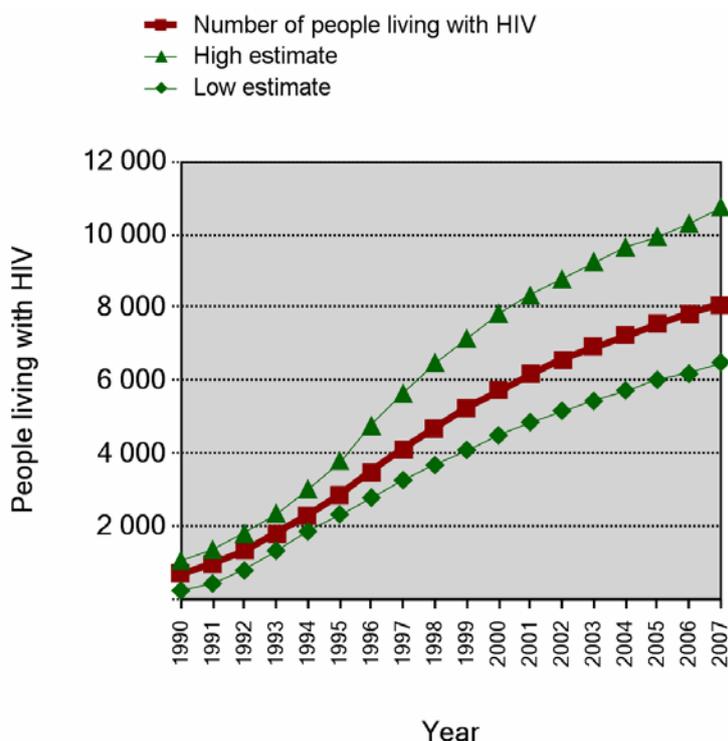
### 3.3 Situación de las enfermedades infecciosas

En cuanto al VIH y la tuberculosis, ha sido 7 en la puntuación de prioridad<sup>12</sup> por el Fondo mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (FMSTM) en 2012 y son unos de los temas que deben esforzarse con prioridad. En cuanto a la malaria ha sido 5 puntajes debido a la tendencia de mejoramiento en los últimos años, sin embargo en algunas áreas tienen la necesidad de continuar las contramedidas [12].

#### 3.3.1 Enfermedades de transmisión sexual (Incluye el VIH/ SIDA)

En cuanto a la blenorragia y la sífilis están informados anualmente aprox. los 5.300 casos y 3.000 casos respectivamente. El registros de 1996, tiene tendencia de incrementar anualmente.

De acuerdo a UNAIDS, no se ha realizado mucho sobre el estudio epidemiológico sobre el VIH/ SIDA en Bolivia, sin embargo se estima que la tasa de infección es el 0,2% de total. Además como muestra en la figura 3-4, se estima alrededor de 8.100 personas (6.500- 11.000 personas) vivían con el VIH en el 2007 y tiene la tendencia de incrementar. El grupo más riesgoso es hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y se estima el 15% de HSH del departamento de Santa Cruz y el 10% de La Paz están infectados.

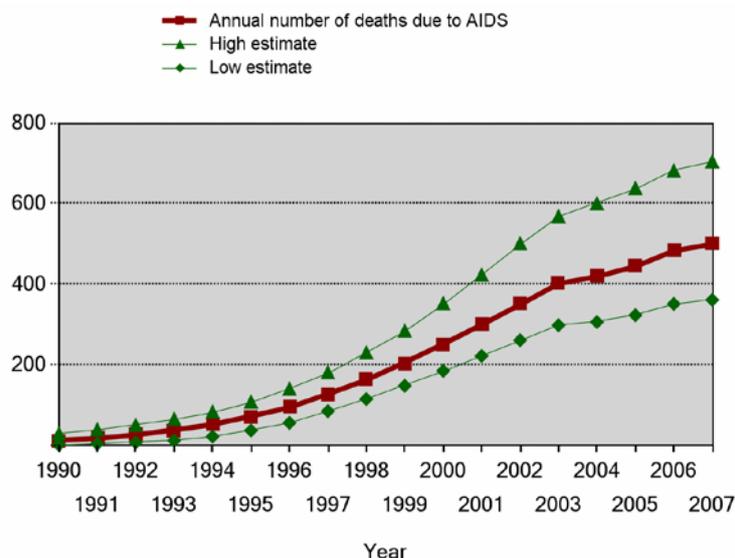


Fuente: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Bolivia, 2008 Update [13]

**Figura 3-2 Transición del número de personas (estimado) que vive con el VIH**

<sup>12</sup> Es el puntaje considerada la carga de l a enfermedad con el nivel de ingresos del país. El puntaje 10 es la prioridad más alta.

Como muestra en la Figura 3-5, el número de mortalidad por el SIDA, tiene la tendencia de incrementar aunque se ha venido relativamente lenta desde el 2003. Se puede considerar que en el fondo existe la baja cobertura de la ART (Terapia antirretroviral), etc. (Referirse el Capítulo 4)

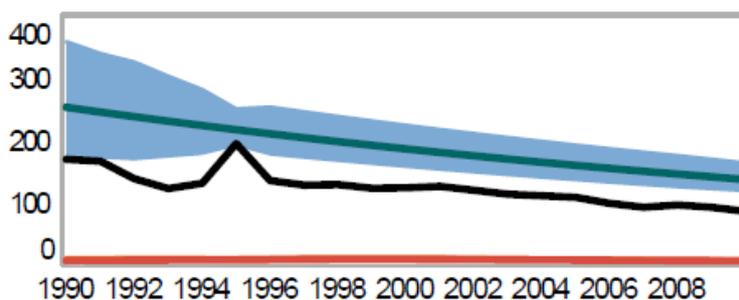


Fuente: Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Bolivia, 2008 Update [13]

**Figura 3-3 Transición del número de mortalidad por el SIDA**

### 3.3.2 Tuberculosis

Como muestra en la Figura 3-4, la tuberculosis ha tenido tendencia de mejoría desde 1991, sin embargo la tasa de morbilidad (incluido las personas superinfectadas con el VIH) es 135 y la tasa de mortalidad de las personas VIH negativas es 20,0 (por 100mil habitantes) en 2010, y es el estado mal comparando con los promedios de los países en vías de desarrollo de la región Centro y Sudamérica (43,0 y 3,3 respectivamente). Los pacientes se observan más en el área urbana y la superinfección con el VIH es 4,5 (por 100mil habitantes). Se estima el 12% de las personas informadas de nueva infección y el 19% de los pacientes con retratamiento son de la tuberculosis multirresistente [1].



Nota: Línea roja: Superinfección con el VIH, línea negra: Número informado

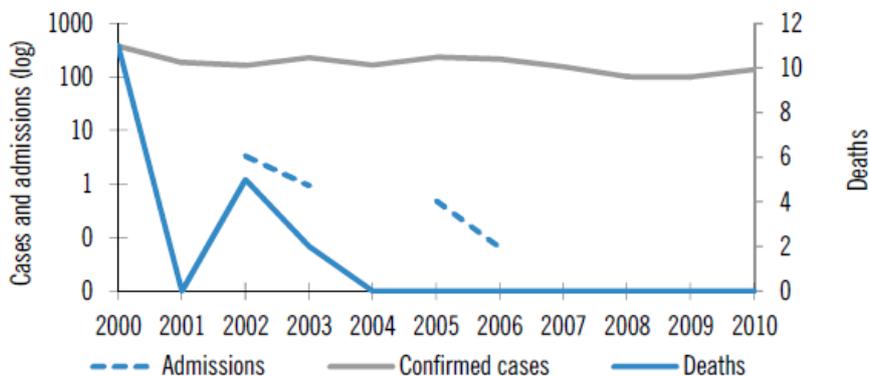
Fuente: Tuberculosis Country Profiles, Bolivia [14]

**Figura 3-4 Transición de la tasa de morbilidad de tuberculosis (por 100mil habitantes)**

### 3.3.3 Malaria

Según OMS, el 45% de la población está en el peligro de la infección de malaria. En el pico de 1998, se llegó hasta 24,8 (por 1000 habitantes) y después tiene tendencia de disminuir y había llegado hasta 4,7 en

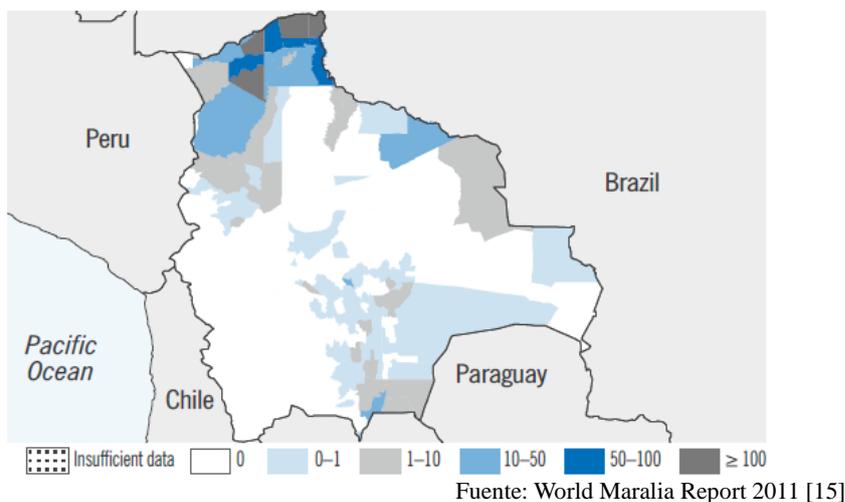
2004. Además como muestra en la Figura 3-2, aunque no hubo el cambio del número de diagnóstico, casi no hay mortalidad por la malaria después del 2004. Se supone que en el fondo existe la difusión de la Prueba de diagnóstico rápido (RDT) y Terapia combinada basada en la artemisinina (ACT) [15].



Fuente: World Malaria Report 2011 [15]

**Figura 3-5 Transición del número de diagnóstico, internación y mortalidad de malaria (por 100mil habitantes)**

En cuanto por la región, como muestra en la Figura 3-3, se ha informado muchos casos en las zonas tropicales de tierras bajas como los departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando, y la aparición en los 36 municipios situados en la afluencia del Amazonas dentro de esta región, ocupa el 95% de total [16].



Fuente: World Malaria Report 2011 [15]

**Figura 3-6 Distribución de los casos de diagnóstico de malaria (por 1000 habitantes)**

### 3.3.4 Otras enfermedades infecciosas<sup>13</sup>

#### (1) Enfermedad de Chagas

El 60% de la superficie del país es la zona infecciosa de la enfermedad de Chagas. Según la proporción de las personas infectadas de suero por departamento, en el Departamento de Santa Cruz es mayor (51%) y sigue en el orden de Tarija (41%), Chuquisaca (39%), Cochabamba (28%) y Potosí (24%). En los departamentos de Oruro (6%) y La Paz (5%) también puede observarse la infección de suero en la región parcial y tiene alta

<sup>13</sup> Mayormente se refirió “Situación de salud Bolivia 2004” presentado por el Ministerio de Salud y Deportes en 2006 [11].

proporción de niños en la edad escolar en el área rural [17]. Aproximadamente las 700mil familias están enfrentando el riesgo del insecto transmisor de la enfermedad de Chagas y en el pico de 1999, el 66% de las personas enfrentadas con el riesgo de infección vivían en la vivienda con el riesgo de infección<sup>14</sup>, sin embargo el 2004 ha disminuido notablemente hasta el 2%. No obstante aun todavía queda el tema para erradicar la infección misma como eliminación de insectos. Además el medicamento que se utiliza actualmente sólo tiene efectividad inmediatamente después de la infección, en cuanto a los pacientes con enfermedad crónica es el problema grande las complicaciones tales como enfermedades del corazón, etc.

## (2) Leishmaniasis

La Leishmaniasis había venido reportando la incidencia aproximada de 1.600 casos anualmente desde 1992. En 2004 la tasa de morbilidad fue 37 (por 100mil habitantes). El 53% más de la mitad de incidencia es en el Departamento de La Paz, sin embargo la tasa de morbilidad ha sobresalido en el Departamento de Pando que es 409 (por 100mil habitantes).

## (3) Fiebre amarilla

La Fiebre amarilla había confirmado alta incidencia en el periodo de 5 a 6 años desde 1980 como endémica boliviana y desde el 2000 ha mantenido el número de incidencia baja. Tiene informe de incidencia total 245 casos durante los 5 años desde 1995 hasta 2002.

## (4) Enfermedades infecciosas intestinales

La Diarrea que es la primera causa de emergencia tiene tendencia de incrementar anualmente y ha registrado el número de pacientes aproximadamente 750 mil casos en el 2004, que es la tasa de morbilidad 81 (por mil habitantes). Además de allí el 79,3% son los niños menores de 5 años. El Cólera ha disminuido desde la gran propagación del año 1992. Aun existe informe del Cólera falsa, desde 1998 no se ha confirmado. El Tifus ha sido el pico en 1998 y después está disminuyendo anualmente.

## (5) Dengue

El Dengue incide localmente en la zona tropical de tierra baja y el número de incidencia tiene la tendencia de incrementar anualmente. De acuerdo al informe de la OPS, se ha diagnosticado 5.200 casos del Dengue falso por el registro de los establecimientos de salud de 2do. y 3er. nivel desde el segundo semestre de 2001 hasta el último y hubo infección en 6.595 familias. Es una de las enfermedades importantes para diagnosticar y tratar en estos establecimientos. A propósito el número de mortalidad por el Dengue en este periodo es 16 y el detalle son 6 casos en el Departamento de Santa Cruz, 6 casos en Cochabamba y 4 casos en Beni. Además todo el territorio boliviano excepto el Departamento de Potosí y Oruro son zonas de infección del Dengue. También se dice que una de las causas del incremento de incidencia del Dengue es la inundación de ríos en la zona tropical de tierra baja por el fenómeno de La Niña [18].

