

ESTRATEGIA DE
cooperación
DE PAÍS

ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA

OPS/OMS
2023-2027



OPS

Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud



ESTRATEGIA DE
cooperación
DE PAÍS

ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA

OPS/OMS
2023-2027



PREFACIOS

PREFACIO DE LA
Representante
DE LA OPS Y OMS EN BOLIVIA



La cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud está presente en Bolivia desde hace 66 años. En su esfuerzo por mantener su labor orientado a las necesidades en salud del país, estratégica y eficiente, cada determinado tiempo realiza un ejercicio conjunto de identificación de prioridades para la cooperación técnica de la Organización.

Presentamos la Estrategia de Cooperación de País del Estado Plurinacional de Bolivia 2023-2027 (ECP), la cual busca apoyar al fortalecimiento del Sistema Único de Salud, universal y gratuito, para que cada boliviano pueda ejercer su derecho constitucional y lograr tener una mejor salud, en el contexto de post pandemia COVID-19 .

La ECP del Estado Plurinacional de Bolivia responde a los ejes del Plan de Desarrollo Económico y Social del Estado y a los Lineamientos Estratégicos del Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, e identifica un conjunto de cinco prioridades

acordadas para la colaboración de la Organización, cubriendo aquellas áreas donde tenemos una ventaja comparativa para asegurar el impacto en la salud.

La Estrategia de Cooperación de País tiene como sombilla los marcos de planificación estratégica institucionales de la Organización partiendo de la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030, el Decimotercer Programa General de Trabajo de la Organización Mundial de la Salud, la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y el Plan estratégico de la OPS 2020-2025. Asimismo, considera las prioridades estratégicas del Marco de Complementariedad 2023-2027 del Sistema de Naciones Unidas en Bolivia.

Reafirmamos el compromiso de la Organización de continuar apoyando a Bolivia para mejorar y proteger la salud de su población, enfocando el trabajo en estas prioridades estratégicas. Estamos seguros de que la implementación de esta Estrategia de Cooperación de País mejorará la salud de todos los bolivianos, sin dejar a nadie atrás.

DRA. ALMA FABIOLA MORALES SALINAS
Representante

Organización Panamericana de la Salud
y de la Organización Mundial de la Salud
ante el Estado Plurinacional de Bolivia

PREFACIO DE LA
Ministra
 DE SALUD Y DEPORTES DEL ESTADO
 PLURINACIONAL DE BOLIVIA



El Estado Plurinacional de Bolivia tiene el fuerte compromiso de continuar la construcción y consolidación del Sistema Único de Salud, universal y gratuito, con el objetivo de generar todas las capacidades posibles para implementar un enfoque prioritariamente preventivo, integral y holístico, que permita prevenir o minimizar el impacto de epidemias y futuras pandemias, generando un equilibrio sostenible entre la salud humana, salud animal y el medio ambiente, con un enfoque colaborativo, multidisciplinario y multisectorial. Así como también, de manera integral, continuar el mejoramiento del acceso a los servicios de salud, con calidad y calidez.

El presente documento “Estrategia de Cooperación País” de la OPS establece cinco prioridades estratégicas de trabajo que acompañan las estrategias que el Ministerio de Salud y Deportes busca fortalecer en los diferentes programas nacionales. Tiene por objetivo dar continuidad al apoyo técnico que viene realizando la OPS al país, enmarcado en las normas nacionales, respetando la rectoría del nivel central y coadyuvando a que los lineamientos estatales sean de cumplimiento en todo el territorio nacional, para así reducir las brechas en salud.