<sup>14</sup> Vivienda con la pared de tierra y el techo de paja

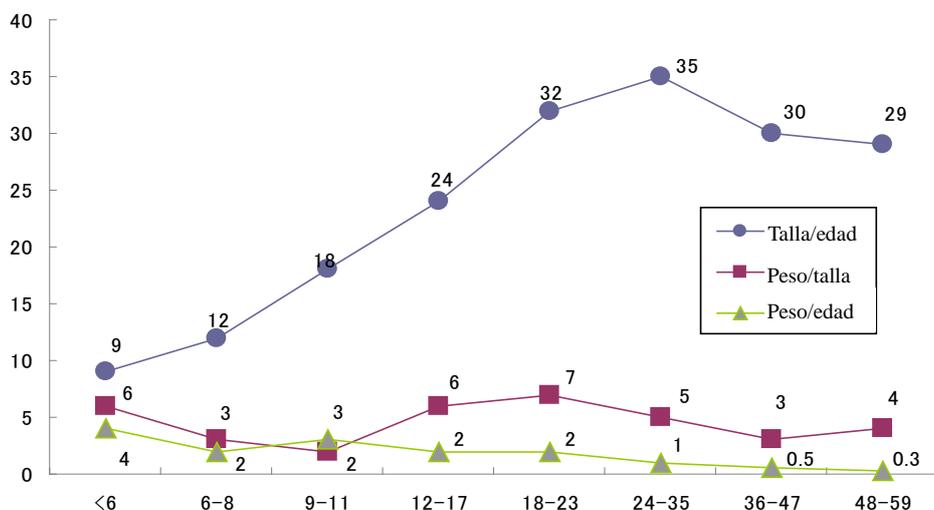
## (6) Otras infecciones

En cuanto a la Hepatitis el 90% de total es la Hepatitis A. Tiene la tendencia de incrementar de acuerdo al registro desde 1996. Ha registrado 63 por 100mil habitantes en 2004. Las infecciones por Hantavirus que es una de las infecciones agudas de alerta todavía han confirmado de 5 a 10 casos todos los años. En otra parte, las enfermedades infecciosas inmunoprevenibles han disminuido con los auges de la década 1970 y 1980. Se ha declarado la erradicación de Polio en 1899 y se ha interrumpido la vacuna contra el Sarampión desde el 2001.

## 3.4 Nutrición y Salud

### 3.4.1 Impedimento de crecimiento de los niños

En cuanto el problema de nutrición de los niños y niñas como se muestra en la figura 3-2, en particular es grande el retraso en el desarrollo<sup>15</sup>, cual causa es la falta de nutrición a largo plazo. De acuerdo a la ENDSA 2008, se ocupa el 27% con el retraso en el desarrollo leve y el 8% con el retraso en el desarrollo grave en general. En cuanto a la edad, es más alto el porcentaje (35%) del retraso en el desarrollo en los niños edad de 24 -35 meses [10]. La proporción de desnutrición aguda que se observa en peso para la talla<sup>16</sup> es relativamente baja y en los niños y niñas de 18-23 meses es más alta, alrededor del 6%. Y la desnutrición global que se observa en peso para la edad<sup>17</sup> se ha observado en el 8% de niños menores de 5 años.



Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008, Gráfico 11.2 [10]

**Figura 3-7 Estado de nutrición que se observa en el crecimiento físico de los niños (6 a 59 meses de edad) (n=8.422)**

### 3.4.2 Anemia

De acuerdo a la ENDSA 2008, la anemia leve es el 25%, la mediana 33% y grave<sup>18</sup> el 3% en los niños de 6 a 59 meses de edad en Bolivia. Los niños con la anemia mediana y grave es cerca de dos veces más alta en la

<sup>15</sup> Mediano y grave es que la desviación estándar de la altura media del grupo de referencia con una altura apropiada para la edad por "WHO Child Growth Standards" menos de 2.

<sup>16</sup> Mediano y grave es que la desviación estándar del peso medio del grupo de referencia con un peso apropiado para la edad por "WHO Child Growth Standards" menos de 2.

<sup>17</sup> La desviación estándar del peso medio del peso apropiado para la edad por "WHO Child Growth Standards" de la OMS menos de 2 es mediano y menos de 3 es grave.

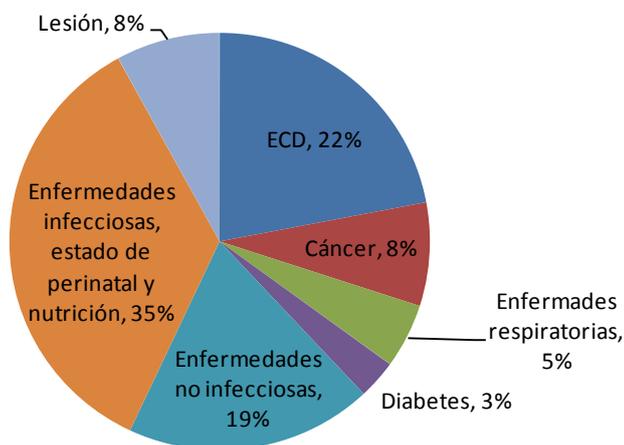
<sup>18</sup> Anemia leve (10.0-10.9g/dl), anemia mediana (7.0-9.9g/dl), anemia grave (<7g/dl).

región altiplano comparando con la zona de valle y tropical de tierra baja. Además se ha empeorado la anemia mediana y grave comparando del año 2003.

Por otra parte, la anemia en las mujeres entre los 15-49 años de edad ha sido el 30% de leve, 8% de mediana y el 0,5% de grave. Las mujeres con la anemia mediana y grave es cerca de tres veces más alta en la región altiplano comparando con la zona de valle y tropical de tierra baja. Además ha empeorado la anemia mediana y grave comparando con el año 2003.

### 3.5 Situación de las enfermedades no infecciosas

La figura 3-3 muestra la proporción por causa total de mortalidad en 2010. Según esta figura el 57% con enfermedades no infecciosas del total de mortalidad. Dentro de la cual ocupa mayor porcentaje la enfermedad cardiovascular (ECD) ocupando el 22 % del total. A continuación es el 8% de las neoplasias malignas, el 5% de las enfermedades respiratorias no infecciosas con las causas de bronquitis crónicas y enfisema y el 3% de diabetes [19].



Fuente: World Health Organization - NCD Country Profiles, 2011 [19]

**Figura 3-8 Proporción de la mortalidad por causa en 2010**

Según el informe de la OMS, la tasa de mortalidad total de las enfermedades no infecciosas es 711 de hombre por y 563 de mujer (por 100mil habitantes) en la estadística del 2008. La tasa de mortalidad del hombre es alta en total. Sin embargo la mortalidad por el tumor maligno es más alta en la mujer. Esto debido al cáncer cervical más alto con el 21% del total, sigue el cáncer del sistema digestivo y el tercero sigue el cáncer de los órganos genitales femeninos.

Por otro lado, la nutrición inadecuada como el exceso de la dieta es el factor de riesgo relacionado con las enfermedades no infecciosas en particular diabetes y la enfermedad cardiovascular. De acuerdo a la investigación de 1998, la tasa de sobrepeso de la mujer adulta es el 64% siendo mas alta que el hombre adulto (58%) y el rango de 45 a 59 años de edad es más alto con la tasa de sobrepeso<sup>19</sup>. Además según la comparación de 1998 con 2003, la tasa de sobrepeso ha disminuido del 46% al 30%, sin embargo al contrario la tasa de obesidad<sup>20</sup> ha incrementado del 11% al 13% [10].

<sup>19</sup> BMI: Índice de masa corporal  $\geq 25$   
<sup>20</sup> BMI  $\geq 30$

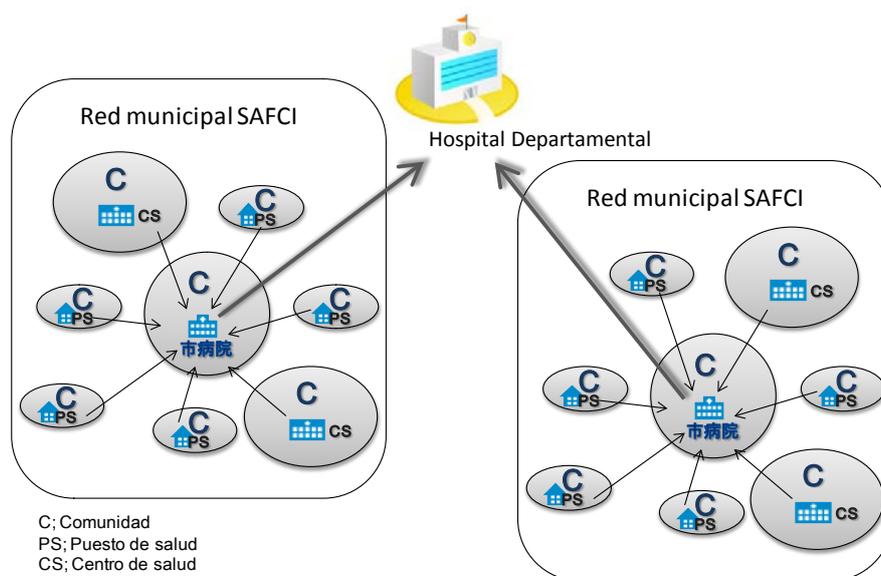
## Capítulo 4 Situación de la oferta de los servicios de salud

### 4.1 Situación actual de la Atención Primaria de Salud: APS (Modelo SAFCI)

#### 4.1.1 Sistema de suministro de la APS (Red municipal SAFCI)

En la política dirigida a “Vivir Bien” de la población dentro del estado plurinacional con un énfasis en la comunidad, es el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que intenta realizar más simbólicamente en el sector de salud (Figura 4-1). El modelo SAFCI compone el “modelo de atención” y “modelo de gestión”. Sin embargo en este capítulo sólo se menciona el modelo de atención. En cuanto al modelo de gestión en general se describe en el capítulo 5 “5.1 Sistema de administración de la salud”.

El “modelo de atención” de SAFCI es el sistema integral de los servicios de salud colaborando con los servicios de 2do. y 3er. nivel, y en su centro existe una práctica de APS. Por ende en el modelo SAFCI la Red municipal SAFCI es la unidad básica que construye la unidad administrativa municipal. Esa unidad básica es la red entre los establecimientos que ofrecen los servicios de 1er. nivel (APS), los establecimientos que ofrecen los servicios de 2do. nivel como el hospital municipal y las comunidades [20].



**Figura 4-1 Diagrama de relacionamiento de la Red municipal SAFCI**

En Bolivia se ha iniciado el sistema de APS en 1984 y se ha desarrollado cerca de 20 variedades de establecimientos incluyendo las ONGs y el sector privado como el puesto de salud y el centro de salud que son bajo jurisdicción del MSyD, la policlínica de la Seguridad social (Cajas), etc. Después por la ley de participación popular anunciado en 1994, toda infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de 1er. y 2do. nivel se han transferido al municipio correspondiente. A consecuencia existe grandes diferencias sobre el mantenimiento y la inversión al establecimiento de salud de 1er. nivel por el municipio y se ha aclarado la diferencia regional sobre el ofrecimiento de los servicios de APS. Para corregirlo el MSyD introdujo la Norma nacional de “Red municipal SAFCI y Red de servicios” en el 2008. Por dicha norma se ha ordenado los establecimientos de salud de 1er. nivel en los 4 tipos como muestra en el cuadro 4-1 y tuvo que vigilar la norma de unificación en forma coordinada el estado, el departamento y el municipio [21].

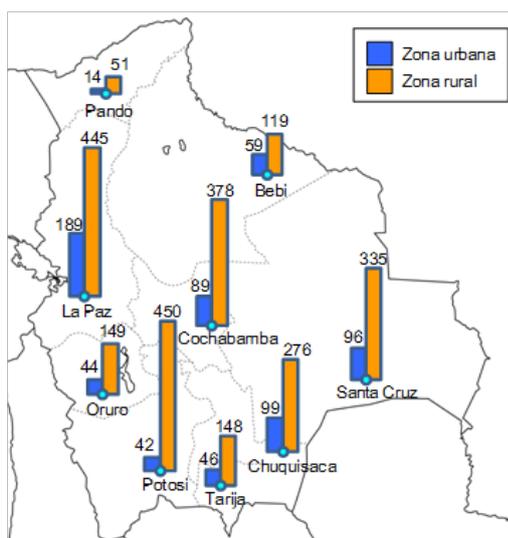
**Cuadro 4-1 Categoría de establecimiento que ofrece los servicios de la APS**

Norma	Centro/ Puesto SAFCI	Centro SAFCI con camas	Policlínico SAFCI	Policonsultorio SAFCI
Sector	Público, privado y sin fines de lucro	Público, privado y sin fines de lucro	Seguridad social (Cajas)	privado y sin fines de lucro
Área de cobertura	Dentro de la Red municipal SAFCI	Dentro de la Red municipal SAFCI	—	—
Cobertura de población	1.000-5.000	5.000-30.000	2.500-5.000 (Afiliados de Cajas)	—
Acceso	Menos de una hora a pie	Menos de una hora en automóvil	Dentro de 40 minutos en automóvil	—

Fuente: Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel, 2008, Ministerio de Salud y Deporte [21]

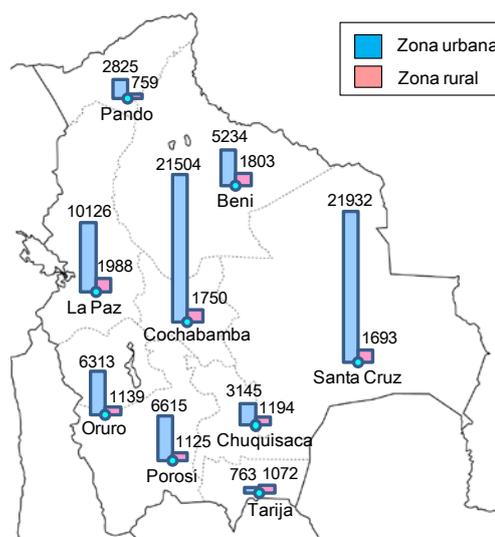
### 4.1.2 Tema para el sistema de suministro de los servicios de la APS

El tema para el sistema de suministro de los servicios de la APS es la diferencia regional. La corrección de esta diferencia es la primera razón de implementar el Modelo SAFCI. De acuerdo a la norma se dice que la población que debe cubrir el Centro/ Puesto SAFCI con los servicios de la APS es máximo hasta 5.000 habitantes, el área urbana de los 7 departamentos del total que son 9 faltan el número de establecimientos que ofrecen los servicios de 1er. nivel (Cuadro 4-2). En particular el Departamento de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz que poseen área metropolitana destacan la alta población que cubre los establecimientos de 1er. nivel, aunque puedan tener acceso directo a los establecimientos de 2do. y 3er. nivel del área metropolitana, que tiene el problema del acceso a los servicios de la APS para la población suburbana. Sobre todo, como el resultado de avanzar la migración interna de la región del altiplano hacia el área metropolitana de tierra baja que progresa la activación de la industrialización, son serios los problemas que existen en área suburbana del Departamento de Cochabamba y Santa Cruz. Por otro lado, en el área rural también es baja la cobertura de los servicios en el Departamento de Beni además de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Especialmente el Departamento del Beni es el 2do. Departamento que posee área extensa y tiene el problema de acceso para la población de área rural [22].



Fuente: Anuario Estadístico en Salud 2009, Ministerio de Salud y Deporte [22]

**Figura 4-2** Número de establecimientos de salud de 1er. nivel



Fuente: Anuario Estadístico en Salud 2009, Ministerio de Salud y Deporte [22]

**Figura 4-3** Número de población promedio que cubre por establecimiento (1er. nivel)

Por otra parte, según el MECOVI (Mejoramiento de las Encuestas de Hogares y la Medición de Vida) realizado en el 2002, se ha informado el resultado del análisis de la opinión de los residentes, en el orden descendente que considera de ser eliminado de la recepción de los servicios de la APS, el Departamento de Potosí (89%), Chuquisaca (76%) y Oruro (62%). Por no tener coincidencia con la diferencia regional en cuanto a la tasa de cobertura, puede ser que existe diferencia regional sobre el contenido de calidad de servicios [23]. Recién se ha iniciado la construcción del Modelo SAFCI para corregir esta diferencia a través de la norma unificada y de acuerdo al lineamiento del MSyD que está dirigiéndose a construir y desarrollar la Red municipal SAFCI en un 90% de todo el territorio del país hasta 2020 [6].

## 4.2 Situación de los servicios de salud materna e infantil

### 4.2.1 Cambio de la política de salud materna e infantil

El impulso de la política de salud materna e infantil en Bolivia tiene una particularidad de implementar el sistema de seguro dirigido a la población materna e infantil. El MSyD anunció el “Plan Vida” teniendo el objetivo de mejorar la tasa de mortalidad materna y de los niños menores de 5 años en 1994. Posteriormente se implementó el “Seguro Nacional de Maternidad y Niñez: SNMN” que cubre los 32 tipos de prestaciones para la población materna e infantil en los establecimientos de salud públicos en 1996. Además este seguro se había incorporado al “Seguro Básico de Salud: SBS” anunciado en 1999 y se había incorporado con más amplio servicio de 92 prestaciones para la salud materna e infantil, como el tratamiento para hemorragia durante el embarazo. Aun más el SNMN ha cambiado su nombre como el “Seguro Universal Materno Infantil: SUMI” y no solamente cubre los 500 servicios clínicos, sino también se aplica en la Seguridad Social (Cajas) y los establecimientos privados. El nuevo “SUMI 2” anunciado en 2005, aumentó aun más los 27 tipos de servicios y lo expandió no solamente para la mujer embarazada hasta la mujer de edad fértil.

### 4.2.2 Objetivo estratégico de los servicios de salud materna e infantil

En el Plan Estratégico Nacional para mejorar la Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015 se establece las 5 líneas estratégicas y de acción mencionados en el siguiente cuadro en base al Modelo SAFCI (cuadro 4-3) [11].

**Cuadro 4-2 Objetivo estratégico de los servicios de salud materna y del recién nacido**

Línea estratégica	Línea de acción	Contenido
1. Crear un entorno favorable para la promoción de la salud maternal y neonatal.	Promover la elaboración, ejecución, seguimiento y evaluación de planes departamentales, con énfasis en la valorización de la salud de la madre y al recién nacido/a.	Apoyo técnico a los SEDES y apoyo técnico y financiero para la evaluación, etc.
	Crear y fortalecer alianzas y asociaciones.	Realización de la mesa redonda en nivel nacional y departamental, coordinación con el Ministerio de educación sobre la nutrición y la educación de salud, coordinación con el Ministerio de Justicia sobre la prevención de la violencia hacia la mujer, etc.
2. Promover procesos de interculturalidad con enfoque de los derechos.	Fortalecer las organizaciones y actores sociales dentro del marco de la SAFCI.	Planificación, ejecución y evaluación de la actividad de la salud maternal e infantil en la unidad de Red SAFCI, la participación comunitaria hacia la actividad de la salud maternal e infantil, etc.
	Crear mecanismos que permitan	Crear un consenso referente a roles y responsabilidades de

Línea estratégica	Línea de acción	Contenido
	el ejercicio de los derechos individuales para el cuidado de la salud de la mujer y del recién nacido/a.	la familia y la comunidad sobre la salud materna e infantil, articular con la medicina tradicional, etc.
3. Promover la aplicación de los cuidados esenciales para la mujer embarazada, la madre y recién nacido/a en el hogar y la comunidad.	Movilizar la comunidad para la promoción de prácticas saludables para la madre y el/la recién nacido/a.	Fortalecimiento de la aplicación de AIEPI, desarrollo de autodiagnósticos comunitarios entre la comunidad, autoridades municipales y los establecimientos de salud, etc.
	Fortalecer las instancias del modelo de gestión participativa y control social de la SAFCI.	Ofrecer la capacitación e información sobre los problemas de salud materna.
	Implementar metodologías que facilitan la participación de la comunidad, de hombres y mujeres para atender la salud maternal, perinatal y neonatal.	Fortalecimiento de los mecanismo de coordinación entre los establecimientos de salud y la comunidad, etc.
	Desarrollar estrategias de comunicación multimedia para la promoción de las prácticas saludables con enfoque de género e interculturalidad.	Elaboración de materiales de información y promoción para la comunidad, etc.
4. Mejora la atención a la madre y al recién nacido/a en los servicios del sistema de salud.	Aplicar el modelo de atención con enfoque intercultural.	Coordinación y complementación con los agentes comunitarias, parteras/os y personal de la medicina tradicional, etc.
	Mejorar la calidad de atención de los establecimientos de salud.	Invertir los recursos humanos con la capacidad alta, los equipos e insumos, etc. para la ejecución del Modelo SAFCI.
	Mejorar las competencias técnicas de personal.	Mejoramiento de los servicios clínicos de materna e infantil, etc.
	Aplicar los CONEs básicos.	Fortalecimiento del traslado de emergencia y los medios de comunicación, etc.
	Fortalecer la aplicación del AIEPI.	Evaluación de riesgo perinatal, etc.
5. Fortalecer el sistema de información, vigilancia, monitoreo y evaluación de la salud maternal, perinatal y neonatal.	Fortalecer el sistema de información de la salud materna, perinatal y neonatal.	Monitoreo y aplicación del SVEMMN.
	Establecer y fortalecer la evaluación de desempeño del personal de salud.	Aplicación del reglamento de supervisión, etc.
	Generar procesos y mecanismos para apoyar investigaciones en salud materna, perinatal y neonatal.	Registro de médicos tradicionales y parteras/os en cada establecimiento de salud.

Fuente: Plan Estratégico Nacional para Mejorar La Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015 [11]

#### 4.2.3 Estado de prestación y utilización de servicios de la atención materna

Como mencionó en 3.2.1, la tasa de mortalidad materna es todavía alta en la región centro y Sudamérica, sin embargo como muestra en el cuadro 4-4 los servicios están fortalecidos comparando los resultados de la ENDSA2003 con la ENDSA2008 sobre la prestación de servicios de la atención materna [10].

**Cuadro 4-3 Transición de servicios de la atención materna durante los 5 años**

Contenido de servicio	Resultado de la ENDSA2003	Resultado de la ENDSA2008
Atención de parto por personal de salud	61%	71%
Control prenatal más de 4 veces	58%	72%
Administración de Sulfato ferroso	62%	77%
Vacunación de Tétanos	29%	40%
Parto institucional	25%	54%

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2003 [24], y ENDSA 2008, INE [10]

Sin embargo como se muestra en el cuadro 4-5, claramente existe la diferencia en cuanto a la participación a los servicios de la atención materna por el nivel de instrucción de madre, ingreso económico, región, etc.

**Cuadro 4-4 Situación de servicios de la atención materna por nivel de instrucción de madre, ingreso económico y región**

Contenido de servicio	Nivel de educación		Zona de residencia		Región		Zona de pobreza	
	Alto	Bajo	Urbana	Rural	Tropical de tierra baja	Altiplano	Pobreza baja	Pobreza alta
Atención de parto por personal de salud	98,4%	47,3%	90,3%	57,0%	87,4%	65,0%	85,8%	49,2%
Control prenatal más de 4 veces	—	—	81,3%	59,5%	84,3%*	63,9%**	—	—
Parto institucional	98,7%	34,9%	87,7%	43,7%	89,3%	54,7%	83,2%	34,1%

(\*Datos exclusivos del Departamento de Santa Cruz, \*\* Datos exclusivos del Departamento de La Paz)

Fuente: Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 2008, INE [10]

Por otro lado, todavía en un alto porcentaje como 92% de las mujeres consideraran que existen algunos problemas sobre el acceso a los establecimientos de salud. En cuanto al contenido de estos problemas como la falta de proveedores de servicios de salud y ofertas (tal como medicamentos, etc.) no tiene mucha diferencia entre los resultados de la ENDSA2003 con la ENDSA2008. El MSyD reglamentó la “Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna: VEMM” en 2008 y se ha fortalecido la recopilación de información desde las instituciones relacionadas tales como establecimientos de salud y también fortaleciendo el monitoreo para que pueda aplicar en la ejecución del plan basado en la evidencia.

#### 4.2.4 Situación de los servicios del PAI

Se está realizando la vacuna de BCG, DPT/DPT-HB/DPR-HB-Hib o Pentavalente, Polio (3 veces) y Rubéola. El periodo de inoculación cambia como, la vacunación de Rubéola que se realiza de 9 a 12 meses después del nacimiento y otros desde 12 meses hasta 18 meses. Comparando la ENDSA2003 con la ENDSA2008, ha aumentado la tasa de vacunación del 64% al 79% en total, en particular Pentavalente/DPT (del 74% al 86%) y Polio (del 70% al 86%). En la tasa de cobertura del PAI no existe gran diferencia por el nivel de instrucción de madre y región [10].

#### 4.2.5 Tema de los servicios de salud materna e infantil

De acuerdo al informe del MSyD, como un ejemplo destacado menciona la diferencia de la tasa de mortalidad infantil por el idioma utilizado. De acuerdo con esto, la tasa de mortalidad infantil de la lengua materna Quechua es casi el doble que de la lengua materna sólo Español [11]. La diferencia regional y étnica

es el enfoque de la construcción y el desarrollo del Modelo SAFCI y se entiende la razón de proponer dicho modelo.

### 4.3 Situación actual de las medidas contra enfermedades infecciosas

#### 4.3.1 Medidas contra infecciones de transmisión sexual e VIH/SIDA

De acuerdo al “Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2009-2015” anunciado en el 2009, está relacionado estrechamente con la salud materna e infantil como esta establecido en las metas estratégicas hasta el 2015 mostrado en el cuadro siguiente [25];

- Contribuir a reducir la razón y las brechas de mortalidad materna en 40% (línea de base, ENDSA, 2003: 229 por 100mil nacido vivo)
- Reducir la tasa y las brechas de mortalidad neonatal en 20% (línea de base, ENDSA, 2008: 27 por mil nacido vivo)
- Implementar la Atención Integral a las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo (AIHPME) en el 100% de los establecimientos de salud cabecera de red y en servicios de salud rurales de primer nivel de atención priorizados.
- Realizar el control del cáncer de cuello uterino mediante Papanicolaou al 50% de las mujeres de 25 a 65 años.

Aun no se tuvo los datos completos, según el informe del 2008 [13], unas 11,000 personas de más de 15 años de hombres y mujeres han recibido el examen y la consulta de HIV. Sobre la curación, se estima unas 2,300 personas en las que fueron necesarias la Terapia Antirretroviral en el 2007, sin embargo lo que cubre por la Terapia Antirretroviral fue del 22 % que se infiere que influencia al aumento de mortalidad mencionado en el Capítulo 3.

Además como el sistema de implementación de las medidas contra infecciones de transmisión sexual, centrado en el Modelo SAFCI mencionado anteriormente, utiliza los sistemas y organizaciones existentes fortaleciendo el SNIS que tiene la función de suministrar la información de salud descrito en el “Capítulo 5 Situación del sistema de salud”, el sistema de vigilancia epidemiológica y el SVEMM, y retroalimentando después de analizar en el CAI de cada nivel.

#### 4.3.2 Medidas contra tuberculosis

La unidad de epidemiología del MSyD está ejecutando el programa de tuberculosis. Este programa apunta al mejoramiento de la tasa de detección y curación, fortaleciendo la capacitación al personal de salud, los recursos humanos en nivel de comunidad y promoción mediante medios de comunicación. Además se ha formado la Asociación de Pacientes contra la Tuberculosis (ASPACONT) en los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz realizando control de enfermedad mediante el apoyo entre pares de los pacientes.

Además en Bolivia se introdujo el DOTS<sup>21</sup> tratamiento acortado directamente observado en 1990, y se logró la cobertura de 100% en 1990, 2001 y 2003, pero se ha disminuido a 47% en el 2006. Y nuevamente marca 100% en el 2007, y según el informe de USAID en el 2009, la tasa de detección fue de 71% cumpliendo el

<sup>21</sup> Estrategia para la medida contra tuberculosis recomendada en nivel internacional

indicador de la OMS. El 2002 marcó 80%, se estima que fue influenciada por la caída de cobertura de DOTS. La tasa de curación apunta cumplir el indicador de la OMS (85%), logrando 84% en el 2002, pero posteriormente no hubo el mejoramiento. Se analiza que existe el factor de fondo que no se realiza suficientemente el registro del paciente y el seguimiento por razón de falta de fondos y personal de salud capacitado. Además está confirmada la aparición de la tuberculosis multirresistente [26].

### 4.3.3 Medidas contra la malaria

De acuerdo al informe del “Programa de Malaria” presentado por el MSyD en 2009, había tenido 3 ejes como los componentes principales en 2008; “1. Localización y tratamiento de la malaria por los servicios de salud y la comunidad”, “2. Fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica, ambiental, entomológica y control vectorial integrado” y “3. Desarrollo programático en base a supervisión, monitoreo y evaluación”. Se definió como lineamiento de actividad en 2009, la realización de vigilancia y control en la región amazonas, la introducción de nuevo sistema de vigilancia, la distribución de kit de diagnóstico simplificado de malaria para los voluntarios y las capacitaciones. [16] Sin embargo, según el informe de OMS [15] en 2011, se están proporcionando terapias combinadas con artemisinina (ACT) para casi todos los pacientes, pero la tasa de difusión de Mosquiteros tratados con insecticidas (INT) para la prevención es muy bajo como menos de 10 %.

### 4.3.4 Medidas contra otras enfermedades infecciosas

#### (1) Medidas contra la enfermedad de Chagas

El programa nacional de control de enfermedad de Chagas tiene 5 ejes como eliminación de vectores, investigación entomológica y control, mejoramiento de vivienda, IEC y diagnóstico y tratamiento. En cuanto a la eliminación de vectores, se está realizando la actividad de expansión de contramedidas para evitar el ingreso a la vivienda del Trypanosomacruzi a través del Triatoma Infestans. En cuanto a la investigación entomológica y control, una de las actividades es la expansión del servicio de diagnóstico utilizando en el laboratorio móvil en la zona de peligro de Chagas en los 6 Departamentos del territorio nacional. En cuanto a IEC, está la incorporación a la educación en primaria y secundaria, y la implementación de la metodología “Estrategia de Comunicación para el Impacto Conductual: COMBI”. Además como los objetivos de actividad en diagnóstico y tratamiento, la tasa de prevalencia de la enfermedad congénita de la enfermedad de Chagas, las enfermedades crónicas en niños, las enfermedades en adultos y las enfermedades de la transfusión que sean el 1%, menos del 5%, el 10% y el 0% sucesivamente [17].