LIC. MARÍA RENÉE CASTRO CUSICANQUI

Ministra
 Ministerio de Salud y Deportes
 Estado Plurinacional de Bolivia

CONTENIDO

Prefacio de la Representante de la OPS y OMS en Bolivia	4
Prefacio de la Ministra de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia	6
Acrónimos	11
Resumen Ejecutivo	13
1. Introducción	17
2. Situación de Salud y Desarrollo	21
2.1. Contexto demográfico, económico y social	22
2.2. Estado de salud	26
2.2.1. Enfermedades Transmisibles	32
2.2.2. Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental	37
2.2.3. Salud ocupacional	40
2.2.4. Emergencias y desastres por el cambio climático y otras causas	41
2.2.5. Situación con relación a la pandemia de COVID 19	42
2.2.6. Situación de equidad género y derechos	44
2.3. Sistema de Salud	46
2.4. Servicios de Salud	50
2.4.1. Sistema de Información	52
2.4.2. Recursos Humanos en Salud	53
2.5. Análisis de los Marcos de Planificación Estratégica Nacionales	54
3. Revisión de la cooperación previa de la OPS/OMS en Bolivia	59
4. Análisis del entorno de asociaciones y relacionamiento estratégico	65
5. Identificación de Prioridades Estratégicas para la Cooperación Técnica	69
6. Implicaciones para la OPS/OMS en la implementación de la ECP-Bolivia 2023-2027	77
6.1. Implicaciones para el nivel de país	78
6.2. Implicaciones para el nivel subregional	78
6.3. Implicaciones para el nivel regional	79
6.4. Implicaciones para el nivel global	79
7. Monitoreo y evaluación de la ECP	81
Referencias Bibliográficas	84

ACRÓNIMOS

ALBA:	Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América	ORAS-CONHU:	Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue
ASSA:	Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030	OTCA:	Organización del Tratado de Cooperación Amazónica
CPE:	Constitución Política del Estado	PDES:	Plan de Desarrollo Económico y Social
CPN:	Control Prenatal	PE OPS:	Plan Estratégico de la OPS
CVSP:	Campus Virtual de Salud Pública	PGDES-AP:	Plan General de Desarrollo Económico y Social – Agenda Patriótica 2025
DM:	Diabetes Mellitus	PIB:	Producto Interno Bruto
ECP:	Estrategia de Cooperación de País	PGT:	Plan General de Trabajo
EDA:	Enfermedad Diarreica Aguda	PSDI-S:	Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud
ENT:	Enfermedad No Transmisible	PTB:	Plan de Trabajo Bienal
ETAs:	Entidades Territoriales Autónomas	RHUS:	Recursos Humanos de la Salud
FMI:	Fondo Monetario Internacional	RNVE:	Registro Nominal de Vacunación Electrónico
FODA:	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas	RUES:	Registro Único de Establecimientos de Salud
GAD:	Gobierno Autónomo Departamental	RSI:	Reglamento Sanitario Internacional
GAIOC:	Gobiernos Autónomos Indígenas Originarios Campesinos	SAFCI:	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
GAM:	Gobierno Autónomo Municipal	SALMI:	Subsistema de Administración Logística para Medicamentos e Insumos
GruS Salud:	Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia en Salud	SAM:	Programa Subregional para América del Sur
IDH:	Índice de Desarrollo Humano	SEDES:	Servicio Departamental de Salud
INE:	Instituto Nacional de Estadística	SICE:	Sistema de Información Integrado de Clínico Estadístico
INSO:	Instituto Nacional de Salud Ocupacional	SNIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
IPA:	Índice Parasitario Anual	SNU:	Sistema de Naciones Unidas
IRA:	Infección Respiratoria Aguda	SOAP:	Software de Atención Primaria en Salud
IRAG:	Infección Respiratoria Aguda Grave	SSCP:	Seguridad Social de Corto Plazo
ITU:	Infección del Tracto Urinario y Cistitis	SSyR:	Salud Sexual y Reproductiva
ITS:	Infección de Transmisión Sexual	SUS:	Sistema Universal de Salud
MERCOSUR:	Mercado Común del Sur	UNSDCF:	United Nations Sustainable Development Cooperation Framework
MPPE:	Mortalidad Prematura Potencialmente Evitable		
MSyD:	Ministerio de Salud y Deportes		
ODS:	Objetivos de Desarrollo Sostenible		
OMS:	Organización Mundial de la Salud		
ONG:	Organización No Gubernamental		
OPS:	Organización Panamericana de la Salud		

RESUMEN *Ejecutivo*



RESUMEN *Ejecutivo*

La Estrategia de Cooperación de País (ECP) es la orientación estratégica a mediano plazo que guía la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el Estado Plurinacional de Bolivia sobre el periodo 2023-2027 en apoyo a las políticas, estrategias y planes nacionales de salud; responde también a los mandatos globales y regionales de la OPS/OMS que buscan reducir las grandes brechas de acceso a la salud.