#### (2) Medidas contra el dengue

De acuerdo al informe del “Programa de dengue” del MSyD en el 2009, ha presentado 2 puntos como lineamiento básico para el 2008 [18];

- Lograr la mortalidad 0 del dengue hemorrágico y la tasa de prevalencia en menos del 5% en la zona de peligro permanente de dengue.
- Bloquear la red de transmisión entre las zonas de peligro de dengue.

En la prevalencia del 2008, 2 casos son tropicales del total de 1.312 casos y se ha podido identificar todo en la zona de riesgo. Se ha definido el lineamiento el 2009, como el de mejorar el diagnóstico, tratamiento y fortalecer la vigilancia epidemiológica.

#### 4.4 **Medidas contra los problemas de nutrición**

Como uno de los programas principales del PND menciona el “Programa Desnutrición Cero”. Este programa está dirigido a la población materna e infantil. Para la medida contra el problema de la nutrición, existe la implementación de comidas escolares gratis (desayuno y almuerzo) y está dirigido a la escuela primaria de los 327 municipios de acuerdo al criterio nacional de vulnerabilidad. También existe el “Bono Madre Niño Niña “Juana Azurduy” dirigido a la mujer embarazada e infantil y se puede recibir un total de total 1.820Bs. desde el inicio del embarazo hasta la 2da. fecha de cumpleaños del niño/a.

Las medidas contra el problema de la nutrición es un tema a nivel nacional y están impulsadas por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición: CONAN donde participan los 9 ministerios y los representantes del ciudadano encabezado por el Presidente. El MSyD es la institución operativa en el CONAM.

En la implementación del “Programa Desnutrición Cero” en el sector de salud que impulsa el MSyD, está el programa AIEPI-Nut es la “Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia: AIEPI” que había venido implementándose durante muchos años en Bolivia apoyada por la OPS incorporado con las medidas contra el programa de la nutrición. Están las prácticas concretas enfocadas en la AIEPI-Nut como los siguientes [27];

- Mejorar la ingesta de alimentos aplicando IEC y promocionar las medidas contra el problema de la nutrición.
- Fortalecer sobre la orientación de nutrición en el establecimiento de salud, la atención a los niños menores de 5 años con desnutrición y el traslado de pacientes con desnutrición grave a la instalación médica avanzada.
- Implementar el micronutriente y el suplemento nutricional.

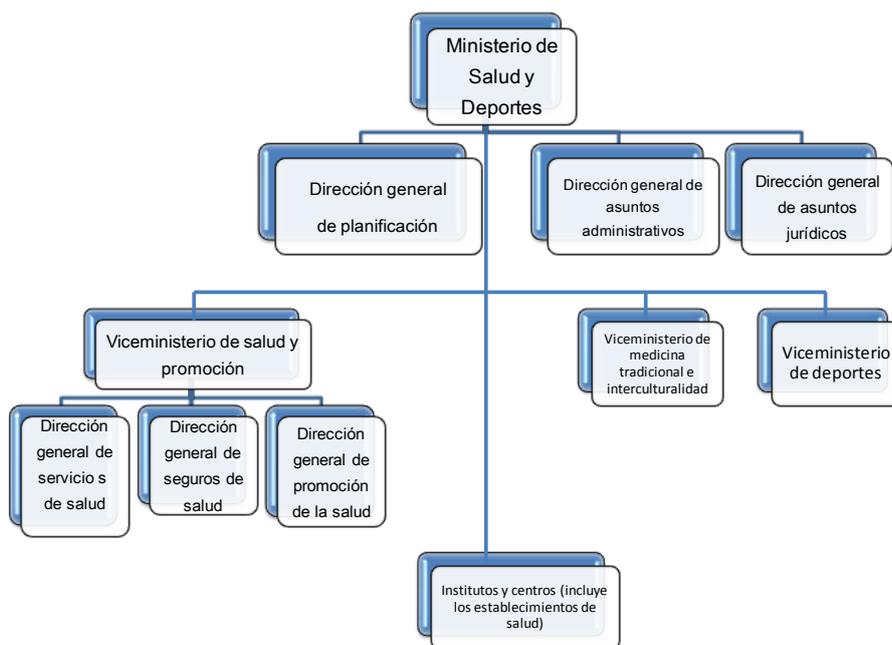
## Capítulo 5 Situación del sistema de salud

### 5.1 Sistema de administración pública de salud

Existen la Ley de Participación Popular y la Ley de Descentralización Administrativa promulgada en 1993 como la política principal hasta el anterior gobierno de Bolivia. A través de estas políticas nacionales se estructuró el organismo responsable correspondiente de cada nivel de administración pública aclarando el rol de cada organismo. Es decir, los cuatro niveles que son el nivel nacional como el MSyD, el nivel departamental como SEDES, el nivel municipal como Gobierno Municipal y DILOS, y el nivel de comunidad como establecimiento de salud. Sin embargo, a través de la Ley de Descentralización Administrativa, la asignación de personal de salud transfirió al SEDES, la administración y la adquisición de infraestructuras, equipos e insumos siendo la responsabilidad del municipio que fue una administración dividida, existiendo el caso que dificultó la operación del sistema de salud que debe integrar recursos humanos, físicos y económicos. El actual gobierno presentó el Modelo SAFCI como el Sistema Único de Salud en Bolivia aunque el sistema de salud tenga el problema de división y fragmentación. Y está dirigido a construir la Red municipal SAFCI, que no tiene la diferencia entre regiones ni étnica, coordinando entre organizaciones utilizando el organismo administrativo existente. [20].

#### 5.1.1 Ministerio de Salud y Deportes: MSyD

El organismo del MSyD indica como figura 5-1. Las funciones del MSyD son la elaboración de política de salud, plan estratégico, elaboración del lineamiento de programa y el plan de ejecución, y la evaluación y el monitoreo del contenido de implementación. Por otro lado, los datos informativos provenientes de los departamentos, municipios y comunidades integran al Sistema Nacional de Información de Salud: SNIS adoptando los resultados de análisis para la elaboración de política.



Fuente: Página de web. del Ministerio de Salud y Deportes [28]

**Figura 5-1 Organigrama del Ministerio de Salud y Deportes**

La estructura organizacional está dividida en los tres niveles, el nivel decisivo (gabinete de ministro), el nivel administrativo y apoyo (dirección de asuntos administrativos, asuntos jurídicos y planificación) y el nivel operativo que se encarga del control administrativo del programa de salud. En el nivel operativo existe la unidad de Redes de servicio de salud y calidad, la unidad de promoción de la salud, la unidad de seguros públicos, la dirección general de medicina tradicional e interculturalidad, y el viceministerio de deportes [29].

El MSyD ha definido los criterios mínimos elaborando los lineamientos detallados del contenido de servicios, infraestructura y equipos médicos de cada establecimiento de salud de 1er., 2do. y 3er. nivel. Además se está realizando la evaluación individual estableciendo los criterios de evaluación hospitalaria en forma detallada para 2do. y 3ro. nivel de establecimiento de salud [30].

### **5.1.2 Servicio Departamental de Salud (SEDES)**

Las funciones de SEDES son; realizar la política de salud nacional considerando los aspectos de prioridad departamental, administrar los recursos humanos de salud e infraestructura de salud, elaborar el plan de asignación de recursos y realizar la orientación técnica de administración para DILOS [20].

### **5.1.3 Directorio Local de Salud (DILOS)**

El DILOS realiza el apoyo técnico administrando la construcción y el desarrollo del Modelo SAFCI en su área de jurisdicción. DILOS conforma el alcalde municipal, el coordinador de la Red servicios y un representante del Consejo municipal de salud [20].

### **5.1.4 Sistema administrativo de la SAFCI**

Según el sistema administrativo del Modelo SAFCI, se elige la Autoridad Local de Salud: ALS como representante del territorio mínimo de salud en el nivel comunitario y se organiza el Comité Local de Salud: CLS con los representantes de ALS, Puesto de Salud, Centro de Salud y/o Hospital de segundo nivel. Se organiza el Consejo Social Municipal: CSM reuniendo los representantes de CLS conjuntamente con los miembros de DILOS en nivel municipal, y se organiza el Consejo Social Departamental: CSD con los representantes de SEDES y CSM en nivel departamental discutiendo sobre los servicios de salud de SAFCI, y se conforma el Consejo Social Nacional: CSN con los representantes de CSD y MSyD en nivel nacional. Se muestra el sistema administrativo en la figura 5-2.

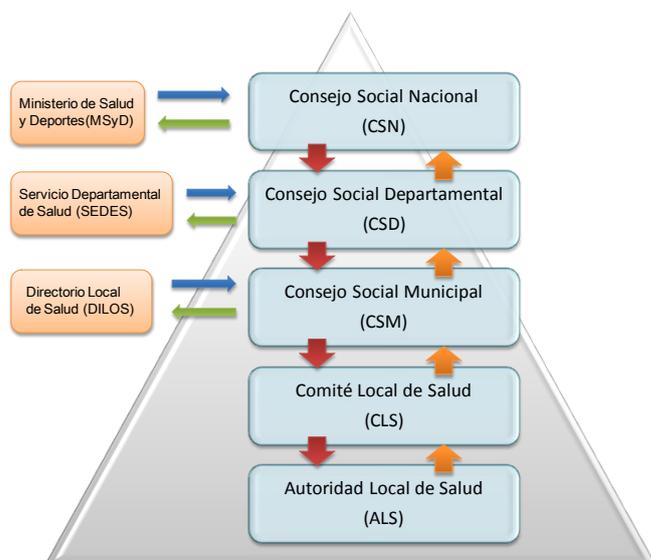


Figura 5-2 Sistema administrativo de la SAFCI

## 5.2 Recursos humanos de salud

### 5.2.1 Situación actual de los recursos humanos de salud

La suma total de los recursos humanos del sector de salud<sup>22</sup> son 26.180 personas según los datos del MSyD en el 2009. Los recursos humanos del sector público<sup>23</sup> son 10.886 personas que significa aproximadamente el 40% de todos los recursos humanos. El detalle de los recursos humanos de acuerdo a categoría de especialidad es mostrado en el cuadro 5-1 [22].

Cuadro 5-1 Número de personal por categoría, tipo de ocupación y sector

Categoría	Tipo de ocupación	Sector público	Otros sectores	Total
Especialista	Médico, Odontólogo, Enfermera, Nutricionista, Trabajador social, Farmacéutico, Educadores en salud y otros.	8.855	2.386	11.241
Técnico	Técnico en laboratorio, Rayos X, Saneamiento ambiental, Estadística, Fisioterapeuta y otros.	1.136	323	1.459
Auxiliar	Enfermería, laboratorio, Estadística y otros.	6.662	1.155	7.817
Persona del área administrativo		1.707	831	2.538
Persona de apoyo de servicios		2.576	599	3.175

Fuente: Anuario Estadístico en Salud, MSD [22]

La cantidad de médicos para 100 mil personas son 4,58 médicos y 0,93 odontólogos. Según el cálculo, las licenciadas de enfermería están asignados 4,82 para 10 médicos, el promedio de 1,32 enfermeras auxiliares trabaja para un médico. La distribución de personal de salud del sector de público según región, el departamento de La Paz y Santa Cruz que tienen 2 ciudades metropolitanas son el 24.6% y el 21.2% del total de recursos humanos que indica porcentaje alta de distribución. En cambio, el departamento de Oruro es el 5.2% y Pando es el 2.9% que indica la existencia de diferencia regional. En cuanto a los recursos humanos

<sup>22</sup>En el sector de salud existen 6 sectores como el sector público administrado por el MSyD, el sector de la seguridad social (cajas) administrado por Seguro Social integral, Sector Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) administrado por ONG, Sector Iglesia operado por la iglesia, Sector Organismo Privados y Sector Fuerzas Armadas de la Nación

<sup>23</sup>En caso de ser el sector público, existe una clasificación incluida la Seguridad social (Cajas), sin embargo aquella Seguridad social está en otra categoría.

dependientes de la Seguridad social (Cajas), la mayoría está asignada para el departamento de La Paz (38.8%), Santa Cruz (19%) y Cochabamba (12.6%) que tiene las grandes ciudades.

El 43.7% de los médicos y el 49.9% de las licenciadas de enfermería trabajan en el servicio de salud de 3er. nivel, y el 56.1% de enfermeras auxiliares se dedican en la atención primaria de salud. Por tanto, la tarea más importante de recursos humanos de salud es la distribución equitativa de acuerdo al tipo de trabajo en salud y el nivel técnico de especialidad. El MSyD está buscando una estrategia para erradicar las comunidades rurales sin médico (120 municipios en 9 departamentos) hasta el 2020 bajo el lema de erradicación del desequilibrio a través de desarrollo del marco de SAFCI enfocando en la distribución de los médicos [6].

El caso especial de Bolivia es médicos tradicionales e interculturales. El número de médicos tradicionales e interculturales está reconocidos 1.420 personas en nivel de comunidades desde el 2006 al 2008 [31].

### 5.2.2 Sistema de suministro de recursos humanos de salud

En Bolivia las 28 universidades tiene la carrera de profesional de salud y más de mitad de ellas es la universidad privada. Son en total 81 carreras relacionadas a salud, el detalle puede ver en el cuadro 5-2 [32].

**Cuadro 5-2 Número de carreras de profesionales de salud**

Especialidad de salud	Número de carrera
Médico	20
Odontólogo	19
Enfermera	17
Farmacéutico	14
Nutricionista	3
Fisioterapeuta	8
Total	81

Fuente: Perfil de los Sistemas de Salud, Bolivia [32]

Los egresados de estas carreras profesionales de salud son 20.326 personas desde 1995 a 2003 y el 37.8 % de ellos son de la carrera de medicina que tienen mayor número de egresados. Además las 16 universidades poseedoras de la carrera de salud tienen 110 carreras en total de educación postgrado y más de 80 % de ellas son carreras de especialidad y los restos son carreras de maestría.

### 5.2.3 Empleo y estabilidad profesional

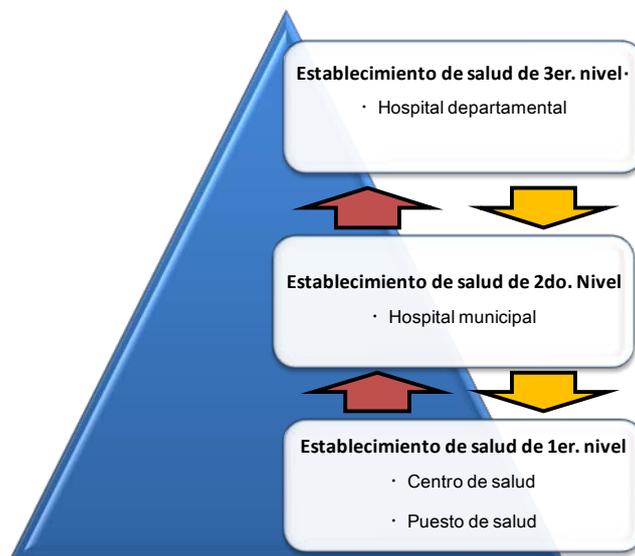
Se han reconocido 1.134 personas con ítem<sup>24</sup> casi el doble de la anterior gestión en 2006 cuando inició el actual Gobierno. Se ha continuado empleando unas 800 personas anualmente hasta 2009. Además se han empleado un total de 800 médicos con contrato de corto plazo de 6 meses para ampliar la salud comunitaria desde 2006 a 2009. El incentivo salarial también se ha aumentado el índice de crecimiento desde el 4% de promedio hasta más del 9% de promedio desde el 2006 a 2009. Por otra parte, aunque el sistema de formación profesional de salud como formación del médico es suficiente, existen los 120 municipios sin médicos en nivel nacional según el informe de MSyD. Por tanto existe el problema de distribución y estabilidad de personal de salud [31].

<sup>24</sup> Se denomina ítem el derecho oficial de empleo por el MSyD, sin embargo existe la distribución de personal sin ítem con el contrato por la propia cuenta del establecimiento de salud. Por tanto, el aumento de ítem no quiere decir el aumento de recursos humanos del establecimiento de salud.

### 5.3 Sistema de suministro de infraestructura, equipos médicos y medicamentos

#### 5.3.1 Red de establecimientos de salud

Los establecimientos de salud en Bolivia se clasifican en servicio de salud de 1er. nivel, 2do. nivel y 3er. nivel (Figura 5-3). Se incluye el servicio médico móvil y la medicina tradicional en el servicio de salud de 1er. nivel. Existen el puesto de salud, el centro de salud (con cama y sin cama) y el policlínico como establecimiento de salud de 1er. nivel. El establecimiento de salud de 2do. nivel debe tener las 4 especialidades de la atención médica como medicina interna, cirugía, pediatría y gineco obstetricia. El establecimiento de salud de 3er. nivel son los hospitales generales o de especialidad que tiene atención y servicio de internación de especialidad. Según los datos del MSyD en el 2009, en la red de establecimientos de salud existen 3.320 establecimientos de salud en todo el sector. Es decir se ha aumentado el 11.3% de la cantidad de establecimientos de salud durante los 3 años desde 2006. Lo que ha aumentado más son los establecimientos de salud de 1er. nivel [22].



**Figura 5-3 Sistema de referencia de establecimiento de salud**

El detalle de la cantidad de establecimientos de salud de acuerdo a nivel de servicio son; Primer nivel son 3.049 establecimientos (91,84%), segundo nivel son 212 establecimientos (6,39%) y tercer nivel son 59 establecimientos (1,78%). La cantidad de establecimientos de salud y el número de camas de acuerdo a dependencia muestra en el cuadro 5-3. El número de camas por 100mil habitantes son 146,18 calculado por 10.227.302 de acuerdo a la población de 2009 [22].

**Cuadro 5-3 Porcentaje de establecimientos y camas por subsectores**

	MSyD	Seguridad Social (Cajas)	ONG	Iglesia	Privado	Militar	Total
Número de establecimiento	2.711 (81,66%)	187 (5,63%)	151 (4,55%)	106 (3,19%)	155 (4,67%)	10 (0,30%)	3.320 (100%)
Número de cama	9.054 (60,56%)	2.823 (18,88%)	455 (3,04%)	913 (6,11%)	1.680 (11,24%)	25 (0,17%)	14.950 (100%)

Fuente: Anuario Estadístico en Salud, MSD [22]

En Bolivia se inició introducir la acreditación del servicio de salud, infraestructura y equipos médicos del establecimiento de salud incorporando el sistema de México, Colombia y Chile desde 1994. Formando el comité de acreditación de hospitales en nivel nacional y departamental, y los hospitales de 2do. nivel y 3er. nivel tienen obligación de recibir la evaluación una vez por tres años. Los estándares mínimos obligatorios están publicados como el lineamiento de evaluación y acreditación de establecimientos de salud de 2do. y 3er. nivel de establecimientos de salud por el MSyD [30].

### 5.3.2 Sistema de suministro de medicamentos

En Bolivia se tiene previsto ampliar la oferta y demanda de medicamentos esenciales a través de la implementación del SUMI implementado en el 2003, se inició el ordenamiento del Sistema Nacional Único de Suministro: SNUS en el mismo año. El monto total de suministro de medicamentos esenciales cubierto por el SUMI es aproximadamente 60% en el resultado del 2004. Todos los medicamentos que se suministran en Bolivia están bajo control del SNUS incluyendo empresas privadas, sin embargo se administra en forma integral por la Central de Abastecimiento y Suministros de Salud: CEASS conjunto del centro principal de La Paz<sup>25</sup> y los almacenes regionales en el sector público. Además el MSyD construyó la fábrica de medicamentos esenciales para administrar directamente con el costo de \$US 10 millones garantizando el suministro de medicamentos que se utilizan en varios tipos del seguro nacional de salud [31].

## 5.4 Financiamiento de salud

### 5.4.1 Situación de financiamiento de salud

El cuadro 5-4 es la transición de indicadores financieros de salud en Bolivia. La Proporción de gasto del sector de salud en el producto interno bruto (PIB) se ha disminuido del 6.1% al 4.8% desde el 2000 durante los 10 años, sin embargo según el informe de la Seguridad Social (Cajas) boliviana la suma total de gasto real para el sector de salud en 1991 que es casi el mismo periodo de este transcurso, fue 705,10 millones bolivianos y aumentó a 2.291,40 millones bolivianos en 2010 que significa un aumento de aproximadamente 7 veces durante los 10 años. Es decir que el gasto de salud per cápita fue aumentado del \$US 61,3 (2000) al \$US 96,5, que señala la situación de la escasez financiera de la inversión para el sector de salud en forma permanente en Bolivia donde más del 85% de la población son de escasez económica [33].

**Cuadro 5-4 Transición de indicadores financieros de salud**

	2000	2010
Gasto en salud, total (Porcentaje del PIB) <sup>2</sup>	6,1%	4,8%
Gasto en salud, sector público (Porcentaje del gasto total en salud) <sup>2</sup>	60,1%	62,8%
Gasto de salud desembolsados por el paciente (Porcentaje del gasto privado de salud) <sup>2</sup>	81,6%	77,2%
Porcentaje que ocupa el gasto de salud en sector público en el gasto general de nación <sup>2</sup>	9,8%	7,3%
Porcentaje de financiamiento externo en el gasto de salud <sup>2</sup>	6,0%	5,3%
Porcentaje del gasto en la Seguro social en el gasto de salud en sector público <sup>2</sup>	—	60,5%
Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales) <sup>2</sup>	\$US61,3	\$US96,5
Gasto de salud en sector público per cápita <sup>2</sup>	180	225

Fuente: Health Nutrition and Population Statistics [33]

<sup>25</sup> El almacén del centro principal fue construido nuevamente por el financiamiento no reembolsable del gobierno de Japón en 2007

Observando la transición desde 2001 a 2005, la inversión del Gobierno para el sector de salud ha disminuido de \$US49,4 (2001) millones a \$US 40,4 millones (2005) igual que en otros sectores sociales como la educación, especialmente la caída de 2003 (\$US 37,0 millones) fue muy grave y se puede decir que se ha probado que la disminución de inversión al sector social puede conducir directamente a la convulsión social [34].

Según el informe de la OMS, la tasa de cobertura del seguro, como el Seguro social de Cajas es sólo 26% de la población total y la mitad de la población está acudiendo a la medicina tradicional. Además la tasa de cobertura del sector privado está baja como del 5% al 10%, la situación está obligado al 70 % de la población tendría que acudir al servicio de seguro del sector público [35].

Por otra parte, observando la fuente financiera de salud, el desembolso de TGN fue el 15% según los datos de 1995 que equivale casi igual al monto total de la cooperación financiera extranjera. La fuente financiera más grande es del Seguro Social (35%), la siguiente es la carga de la población (32%). Este dato es del inicio de descentralización administrativa, sin embargo el gasto operativo para salud proveniente del aporte de municipios había sido sólo 3 % que fue descentralizada a los bienes de infraestructura y equipos médicos [36].

#### 5.4.2 Seguro de salud y política de protección social

A pesar de la escasez financiera permanente el MSyD ha venido desarrollando medidas para la vulnerabilidad social y escasez económica introduciendo varios sistemas de seguro de salud públicos con la oportunidad de ampliar los servicios materno e infantil como se indica en el cuadro 5-5 [6]. Además del Bono Juana Azurduy que se inició en el 2011, el cual es una transferencia del ejecutivo condicional como política de protección social, que las madres pueden recibir bonos con la suma de Bs.1.820 durante los 33 meses desde el embarazo hasta los 2 años de postparto. A través de este sistema se trata de buscar el alto rendimiento de efecto sobre la situación de salud materna e infantil.

**Cuadro 5-5 Transición de implementación del sistema de seguro de salud**

Sistema de seguro	Beneficiario	Periodo de implementación
Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)	Niños menor de 5 años y mujeres embarazadas	Mayo de 1996 a diciembre de 1998
Seguro Básico de Salud (SBS)	Niños menor de 5 años , mujeres embarazadas y familias	Marzo de 1999 a 2003
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 1)	Niños menor de 5 años y mujeres embarazadas (6 meses posteriores al parto)	2003 a 2005
(Ampliación) Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2)	Beneficiarios de SUMI 1 + mujeres en edad fértil	Diciembre de 2005 a actual
Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	Agosto de 1998 a enero de 2006
Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	Enero de 2006 a actual

Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 [6]

## 5.5 Sistema de suministro de información de salud

La fuente de información de salud en Bolivia es el Sistema Nacional de Información en Salud: SNIS que recibe la información periódica por parte del SEDES y se elabora el informe anual. Por otra parte, Bolivia tiene la zona amplia de infección de malaria y en algunas regiones determinadas existe el Sistema de Vigilancia Epidemiológica que administra en forma integral la información y el Sistema de Información para la Administración Logística: SIAL que administra integradamente la información logística como medicamentos, el MSyD tiene unidades responsables y también de estas unidades informan al SNIS. Además incluye la información sobre la salud en el ENDSA que el Instituto Nacional de Estadística (INE) realiza cada 5 años [37] mediante un censo.

Por otro lado, en cuanto al uso de la información del SNIS, las unidades correspondientes del MSyD han publicado varias normativas técnicas utilizando para la ejecución de la política el análisis de la situación actual trabajado con otras instituciones de investigación en forma conjunta [25].

Otras fuentes de información o las instituciones que tienen función de investigar en salud analizan y aplican la información de salud en Bolivia como se señala en el cuadro 5-6. Las 5 instituciones gubernamentales incluyendo el MSyD, un consejo nacional de investigación en salud en que participa varios organismos involucrados y los 6 institutos de investigación de las universidades [38].

**Cuadro 5-6 Instituciones de investigadores en salud**

Gubernamental	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto Nacional de Laboratorios de Salud "Dr. Nestor Morales Villazón": INLASA</li> <li>- Sub-Unidad de Coordinación de la Investigación en Salud</li> <li>- Ministerio de Planificación del Desarrollo</li> <li>- Sistema Boliviano de Información Científica y Tecnológicas: SIBICYT dentro del Viceministerio de Ciencia y tecnología</li> </ul>
Consejo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Academia boliviana de medicina</li> </ul>
Universidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Instituto de Medicina Tradicional Kallawaya</li> <li>- Instituto superior de la ciencias de la salud en la Universidad Nacional de Ecología</li> <li>- Universidad Andina Simón Bolívar</li> <li>- Facultad de medicina en la Universidad Mayor de San Andrés: UMSA</li> <li>- Universidad Mayor de San Simón: UMSS</li> </ul>

EL MSyD constituye una red que permite utilizar estos resultados de la investigación de varias instituciones para la definición de la política en torno de la sub-unidad de coordinación de investigación en salud. Además existe dos lineamientos para el resultado de investigación coordinado y resumido por el MSyD, uno es el lineamiento que llega hasta el Ministerio de Planificación del Desarrollo reflejando a la política nacional para el PND y el otro es el lineamiento que almacena las informaciones técnicas científicas que lidera el Viceministro de Ciencia y Tecnología..

## Capítulo 6 Situación de cooperantes

### 6.1 Marco de coordinación de cooperación en Bolivia

#### 6.1.1 Coordinación de cooperación en Bolivia

En Bolivia, se ha formado el Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia: GruS en 2006 de acuerdo a la Declaración de París sobre Efectividad de la Ayuda. Los miembros son los 16 países y los 7 organismos internacionales. Además tiene 12 grupos de trabajo iniciando el sector de salud y se realiza las reuniones periódicas para intercambiar las informaciones dirigiendo para lograr los objetivos del PND 2006-2011. Por otra parte, ocurrieron varias condonaciones de la deuda externa por los donantes en el 2007, fue una época en que la deuda externa fue mínima en la historia y se reorienta al desarrollo para que sea sostenible e independiente [39].

#### 6.1.2 Situación de los cooperantes en el sector de salud

Bolivia ha firmado el convenio de cooperación del sector de salud con los cooperantes independientemente. Los que han firmado el convenio de cooperación en el periodo de 2006 a 2010 son; Unión Europea(UE), Banco Mundial(BM), Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo(UNDP), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Organización Panamericana de Salud (OPS), Agencia Canadiense de Desarrollo internacional (CIDA), JICA, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Cooperación Técnica Belga (CTB) (Bélgica), Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), Cuba, Venezuela, Francia, Italia, Corea, Argentina. México, etc. [39]. Especialmente Cuba y Venezuela están aumentando notablemente la cooperación en el sector de salud con el contexto de Alianza Bolivariana para América (ALBA) que es una alianza regional desde 2004 [40].

Se está desarrollando la coordinación de cooperantes con el liderazgo de UNICEF en el grupo de trabajo del sector de salud de GruS en 2011.

#### (1) Situación de cooperantes principales

El cuadro 6-1 indica los temas prioritarios de los cooperantes principales y la información obtenida por la página de web de cada país, y describe el resumen de la cooperación.