El perfil actual de salud de la población del Estado Plurinacional de Bolivia muestra un aumento de enfermedades crónicas no transmisibles; y la pandemia de COVID-19, además de relevar la necesidad de atender a este tipo de enfermedades, tuvo repercusiones sanitarias, socioeconómicas, políticas y culturales que afectaron los indicadores de salud de la población en cuanto a tasa de mortalidad, coberturas vacunales, salud sexual y reproductiva, etc. De esta manera - en el marco de la Constitución Política del Estado (CPE) y de las normativas sanitarias vigentes - la ECP busca ampliar y catalizar los esfuerzos conjuntos para recuperar, hacer más fuerte y resiliente el Sistema Único de Salud (SUS), universal y gratuito, y responder a las prioridades nacionales, regionales y globales en salud; y, a los efectos e impactos de la pandemia de COVID-19.

La ECP es una oportunidad para fortalecer compromisos y alianzas para enfrentar los desafíos existentes en el campo de la salud pública en Bolivia con el apoyo de la cooperación técnica de la OPS/OMS y de otros actores clave, mediante una coordinación efectiva que requiere implementar iniciativas intersectoriales exitosas. La ECP se realizó siguiendo una metodología rigurosa, que incluyó sesiones de consulta con amplios grupos de actores en el país, así como la revisión de documentos de referencia nacional y regional tanto de Bolivia como de la OPS/OMS.

La ECP presenta el análisis de la situación de salud en Bolivia, a través de datos demográficos, económicos y sociales que son determinantes estructurales de la salud. Este capítulo describe también el sistema de salud y estado de salud, como las tendencias de los problemas de salud de las enfermedades transmisibles y no transmisibles, las emergencias y desastres, la situación con relación a la pandemia de COVID-19, la situación de equidad, género y derechos y, finalmente, analiza las prioridades de la agenda nacional de salud y desarrollo.

Otro capítulo, hace un examen de las líneas de cooperación técnica de la OPS/OMS más relevantes entre los periodos 2018 y 2021.

Luego la ECP analiza el entorno de asociaciones y alianzas e identifica oportunidades de diálogo y cooperación técnica en salud con sus diferentes actores clave para favorecer la implementación coordinada de las políticas y programas principales del Ministerio de Salud y Deportes (MSyD).

El siguiente capítulo define el programa estratégico para la cooperación técnica de la OPS/OMS 2023-2027, a partir de las siguientes cinco prioridades estratégicas y 18 áreas de enfoque que fueron identificadas participativamente con los actores clave y avaladas por el MSyD:

1. Fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través del curso de vida considerando los determinantes de la salud con enfoque intercultural, de género y de derechos.
2. Contribuir al desarrollo de un Sistema Único de Salud (SUS) resiliente y basado en la Atención Primaria de Salud con énfasis en el desarrollo de la política de Salud Familiar Comunitaria e intercultural (SAFCI), garantizando gratuidad y equidad en el acceso.
3. Fortalecer el acceso a los servicios de salud de calidad, integrados e integrales que respondan a las necesidades de salud centrados en la persona, familia y comunidad, basados en la

política SAFCI e incorporando los enfoques de derechos, género e interculturalidad.

4. Fortalecer la capacidad de preparación, respuesta y recuperación temprana del sistema de salud ante las emergencias sanitarias y desastres con participación de la comunidad.
5. Fortalecer la capacidad del país para avanzar hacia la eliminación de enfermedades transmisibles y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).

Otro capítulo presenta las implicaciones para la OPS/OMS de la implementación multi nivel de la ECP Bolivia y hace énfasis sobre las alianzas bilaterales y la cooperación Sur-Sur y triangular, así como la cooperación multilateral y regional, junto con procesos dinámicos de integración, para alcanzar objetivos comunes y superar las inequidades en salud.