**Cuadro 6-1 Situación de los cooperantes principales**

	Temas prioritarios									
	Tema de salud				Sistema de salud					
	Magnitud de la cooperación (Monto total de programa realizado recientemente) (Millones de dólares )	Salud materna e infantil	Medidas contra las enfermedades infecciosas	otros	Sistema de prestación de servicios	Recursos humanos de salud	Información de salud	Tecnología en salud	Financiamiento de salud	Liderazgo /gobernabilidad
Banco Mundial	39,9				○					
BID	0,73				○					
OPS			○				○			
UNICEF	2,5	○		○ (Nutrición)						
Canadá	27,8	○		○ (Nutrición)						
EE.UU.	0,3		○							
Bélgica	25 millones euros				○					
España					○					
Japón		○			○					

Fuente: Página de web de los donantes etc.

#### 1) Banco Mundial

Los proyectos del Banco Mundial en el sector de salud que se están llevando a cabo en Bolivia son; el Proyecto de mejoramiento del servicio de salud en la recuperación de emergencia y gestión en casos de desastre (\$US 4,4 millones), aumentar el acceso para reducir inequidades en salud (\$US 18,5 millones) y mejoramiento de servicio materno e infantil (\$US 17 millones) [41].

#### 2) Banco Inter americano de Desarrollo: BID

El BID también está programado para ejecutar el Proyecto de Mejoramiento de acceso al servicio de salud (\$US 0,35 millones) desde 2012. Por otra parte, lo que han iniciado desde 2011 son los proyectos regionales que realizan en determinada área. Los tres proyectos están implementando en el Departamento de Potosí como fortalecimiento de promoción de la salud y la red de servicios de salud (Total \$US 0,73 millones) [42].

#### 3) OPS/OMS

Los temas principales de OPS son las medidas contra las enfermedades infecciosas y el sistema de vigilancia epidemiológica. Son principales donantes del Programa Ampliado de Inmunización: PAI en el marco de las medidas contra las enfermedades infecciosas [43].

#### 4) UNICEF

Según el plan de 2008 a 2012 sobre el apoyo para Bolivia de UNICEF, tiene los 4 programa en el sector de salud que son; 1. Vigilancia de salud y crecimiento de adolescentes, 2. Reducir la mortalidad neonatal y materna, 3. Mejorar los indicadores de salud del escolar y adolescente, 4. Reducir el riesgo de contraer

ITS/VIH-SIDA en adolescentes, jóvenes y sus familias. El monto de inversión para el sector de salud son \$US 2,5 millones en el periodo programado [44].

#### 5) Canadá

CIDA ha definido uno de los enfoques de apoyo como “adolescente” y el tema principal de apoyo es la salud materna e infantil y las medidas contra la desnutrición. Los proyectos que están ejecutando son; 1. Comunidad activa y saludable para materna e infantil (2011-2012, \$US 13,5 millones), 2. Iniciativa de micronutriente para cero desnutrición (2008-2014 \$US 5,5 millones), 3. Apoyo al MSyD para el programa de cero desnutrición (2008-2012, \$US 5,8 millones) y 4. Salud ambiental en la comunidad (2007-2013, \$US 3 millones) [45].

#### 6) EE.AA

USAID se inició la medida contra VIH/SIDA desde 1985 a través de Pro Salud que es una ONG de EE.AA. Además apoya a varios proyectos como los proyectos de mercadeo social siguiendo al programa nacional contra infección de transmisión sexual después de 1992 y continúa el apoyo a este programa. La inversión de apoyo para el sector de salud en 2009 es \$US 0,3 millones [46].

#### 7) Bélgica

Bélgica también continúa con el apoyo para el sector de salud en Bolivia durante varios años. El sector de salud es un sector priorizado igual que el desarrollo rural en el lineamiento básico del apoyo para Bolivia a mediano plazo desde 2008 a 2011, realizando las actividades con el objetivo de mejorar y ampliar la red del servicio de salud en los 4 departamentos del altiplano. El presupuesto para el sector de salud en este plan de apoyo a mediano plazo es €25 millones [47].

#### 8) España

El apoyo al sector de salud está estructurado con 2 programas. Uno es el programa del fortalecimiento del sistema de salud y el otro es programa de atención móvil sanitario [48].

#### 9) Cuba

Cuba realiza el apoyo directo al servicio de salud enviando los recursos humanos de salud, y la magnitud es el envío de 6 mil personas, anualmente han realizando más de 10 millones de atenciones en el 2005. Además se está otorgando becas para más de 2 mil personas para obtener el título de médico para los bolivianos [40].

### 6.2 Identificación de resultados y actualidad de la cooperación japonesa

La cooperación japonesa para el sector de salud en Bolivia tiene 35 años de historia, utilizando varios tipos de esquemas de cooperación, iniciando el proyecto de estructurar la red de servicio clínico de determinada enfermedad en nivel nacional, ha venido contribuyendo al fortalecimiento y mejoramiento del sistema de salud integral desarrollando el apoyo a la salud comunitaria y materna e infantil (cuadro 6-2) [49].

Iniciando las medidas contra las enfermedades de gastroenterología que tiene la superioridad técnica del Japón, construyó el hospital general de Santa Cruz en la región oriental de Bolivia, posteriormente este hospital cambió nombre al Hospital Japonés recibiendo una buena evaluación por el MSyD como un

establecimiento de salud de máxima referencia nacional. Además desarrolló el proyecto de fortalecimiento de red de salud en base a este hospital estableciendo el Modelo FORSA en el Departamento de Santa Cruz como el modelo de gestión de promoción de la salud colocando el nombre del proyecto. Además se ha desarrollado el mismo modelo para el Departamento de Cochabamba, Beni y La Paz con el enfoque principal de Salud materna e infantil donde existe alta necesidad [50].

**Cuadro 6-2 Contenido de apoyo para el sector de salud de Bolivia**

Esquema	Contenido
Cooperación de financiamiento no reembolsable <sup>26</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyecto de construcción del Instituto de gastroenterología Boliviano- Japonés de La Paz (1977)</li> <li>- Proyecto de construcción del Instituto de gastroenterología Boliviano- Japonés de Sucre (1978)</li> <li>- Proyecto de construcción del Instituto de gastroenterología Boliviano- Japonés de Cochabamba (1979)</li> <li>- Proyecto de construcción de la escuela técnica de salud de Cochabamba (1980)</li> <li>- Proyecto de construcción del Hospital Materno infantil “Boliviano-Japonés” de Trinidad (1981-1982)</li> <li>- Proyecto de construcción del Hospital general de Santa Cruz (1983-1985)</li> <li>- Equipamiento del Hospital Materno infantil de La Paz (1998-2001)</li> <li>- PAI (Salud infantil gratuito) (1998)</li> <li>- Proyecto de fortalecimiento del sistema de atención hospitalaria materno e infantil de Cochabamba (2001-2003)</li> <li>- Proyecto de mejoramiento para las unidades de salud en la zona sur de la Prefectura del Beni (2005-2007)</li> <li>- Financiamiento no reembolsable para mejoramiento de la Central de abastecimiento y suministro de salud (2007)</li> </ul>
Proyecto de cooperación técnica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyecto de estudio de enfermedades gastroenterología (1ra. fase) (1977-1982)</li> <li>- Proyecto de estudio de enfermedades gastroenterología (2da. fase) (1892-1985)</li> <li>- Proyecto de mejoramiento del Hospital general de Santa Cruz (1987-1992)</li> <li>- Proyecto del sistema de provisión de atención sanitaria y médica en Santa Cruz (1994-1999)</li> <li>- Proyecto de fortalecimiento de redes de salud en el Departamento de Santa Cruz (2001-2006)</li> <li>- Fortalecimiento de la Red de salud regional enfocado en la Salud Materno Infantil en la ciudad de La Paz (2003-2005)</li> <li>- Proyecto de salud integral de extensión comunitaria (2007-2012)</li> <li>- Fortalecimiento de redes rurales de salud materna e infantil con enfoque de derechos, interculturalidad y género (2007-2011)</li> <li>- Proyecto de fortalecimiento de la red rural no.4 con enfoque de salud materna e infantil en el Departamento de La Paz (2010-2012)</li> </ul>
Estudio para el desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyecto de mejoramiento del sistema de salud local en el Departamento de Beni (2000-2002)</li> </ul>

Fuente: Lineamiento de la cooperación japonesa para Bolivia 2009 [51]

<sup>26</sup>En cuanto a la Cooperación de financiamiento no reembolsable ha realizado 5 casos como el mejoramiento de instalaciones médicas regionales, el mejoramiento de los equipos médicos, etc. fuera de los mencionados.

## Capítulo 7 Temas prioritarios y recomendaciones en el sector de salud

### 7.1 Temas prioritarios en el sector de salud en Bolivia

Están resumidos en la figura 7-1 los temas y su contexto en el sector de salud en Bolivia. En Bolivia la diversidad de diferencia ha creado una brecha influenciada del estado de salud y el acceso a los servicios, y puede considerarse que el sistema está en camino para responder a la necesidad de salud en diferente situación y corresponder a los temas.

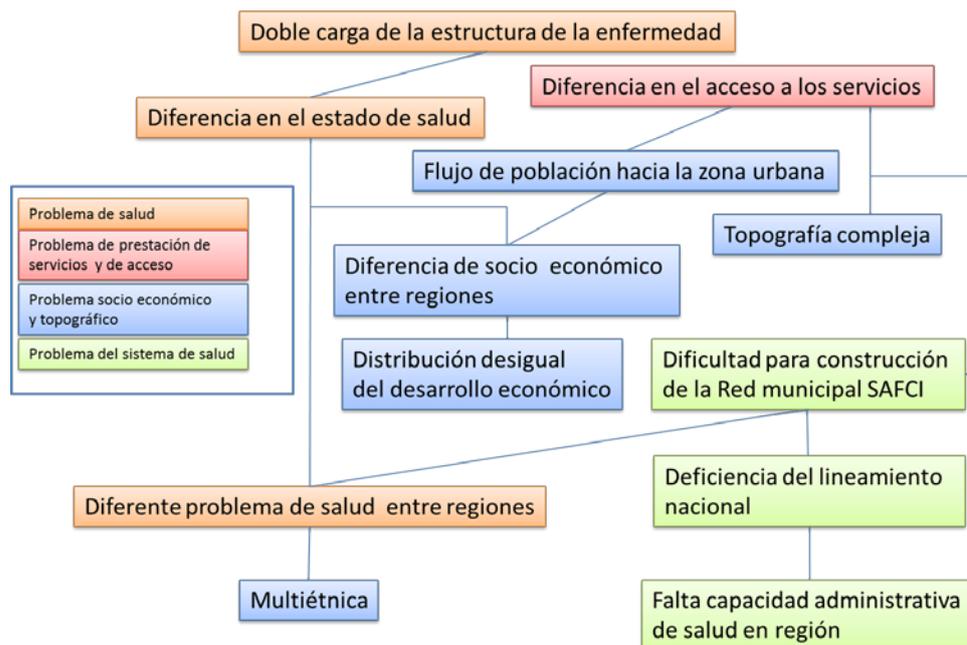


Figura 7-1 Factores de contexto en los problemas del sector de salud en Bolivia

#### 7.1.1 Diferencia por región en el estado de salud de la población

En cuanto a los indicadores de salud se puede decir que el estado de salud de la población ha mejorado, sin embargo, la situación constante de tener diferencias entre las regiones es considerada como el mayor problema en el sector de salud con el contexto de tener multiétnicas, cultura compleja y distribución desigual del desarrollo económico. En particular en la zona difícil de tener acceso a los servicios de salud o la zona marginada donde la población tiene muy poca voluntad de tener acceso, y la zona periférica metropolitana donde tiene mucha migración interna aumentado la necesidad de los servicios de salud, es necesario impulsar la Atención Primaria de Salud (APS) y Promoción de la Salud enfocando en la comunidad, o revisar el sistema integral de salud en el nivel municipal y departamental incluyendo la comunidad.

#### 7.1.2 Fortalecimiento del sistema de salud regional para disminuir la diferencia del estado de salud entre regiones

Para resolver el problema de diferencia entre regiones mencionado anteriormente, no es suficiente tener enfoque desde el sector de salud para solucionar radicalmente, por la razón de existir muchos factores como etnia, cultura, topografía, economía, etc. Aun este con esa situación, se considera que el fortalecimiento del sistema de salud regional con participación comunitaria enfocado a la comunidad, es adecuado como la

medida del sector de salud. En cuanto al tema individual como la distribución de recursos humanos y establecimientos de salud, existe la diferencia por el grado de importancia por región. La disminución de estas diferencias entre regiones también es considerada como dentro del marco de fortalecimiento del sistema.

### **7.1.3 Medidas tomadas por el gobierno boliviano y los cooperantes ante los problemas**

El gobierno boliviano está impulsando el Modelo SAFCI que es el sistema único de salud como la versión boliviana de la APS para que se desarrolle en cada región del territorio boliviano. Por lo tanto, es para desarrollar la construcción de la Red municipal SAFCI fusionada con la comunidad, los establecimientos de salud de área (establecimientos de salud de 1er. y 2do.) y el DILOS. Es la medida horizontal donde los pobladores o residentes mismos identifican el problema, planifican y resuelven, en vez de realizar la medida del programa de salud por tema en forma vertical. El plan elaborado en el nivel local refleja a la política de salud departamental y nacional transmitiendo la información al SEDES y el MSyD a través de los consejos relacionados con el DILOS. Sin embargo, además de tener la situación de salud variable por región y el lineamiento nacional referente a SAFCI que es conceptual, está enfrentando la situación difícil de construir la nueva red. Para superar esta situación, es deseable que el DILOS presente el análisis de la situación de salud local, los SEDES resumen los criterios de cada departamento y el estado lo resume como lineamiento de SAFCI en forma práctica en base a los casos concretos, sin embargo no se está realizando suficientemente.

### **7.1.4 Temas prioritarios que deben esforzarse**

En base a esta situación, se puede mencionar los siguientes 4 como los temas con alta prioridad en la construcción y expansión de la Red municipal SAFCI.

1. Reconstrucción de la Red de servicios de salud comunitaria.
2. Fortalecimiento de servicios en los establecimientos de salud.
3. Fortalecimiento de capacidad de gestión de salud en el nivel departamental y municipal.
4. Desarrollo y expansión de la nueva Red de servicios de salud comunitaria en nivel nacional.

#### **(1) Reconstrucción de la Red de servicios de salud comunitaria**

Para reconstruir la Red de servicios de salud comunitaria con un enfoque de la familia y la comunidad, es necesario organizar un comité de salud en la comunidad, los mismos residentes de la comunidad recopilan la información sobre el tema de salud incluyendo el contexto social como etnia y cultura local, identificar el problema y planificar las actividades para resolver el problema a corto plazo, y a largo plazo con prioridad. Coordinando con el establecimiento de salud local, analizar el estado actual del contenido de servicios, los recursos humanos, la infraestructura, los equipamientos y suministros de insumos del establecimiento, elaborar el plan de mejoramiento en base al resultado de análisis y adecuar el centro y puesto de salud a los estándares del centro y puesto SAFCI. En otro lado, promocionar a los residentes de la comunidad sobre el seguro de salud y las medidas de nutrición impulsados por el gobierno y promover la actividad con participación comunitaria como la actividad sanitaria.

Aquí lo importante es organizar a la comunidad sobre la salud y continuar la cooperación de la organización, realizar la orientación técnica por la administración de salud y las otras instituciones relacionadas y colaboración del establecimiento de salud, e invertir el fondo inevitablemente.

## (2) Fortalecimiento de servicios en el establecimiento de salud local

Es importante colaborar con el punto de vista profesional a los asuntos mencionados en el anterior artículo, como la proporción de la información de salud a la organización relacionada por parte de la comunidad, la participación a la actividad comunitaria, la evaluación del establecimiento, etc. En particular debe considerarse que el plan de mejoramiento de los recursos humanos e infraestructura de salud se trata a largo plazo, por esa razón, es necesario ingeniarse de proponer el plan alternativo como fortalecer los recursos humanos existentes con la capacitación y reforzar la instalación. En cuanto a la capacitación técnica a los recursos humanos del establecimiento de salud de 1er. nivel, es mejor que la institución orientadora sea el establecimiento de salud de 2do. nivel del destino de referencia del establecimiento que recibe la capacitación. En forma concreta, tomar la medida de planificar la capacitación de fortalecer los recursos humanos incluyendo el sector administrativo del establecimiento de 1er. nivel a través de la actividad de fortalecimiento del sistema de referencia y retorno entre los establecimientos de 1er. y 2do. nivel.

## (3) Fortalecimiento de la capacidad organizativa de la administración de salud en el nivel departamental y municipal

De acuerdo al lineamiento “Red municipal SAFCI”, se menciona que asigna un responsable de SAFCI en el municipio y esa persona sea el director del equipo de coordinación y tiene la función de coordinar con el SEDES y el nivel local. Este responsable además de poner presupuesto al plan elaborado por la comunidad y ejecutarlo, tiene la función de realizar la evaluación de monitoreo y realizar supervisión a la actividad general de la Red municipal SAFCI. También, tiene la función de establecer los criterios de la evaluación de monitoreo y supervisión, realizar informe al SEDES de acuerdo a los criterios establecidos y participar a la reunión sobre el grado de prioridad del plan comunitario en DILOS o/y SEDES. El equipo de coordinador de la Red municipal SAFCI requiere la capacidad de coordinación con la comunidad como el Comité local de salud, los establecimientos de salud de 1er. y 2do. nivel y el SEDES. El SEDES debe informar al MSyD después de analizar suficientemente la situación de las Redes municipales SAFCI bajo su jurisdicción. Se requiere la fuerza de organización que pueda revelar la capacidad de coordinación, análisis, supervisión y orientación técnica tanto para el nivel municipal como departamental.

## (4) Desarrollo y expansión de la nueva Red de servicios de salud comunitaria en nivel nacional

Hasta el momento se ha mencionado los temas individuales en el nivel regional, sin embargo se requiere fuerte capacidad de gestión y liderazgo del MSyD para el desarrollo en el nivel nacional de la Red municipal SAFCI que es la nueva Red de servicios de salud comunitaria. No hay mucha diferencia con la política durante los 20 años si sólo impulsa el sistema de seguro de salud enfocado a la salud materna e infantil. El MSyD además de tener la necesidad de monitorear suficientemente el resultado de la Red municipal SAFCI, elabora el lineamiento para fortalecer la salud comunitaria en forma práctica incluyendo los casos de éxito. En otro lado, es mejor presentar en el lineamiento los casos de la actividad con

participación comunitaria y el análisis del resultado de actividad a través de los servicios de salud desarrollados en cada localidad.

## 7.2 **Recomendaciones sobre el direccionamiento de apoyo hacia el sector de salud de Bolivia**

El Modelo FORSA (Capítulo 6) establecido en el departamento de Santa Cruz realizado por el apoyo de Japón tiene el mismo concepto básico con el Modelo SAFCI por tener un enfoque de fortalecer los servicios de salud con participación comunitaria.

Es mejor compartir con el MSyD los resultados concretos producidos por las experiencias y los resultados de cooperación japonesa en salud materna e infantil y fortalecimiento de red salud local durante muchos años, como el Modelo FORSA, el sistema de capacitación para el mejoramiento de calidad de servicio sobre los cuidados de obstetricia y neonatal y la estructuración del marco para el mejoramiento de la capacidad administrativa que sostiene a dichas actividades, y contribuir activamente a la elaboración del lineamiento en forma práctica para la construcción y el desarrollo de la Red municipal SAFCI.

### 7.2.1 **Programa de cooperación**

Proponer los siguientes como los programas de cooperación considerando los resultados del apoyo de Japón al sector de salud durante muchos años.

1. Programa de apoyo a la política SAFCI
2. Programa de apoyo para ejecución de la Red municipal SAFCI
3. Programa de análisis para las enfermedades no transmisibles
4. Programa de mejoramiento del sistema de formación de los recursos humanos de salud mediante la implementación del Modelo FORSA en la educación pregrado

#### (1) **Programa de apoyo a la política SAFCI**

Analizar nuevamente los resultados de los 4 departamentos que han desarrollado el Modelo FORSA para fortalecer los servicios de salud comunitaria apoyado por Japón desde 2001 y compartir el resultado con el MSyD junto con los productos de manuales, etc. desarrollados en el proyecto de JICA. Y profundizar el entendimiento sobre la necesidad de modificar el lineamiento para construir y desarrollar la Red municipal SAFCI en forma más práctica. Por otro lado, se tiene la necesidad de investigar y analizar la situación actual de la Red municipal SAFCI de todo el territorio nacional e incluir el resultado al lineamiento modificado. Además desarrollar un manual técnico con los puntos comunes a nivel nacional como el documento adjunto de dicho lineamiento.

#### (2) **Programa de apoyo para ejecución de la Red municipal SAFCI**

Los temas mencionados del sector de salud como “Reconstrucción de la Red de servicios de salud comunitaria”, “Fortalecimiento de los servicios del establecimiento de salud local” y “Fortalecimiento de capacidad organizativa de la salud administrativa en el nivel departamental y municipal” se necesitan desarrollar por región y al mismo tiempo tiene la posibilidad grande de aparecer el efecto sinérgico por

fusionar 3 temas como un proyecto. Determinar un departamento seleccionado de acuerdo a la necesidad, al mismo tiempo fusionar el Modelo FORSA al Modelo SAFCI utilizando las herramientas técnicas como los manuales desarrollados por JICA.

**(3) Programa de análisis para las enfermedades no transmisibles**

Sin duda, serán las enfermedades no transmisibles (ENT) el problema principal de salud en Bolivia de aquí en adelante. Será un esfuerzo clave en el sector de salud identificar la situación actual y la realidad de las medidas sobre las enfermedades no transmisibles y elaborar el plan a mediano y largo plazo utilizando la red de los 3 Institutos de gastroenterología y el Hospital Universitario Japonés que ha venido apoyando por JICA.

**(4) Programa de mejoramiento del sistema de formación de los recursos humanos de salud a través de la implementación del Modelo FORSA en la educación de pregrado**

Posicionar el Modelo FORSA como parte del Modelo SAFCI después de consultar al MSyD y trabajar para el mejoramiento curricular en las escuelas técnicas de salud, etc. para impulsar la formación de los recursos humanos de salud que tienen el conocimiento de dicho modelo.

## **Documento adjunto**

**Adjunto 1 : Indicadores principales en el sector de salud**

**Adjunto 2 : Lista de Bibliografía**

## Adjunto 1: Indicadores principales en el sector de salud (Estado plurinacional de Bolivia)

Estado plurinacional de Bolivia				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
0 General Information	0.1 Demography	0.1.01	Population, total		WDI	6,658,462	8,307,248	9,929,000	2010	582,551,688	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.02	Population growth (annual %)		WDI	2.3	2.1	1.6	2010	1.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.03	Life expectancy at birth, total (years)		WDI	58.8	63.0	66.3	2010	74.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.04	Birth rate, crude (per 1,000 people)		WDI	36.4	31.5	26.5	2010	18.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.05	Death rate, crude (per 1,000 people)		WDI	10.6	8.5	7.3	2010	5.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.1.06	Urban population (% of total)		WDI	55.6	61.8	66.5	2010	79.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	0.2 Economic · Development Condition	0.2.01	GNI per capita, Atlas method (current US\$)		WDI	740	1,000	1,810	2010	7,741.0	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.02	GNI growth (annual %)		WDI	5.0	2.2	3.4	2010	6.4	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.03	Total enrollment, primary (% net)	2.1	WDI		96.2	95.5	2007	95.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.04	Ratio of female to male primary enrollment (%)	3.1	WDI	93.0	98.6	98.9	2009	96.7	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.05	Literacy rate, adult total (% of people ages 15 and above)		WDI			90.7	2008	91.1	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		0.2.06	Human Development Index		HDR	0.39	0.65	0.66	2011	0.73	(2011)	Latin America & Caribbean
		0.2.07	Human Development Index (rank)		HDR	109 / 160	114 / 173	108 / 187	2011			
0.3 Water and Sanitation	0.3.01	Improved water source (% of population with access)	7.8	HNP Stats	70	80	88	2010	94.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	0.3.02	Improved sanitation facilities (% of population with access)	7.9	HNP Stats	18	22	27	2010	78.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
1 Health Status of People	1.1 Mortality and Morbidity	1.1.01	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Communicable		GHO			253	2008	72	(2008)	Americas
		1.1.02	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Noncommunicable		GHO			644	2008	455	(2008)	Americas
		1.1.03	Age-standardized mortality rate by cause (per 100,000 population) - Injuries		GHO			64	2008	63	(2008)	Americas
		1.1.04	Cause of death, by communicable diseases and maternal, prenatal and nutrition conditions (% of total)		HNP Stats			35.3	2008	16.4	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.05	Cause of death, by non-communicable diseases (% of total)		HNP Stats			56.9	2008	72.0	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.06	Cause of death, by injury (% of total)		HNP Stats			7.8	2008	11.6	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.1.07	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Communicable		GHO			55	2008	20	(2008)	Americas
		1.1.08	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Noncommunicable		GHO			34	2008	59	(2008)	Americas
		1.1.09	Distribution of years of life lost by broader causes (%) - Injuries		GHO			11	2008	21	(2008)	Americas
	1.2 Maternal and Child Health	1.2.01	Maternal mortality ratio (modeled estimate, per 100,000 live births)	5.1	MDGs	510	300	180	2008	85.5	(2008)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.02	Adolescent fertility rate (births per 1,000 women ages 15-19)	5.4	MDGs		85.4	76.1	2010	71.9	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.03	Mortality rate, under-5 (per 1,000)	4.1	MDGs	120.8	82.2	54.2	2010	23.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.04	Mortality rate, infant (per 1,000 live births)	4.2	MDGs	83.5	60.0	41.7	2010	18.1	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.05	Low-birthweight babies (% of births)		HNP Stats			6.3	2008	8.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.2.06	Fertility rate, total (birth per woman)		HNP Stats	4.9	4.1	3.3	2010	2.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	1.3 Infectious Diseases	1.3.01	a) Prevalence of HIV, male (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009			
			b) Prevalence of HIV, female (% ages 15-24)	6.1	MDGs			0.1	2009			
		1.3.02	Notified cases of malaria per 100,000 population	6.6	MDGs Database			365	2008			
		1.3.03	a) Malaria death rate per 100,000 population, all ages	6.6	MDGs Database			0	2008	1	(2009)	Latin America and the Caribbean
			b) Malaria death rate per 100,000 population, ages 0-4	6.6	MDGs Database			0	2008	3	(2009)	Latin America and the Caribbean
		1.3.04	Tuberculosis prevalence rate per 100,000 population (mid-point)	6.9	MDGs Database	390.0	281.0	209.0	2009	58	(2009)	Latin America and the Caribbean
		1.3.05	Incidence of tuberculosis (per 100,000 people)	6.9	MDGs	251	184	135	2010	43	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.06	Tuberculosis death rate (per 100,000 people)	6.9	MDGs	36	26	20	2010	3.3	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.07	Prevalence of HIV, total (% of population ages 15-49)		HNP Stats	0.1	0.2	0.2	2009	0.5	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)
		1.3.08	AIDS estimated deaths (UNAIDS estimates)		HNP Stats	200	1,000	1,000	2009			
	1.3.09	HIV incidence rate, 15-49 years old, percentage (mid-point)		MDGs Database								
	1.3.10	Partial Prioritization Score by the Global Fund (HIV)		GF			7	2012				
		Partial Prioritization Score by the Global Fund (Malaria)		GF			5	2012				
		Partial Prioritization Score by the Global Fund (TB)		GF			7	2012				
1.4 Nutrition	1.4.01	Prevalence of wasting (% of children under 5)		HNP Stats			1.4	2008				
2 Service Delivery	2.1 Maternal and Child Health	2.1.01	Births attended by skilled health personnel, percentage	5.2	MDGs Database		68.8	71.1	2008	88.0	(2009)	Latin America and the Caribbean
		2.1.02	Birth by caesarian section		GHO			18.6	2008	35.2	(2011)	Americas
		2.1.03	Contraceptive prevalence (% of women ages 15-49)	5.3	MDGs		53.4	60.6	2008	74.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.04	Pregnant women receiving prenatal care (%)	5.5	HNP Stats		82.6	85.8	2008	96.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.05	Pregnant women receiving prenatal care of at least four visits (% of pregnant women)	5.5	HNP Stats		48.0	72.1	2008	88.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		2.1.06	Unmet need for family planning, total, percentage	5.6	MDGs Database			20.2	2008	9.9	(2008)	Latin America and the Caribbean
		2.1.07	1-year-old children immunized against: Measles	4.3	Childinfo	53	84	79	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.08	1-year-old children immunized against: Tuberculosis		Childinfo	65	92	90	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.09	a) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received their first dose of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	66	92	87	2010	96	(2010)	Latin America and Caribbean
			b) 1-year-old children immunized against: DPT (percentage of infants who received three doses of diphtheria, pertussis and tetanus vaccine)		Childinfo	41	75	80	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
		2.1.10	1-year-old children immunized against: Polio		Childinfo	50	74	80	2010	93	(2010)	Latin America and Caribbean
2.1.11	Percentage of infants who received three doses of hepatitis B vaccine		Childinfo		77	80	2010	90	(2010)	Latin America and Caribbean		