Finalmente, se describen los mecanismos de monitoreo y evaluación de la ECP que deberá ser continuamente revisada y actualizada para garantizar la sinergia entre las prioridades del país y las de la Organización, además de permitir su adaptación a los nuevos escenarios nacionales de salud y cumplir con los mandatos de la OPS/OMS.



1.
Introducción

1. Introducción

La ECP guía a mediano plazo el trabajo de la OPS/OMS en y con el Estado Plurinacional de Bolivia - en el contexto de las prioridades nacionales de salud y de los compromisos regionales y globales- y busca también lograr alianzas y complementariedad entre las agencias del Sistema de Naciones Unidas (SNU) y otros socios para el desarrollo.

La ECP tiene como propósito constituirse en una interface entre las prioridades de salud de Bolivia y la visión a mediano plazo de la OPS y la OMS, como están definidas en el Plan Estratégico de la OPS (PE OPS) 2020-2025, en el Decimotercer Programa General de Trabajo (PGT) 2019-2023 de la OMS y en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA).

La ECP es una herramienta que contribuye a orientar el programa y presupuesto asignado en el marco de prioridades de cooperación técnica y que se implementa a partir de sus Planes de Trabajo Bianuales (PTB). Se trata de un instrumento de planificación y movilización de recursos que complementa los recursos regulares de la Organización, con el fin de brindar una cooperación técnica eficiente a un país prioritario como Bolivia.

El ejercicio de elaboración de la ECP estuvo enmarcado en las pautas de la nueva "Guía para la Formulación de la Estrategia de Cooperación con el País de la OMS" y del documento de "Orientaciones de la OPS para el uso de la Guía ECP 2020 de la OMS" que privilegia la apropiación del proceso por los gobiernos y el apoyo al logro de los compromisos internacionales en salud, incluyendo la contribu-

ción a la agenda global de salud y al logro de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Adicionalmente, la ECP Bolivia 2023 – 2027 es un insumo clave para los posteriores ejercicios de planificación bienal (PTB) y seguimiento a la cadena de resultados del PGT, al PE OPS y a las resoluciones y mandatos de los Cuerpos Directivos de la Organización. Asimismo, la ECP busca también armonizar la cooperación técnica de la OPS/OMS con el Marco de Complementariedad 2023-2027 del SNU (UNSDCF) que contribuye a la Prioridad estratégica No. 1: Igualdad y bienestar de las personas.

Desde mediados del año 2022, la Oficina de la Representación de la OPS/OMS en Bolivia está construyendo su ECP con y en el país de manera participativa. Todo el proceso fue liderado por la Representación de la OPS/OMS con el apoyo y participación plena del equipo de país, apoyado por la oficina regional en todas las etapas, culminando con la preparación y presentación del documento de la ECP Bolivia.

Acorde a las metodologías de preparación de ECPs de la OMS y OPS, la fase 4 de Elaboración de la ECP comprendió un proceso de consulta nacional sobre los logros y prioridades para la cooperación técnica de la OPS/OMS en Bolivia. Esta fase se llevó a cabo durante el mes de febrero a través de consultas participativas con las instituciones y socios claves en el país, agrupados según sus mandatos y roles: Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSyD), sus Vice ministerios, Direcciones y Programas de Salud; Gobiernos Autónomos Departamentales, Servicios Departamentales de Salud y Gobiernos

Autónomos Municipales; Cajas de Salud; Universidades y otras instituciones académicas; Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia en Salud (GruS Salud); representantes de agencias de Naciones Unidas y otros socios para el desarrollo que trabajan para metas de salud relacionadas con los ODS; Organizaciones sociales y Organizaciones No Gubernamentales (ONGs); y otros Ministerios y entidades de la Asamblea Legislativa Plurinacional que tienen un rol clave para el sector de la salud. El MSyD, a través de la Dirección General de Planificación, acompañó todo el proceso de consulta.