## Adjunto 1: Indicadores principales en el sector de salud (Estado plurinacional de Bolivia)

Estado plurinacional de Bolivia				MDGs	Sources	1990	2000	Latest	Latest year	Latest in Region	(Latest year)	Region
2.2 Infectious Diseases	2.2.01	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), male	6.2	MDGs				35.9	2003			
	2.2.02	Condom use with non regular partner, % adults (15-49), female	6.2	MDGs				19.1	2003			
	2.2.03	Men 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database				27.7	2008			
	2.2.04	Women 15-24 years old with comprehensive correct knowledge of HIV/AIDS, percentage	6.3	MDGs Database			21.6	24.3	2008			
	2.2.05	Ratio of school attendance of orphans to school attendance of non-orphans aged 10-14 years	6.4	MDGs Database				0.74	2003			
	2.2.06	Use of insecticide-treated bed nets (% of under-5 population)	6.7	HNP Stats								
	2.2.07	Children under 5 with fever being treated with anti-malarial drugs, percentage	6.8	MDGs Database								
	2.2.08	Tuberculosis treatment success rate under DOTS, percentage	6.10	MDGs Database		79		84	2008	77	(2008)	Latin America and the
	2.2.09	Antiretroviral therapy coverage (% of people with advanced HIV infection)	6.5	MDGs				19.0	2009			
	2.2.10	People aged 15 years and over who received HIV testing and counselling, estimated number per 1,000 adult population		GHO				55.2	2010			
	2.2.11	Testing and counselling facilities, estimated number per 100,000 adult population		GHO				6.1	2010			
	2.2.12	Pregnant women tested for HIV, estimated coverage (%)		GHO				50	2010			
	2.2.13	Percentage of HIV-infected pregnant women who received antiretroviral drugs to reduce the risk for mother-to-child transmission (Mid point)	6.5	MDGs Database								
	2.2.14	Tuberculosis case detection rate (all forms)		HNP Stats	67.0	66.0	62.0	2010	80	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)	
	2.2.15	Tuberculosis treatment success rate (% of registered cases)	6.10	MDGs		79.0	86.0	2009	77	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)	
2.3 Nutrition	2.3.01	Vitamin A supplementation coverage rate (% of children ages 6-59 months)		HNP Stats			24.0	2010			Latin America & Caribbean (developing only)	
	2.3.02	Consumption of iodized salt (% of households)		HNP Stats			88.8	2008	84.2	(2000)	Latin America & Caribbean (developing only)	
2.4 Quality and Coverage	2.4.01	Estimate of health formal coverage		ILO			66.9		46.7		Countries of high vulnerability	
	2.4.02	Population not covered (%) due to financial resources deficit		ILO			59.3		61.1		Countries of high vulnerability	
	2.4.03	Population not covered (%) due to professional health staff deficit		ILO			24.0		43.2		Countries of high vulnerability	
3 Health System	3.1 Human Resources	3.1.01	Physicians (per 1,000 people)		HNP Stats	0.5		1.2	2001	1.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.1.02	Midwives (per 1,000 people)		HNP Stats			0.01	2002			
		3.1.03	Nurses (per 1,000 people)		HNP Stats			2.1	2001			
		3.1.04	Dentistry personnel density (per 10,000 population)		GHO			7.1	2001	12	(2005)	Americas
		3.1.05	Density of pharmaceutical personnel (per 10,000 population)		GHO			5.5	2001	6.9	(2005)	Americas
	3.2 Health Financing	3.2.01	Health expenditure, total (% of GDP)		HNP Stats		6.1	4.8	2010	7.7	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.02	Health expenditure, public (% of total health expenditure)		HNP Stats		60.1	62.8	2010	50.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.03	Health expenditure, private (% of total health expenditure)		HNP Stats		39.9	37.2	2010	49.8	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.04	Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)		HNP Stats		81.6	77.2	2010	74.5	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.05	Health expenditure, public (% of government expenditure)		HNP Stats		9.8	7.3	2010	9.0	(2004)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.06	External resources for health (% of total expenditure on health)		HNP Stats		6.0	5.3	2010	0.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
		3.2.07	Social security expenditure on health as a percentage of general government expenditure on health		GHO			60.5	2009	72	(2009)	Americas
		3.2.08	a) Health expenditure per capita (current US\$)		HNP Stats		61.3	96.5	2010	670.2	(2010)	Latin America & Caribbean (developing only)
	b) Per capita total expenditure on health (PPP int. \$)		GHO		180	225	2009	3,346	(2009)	Americas		
3.2.09	Per capita government expenditure on health at average exchange rate (US\$)		GHO		37.0	58	2009	1,566	(2009)	Americas		
3.3 Facilities, Equipments and Supplies	3.3.01	a) Median availability of selected generic medicines (%) - Public		GHO			31.9	2008				
		b) Median availability of selected generic medicines (%) - Private		GHO			86.7	2008				
	3.3.02	a) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public		GHO			3.5	2008				
		b) Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private		GHO			4.5	2008				
3.3.03	Hospital beds (per 1,000 population)		HNP Stats	1.3		1.1	2009	1.9	(2009)	Latin America & Caribbean (developing only)		

WDI: World Development Indicators & Global Development Finance (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

HDR: Human Development Reports (<http://hdr.undp.org/>) (Accessed 07/2012)

HNP Stats: Health Nutrition and Population Statistics (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

GF: Global Fund eligibility list for 2012 funding channels, the Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (<http://www.theglobalfund.org/en/application/applying/ecfp/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Country Statistics (<http://www.who.int/gho/countries/en/>) (Accessed 07/2012)

GHO: Global Health Observatory Repository (<http://apps.who.int/ghodata/>) (Accessed 07/2012)

MDGs: Millennium Development Goals (<http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>) (Accessed 07/2012)

MDG database: Millennium Development Goals Indicators (<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/>) (Accessed 07/2012). Regional data is available on The Millennium Development Goals Report Statistical Annex 2011 (United Nations).

Childinfo: Childinfo UNICEF (<http://www.childinfo.org/>) (Accessed 07/2012)

ILO: World Social Security Report 2010/11: Providing coverage in times of crisis and beyond. International Labour Office Geneva: ILO 2010.

1.3.10 Partial Prioritization Score is composed of the income level score for the country and the disease burden score for the particular disease in the country. The minimum score is 3 and the maximum score is 12.

2.4.01 Estimate of health formal coverage is indicated as percentage of population covered by state, social, private, company-based, trade union, mutual and other health insurance scheme.

2.4.02 Population not covered (%) due to financial resources deficit (based on median value in low-vulnerability group of countries) uses the relative difference between the national health expenditure in international \$ PPP (excluding out-of-pocket) and the median density observed in the country group with low levels of vulnerability as a benchmark for developing countries. The rate can be calculated using the following formula:

Per capita health expenditure not financed by private households' out-of-pocket payments (PPP in int. \$) [A]

Population (in thousands) total [B]

Total health expenditure not financed by out of pocket in int. \$ PPP (thousands) [C = A x B]

Population covered by total health expenditure not financed by out-of-pocket if applying Benchmark\* (thousands) [D = C ÷ Benchmark]\*\*

Percentage of the population not covered due to financial resources deficit (%) [F = (B - D) ÷ B x 100]

\*Benchmark: Total health expenditure not financed by out-of-pocket per capita = 350 international \$ PPP.

\*\*This formula was partially modified from the original in the source to suit an actual calculation.

2.4.03 Population not covered (%) due to professional health staff deficit uses as a proxy the relative difference between the density of health professionals in a given countries and its median value in countries with a low level of vulnerability. The rate can be calculated using the following formula:

Total of health professional staff [A = B + C]

Number of nursing and midwifery personnel [B]

Number of physicians [C]

Total population (in thousands) [D]

Number of health professional per 10,000 persons [F = A ÷ D x 10]

Total population covered if applying Benchmark\* (thousands) [E = A ÷ Benchmark x 10]

Percentage of total population not covered due to health professional staff deficit [G = (D - E) ÷ D x 100]

Benchmark: 40 professional health staff per 10,000 persons.

## Adjunto 2 : Lista de Bibliografía (Estado plurinacional de Bolivia)

	TÍTULO	AUTOR	URL	AÑO
1	World Development Indicators (WDI) and the Global Development Finance (GDF) databases	World Bank	<a href="http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&amp;id=4&amp;DisplayAggregation=N&amp;SdmxSupported=Y&amp;CNO=2&amp;SET_BRANDING=YES">http://databank.worldbank.org/ddp/home.do?Step=2&amp;id=4&amp;DisplayAggregation=N&amp;SdmxSupported=Y&amp;CNO=2&amp;SET_BRANDING=YES</a>	2012
2	Human Development Report	UNDP	<a href="http://hdr.undp.org/en/">http://hdr.undp.org/en/</a>	2011
3	Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010	Ministerio de Planificación de Desarrollo		
4	Plan Nacional de Desarrollo	Ministerio de Planificación y Desarrollo		
5	Plan de Desarrollo Sectorial	MSD		
6	Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020	MSD		2010
7	World Health Statistics	WHO		2011
8	Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia, Boletín Epidemiológico, Vol. 23 No. 2, junio	PAHO/WHO, MSD		2002
9	Sexto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia, 2010	(CIMDM) Interinstitucional de las Metas Desarrollo del Milenio Comité		2010
10	Encuesta Nacional de Demografía y Salud	INE		2008
11	Plan Estratégico Nacional para Mejorar La Salud Materna Perinatal y Neonatal en Bolivia 2009-2015	MSD		
12	Global Fund eligibility list for 2012 funding channels	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	<a href="http://www.theglobalfund.org/en/">http://www.theglobalfund.org/en/</a>	2012
13	Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS, Bolivia, 2008 Update	UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI		2008
14	Tuberculosis Country Profiles. Bolivia	WHO	<a href="http://who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html">http://who.int/tb/country/data/profiles/en/index.html</a>	2012
15	World Malaria Report 2011	WHO	<a href="http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/">http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2011/en/</a>	2011
16	Programa de Malaria	MSD		2009
17	Programa de Chagas, Bolivia	PAHO	<a href="http://www.ops.org.bo/chagas/programanacional.htm">http://www.ops.org.bo/chagas/programanacional.htm</a>	
18	Programa de Dengue	MSD		2009
19	NCD Country Profiles, Bolivia	WHO	<a href="http://www.scribd.com/doc/83280635/18/Bolivia-Plurinational-State-of">http://www.scribd.com/doc/83280635/18/Bolivia-Plurinational-State-of</a>	2011
20	Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural –Red Municipal SAFCI- y Red de Servicios	MSD		2008
21	Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel	MSD		
22	Anuario Estadístico en Salud	MSD		2009
23	Encuesta Continua de Hogares MECOVI		<a href="http://www.ine.gob.bo/anda/ddibrowser/?id=49#dataprocessing">http://www.ine.gob.bo/anda/ddibrowser/?id=49#dataprocessing</a>	2002
24	Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)	INE		2003
25	Plan Estratégico Nacional de Salud	MINSAL		2009

## Adjunto 2 : Lista de Bibliografía (Estado plurinacional de Bolivia)

	TÍTULO	AUTOR	URL	AÑO
	Sexual y Reductiva 2009-2015			
26	National Tuberculosis Control Program, Bolivia. Development Strategies That Work	United Nations, Economic and Social Council	<a href="http://webapps01.un.org/nvp/indpoli cy.action?id=1302">http://webapps01.un.org/nvp/indpoli cy.action?id=1302</a>	2009
27	El Programa Desnutrición Cero del Sector Salud y AIEPI-Nut	PAHO	<a href="http://www.ops.org.bo/areas/salud-ni nez/?TE=20070702000003">http://www.ops.org.bo/areas/salud-ni nez/?TE=20070702000003</a>	
28	Página de web. del Ministerio de Salud y Deportes	MSD	<a href="http://www.sns.gob.bo/index.php?ID =Inicio">http://www.sns.gob.bo/index.php?ID =Inicio</a> .	2012
29	Estructura Organica	MSD	<a href="http://www.sns.gob.bo/index.php?ID =Estructura">http://www.sns.gob.bo/index.php?ID =Estructura</a>	
30	Manual de Evaluación y Acreditación de Establecimiento de Salud de Segundo Nivel de Atención	MSD		2008
31	Estado del Ministerio de Salud y Deportes, durante la gestión 2005-2008	MSD		
32	Perfil de los Sistemas de Salud, Bolivia	PAHO		2007
33	Health Nutrition and Population Statistics	World Bank	<a href="http://databank.worldbank.org/ddp/h ome.do">http://databank.worldbank.org/ddp/h ome.do</a>	2012
34	Informe Sector Salud	CIDA		2011
35	Country Health Profile, Bolivia	PAHO/WHO	<a href="http://www.paho.org/english/sha/prfl bol.htm">http://www.paho.org/english/sha/prfl bol.htm</a>	
36	Organización y Funcionamiento de las Cajas de Salud en Bolivia	Centro de Estudios de Estado y Sociedad		2002
37	Página de web. del Ministerio de Salud y Deportes	MSD	<a href="http://www.sns.gob.bo/index.php?ID =Inicio">http://www.sns.gob.bo/index.php?ID =Inicio</a>	
38	Health Research Web		<a href="http://www.healthresearchweb.org/en /bolivia/institution">http://www.healthresearchweb.org/en /bolivia/institution</a>	2012
39	GruS		<a href="http://www.grus.org.bo/">http://www.grus.org.bo/</a>	
40	ALBA		<a href="http://www.cubaminrex.cu/ALBA/in icio.html">http://www.cubaminrex.cu/ALBA/in icio.html</a>	
41	The World Bank	The World Bank	<a href="http://www.worldbank.org/">http://www.worldbank.org/</a>	2012
42	BID		<a href="http://www.iadb.org/es/banco-intera mericano-de-desarrollo,2837.html">http://www.iadb.org/es/banco-intera mericano-de-desarrollo,2837.html</a>	2012
43	Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2003-2007 Evaluación de Mitad de Período.	PAHO		
44	Country Profile, Bolivia	UNICEF		
45	CIDA		<a href="http://www.acdi-cida.gc.ca/home">http://www.acdi-cida.gc.ca/home</a>	2012
46	USAID		<a href="http://www.usaid.gov/locations/latin _america_caribbean">http://www.usaid.gov/locations/latin _america_caribbean</a>	2012
47	Cooperación Bolivia Bélgica	Agencia Belga de Cooperación		2010
48	AECID		<a href="http://www.aecid.es/es/">http://www.aecid.es/es/</a>	
49	Japan's ODA: Country Data Book 2011, Bolivia 【en japonés】	Ministry of Foreign Affairs of Japan	<a href="http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/o da/seisaku/enjyo/pdfs/bolivia_0904. pdf">http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/o da/seisaku/enjyo/pdfs/bolivia_0904. pdf</a>	
50	Introduction of JICA projects in the health sector	JICA		
51	Lineamiento de la cooperación japonesa para Bolivia 2009 【en japonés】	Ministerio de Asuntos Exteriores de Japón		2012
52	Situación de Salud, Bolivia	MSD		2004