El resultado de este proceso de consulta es un conjunto de prioridades estratégicas y áreas de enfoque alineadas a los preceptos constitucionales expresados en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia de 2009, el Plan General de Desarrollo Económico y Social - Agenda Patriótica 2025 (PGDES-AP), el Plan de Desarrollo Económico

y Social (PDES) y el Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud (PSDI-S) 2021-2025. De esta manera, la ECP identifica cinco prioridades acordadas para la colaboración de la OPS/OMS que presentan una oportunidad y ventaja comparativa para asegurar el impacto en la salud, con el objetivo de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mediante el ejercicio pleno del derecho a la salud mediante el SUS, en el marco de la política sanitaria de la SAFCI y atender las causas de los problemas frente a los determinantes sociales de la salud; fortalecer la rectoría institucional y la participación social para el logro de las metas con enfoque intercultural, de derechos y de género; con la voluntad de favorecer la inclusión y el acceso de todas las personas a la salud para "no dejar a nadie atrás".

La Ilustración N°1 resume el marco de planificación estratégica que fue tomado en cuenta para elaborar la ECP Bolivia.

Ilustración N°1: Marco País y OPS/OMS de Planificación Estratégica



Fuente: Diseño propio, Área de Sistemas y Servicios de Salud, OPS/OMS Bolivia.

Las cinco prioridades presentadas en esta Estrategia fueron elaboradas colectivamente en función de todos los aspectos anteriormente mencionados,

sumados a un proceso de diálogo estratégico de devolución y validación con el MSyD.



2. SITUACIÓN DE *Salud y Desarrollo*

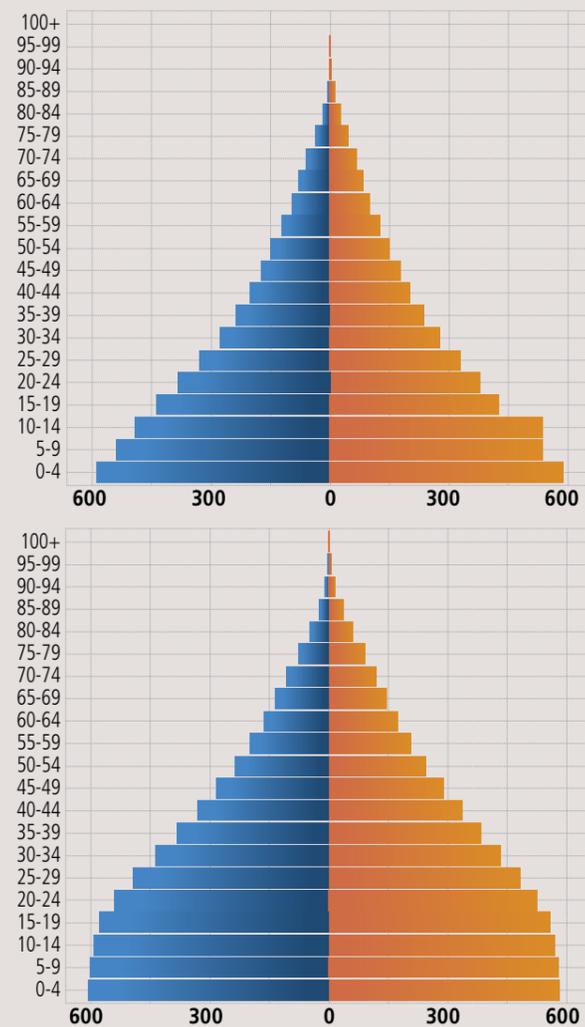
2. SITUACIÓN DE *Salud y Desarrollo*

2.1. CONTEXTO DEMOGRÁFICO, ECONÓMICO Y SOCIAL

El Estado Plurinacional de Bolivia se encuentra en el centro-oeste de América del Sur; limita con Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Perú y se extiende en una superficie de 1.098.581 km² que comprende las zonas del altiplano, valles andinos, Chaco, llanos tropicales y Amazonía. Se organiza en nueve departamentos, 112 provincias y 340 municipios, incluyendo 36 naciones originarias reconocidas constitucionalmente.

En el periodo del 2000 al 2020, la población total de Bolivia creció 38,7%, alcanzando 11.673.029 hab. el 2020. Con relación al perfil demográfico del país, la población de 65 años y más representó el 7,5% del total en 2020, lo que significó un incremento de 2,2 puntos porcentuales respecto del año 2000. Asimismo, se alcanzó una razón de 99,3 mujeres por cada 100 hombres y 24,8 adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 menores de 15 años en el 2020.

Gráfico N° 1: Pirámides de población de Bolivia. Años 2000 y 2020



Fuente: INE, Ministerio de Salud y Deportes, Estimaciones y proyecciones de población, Revisión 2020.

En las dos décadas recientes, la evolución de indicadores básicos refleja una mejora tanto a nivel socioeconómico como sanitario, alcanzando un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0,718. Bolivia ha sostenido un crecimiento económico superior al 4% anual en promedio desde 2006. La actividad productiva incluye la extracción de minerales y gas, manufacturas, agricultura, silvicultura, ganadería y pesca. La Renta Dignidad y las transferencias condicionadas tales como los bonos Juana Azurduy, Juancito Pinto, Bono Universal, etc., han promovido el consumo interno y permitido bajar considerablemente la incidencia de la pobreza extrema, así como la reclasificación de Bolivia como un país de ingreso mediano bajo. La tasa de desempleo ha bajado significativamente

desde 2021, cuando alcanzó 7% y pasó a 4,5% en 2022, proyectando un 4% para 2023, por debajo del promedio regional que está alrededor de 11%.

Durante las dos últimas décadas, Bolivia ha experimentado un significativo progreso en los niveles de bienestar de las personas, particularmente caracterizado por mayores niveles de inclusión social y reducción de la desigualdad (Coeficiente de Gini, ha disminuido en un 32%, pasando de 0,617 en 2000 a 0,420 en 2021). Entre el 2000 y 2021, la pobreza moderada se redujo en cerca de 30 puntos porcentuales, pasando de 66% a 36,4%, y la pobreza extrema o indigencia se redujo sustancialmente pasando de 45,2% en el año 2000 a 11,1% en el 2021.



Foto Familia Indígena Nación Uru Chipaya – OPS/OMS Bolivia.

El crecimiento sostenido del PIB ha permitido aumentar el gasto público en salud en siete veces, evolucionando de 1.465 millones de bolivianos en el 2005 a 10.076 millones en el 2019. El impacto de este significativo incremento ha posibilitado

la implementación del SUS, universal y gratuito, permitiendo incorporar al acceso a servicios de salud al 60% de la población que no cuenta con seguridad social de salud contributiva.

La formulación de la ECP de la OPS/OMS para el periodo 2023-2027, ocurre en un contexto nacional e internacional complejo. En primer lugar, en 2019, el país sufrió una severa crisis política producto de un proceso electoral fallido y subsecuente interrupción constitucional. La economía boliviana se desaceleró y se redujo la disponibilidad fiscal para los servicios sociales como salud. Esta situación agravó la capacidad, ya limitada, del país para enfrentar la pandemia de COVID-19. Durante el 2020, Bolivia sufrió, de forma más crítica que otros países de la región, escasez de equipamiento e insumos para enfrentar la COVID-19. La tasa de letalidad por COVID-19 alcanzó los niveles más altos (5.7%), ubicándose dentro de las cinco mayores de Latinoamérica.

La crisis política de 2019 sumada a la crisis sanitaria asociada a la pandemia ha tenido impactos negativos en muchos de los avances sociales y económicos de la última década en el país.

El frágil escenario post COVID-19, enfrenta un contexto externo adverso caracterizado por la contracción del crecimiento económico a nivel global, con alta inflación, aumento de las tasas de desempleo, incremento de la pobreza e inseguridad alimentaria. Las perspectivas no son alentadoras para la región, ni para Bolivia. En octubre de 2022 el Fondo Monetario Internacional (FMI) ha ajustado a la baja las proyecciones de crecimiento de la región a 1,7% para 2023. Para Bolivia las proyecciones de crecimiento, en términos reales, han sido ajustadas de 6,1% en 2021 a 3,2% para 2023. El endeudamiento externo se ha incrementado en años recientes, siendo superior al 30% del PIB el 2021.



Conectividad

El porcentaje de población con conexión a internet en Bolivia ascendía a 55.1% en 2020. Esto representa un gran incremento respecto del año 2000, donde ese indicador arrojaba un valor de 1.4%. Sin embargo, las diferencias en la conectividad entre la zona urbana y la rural son significativas, mientras que el 60% de los hogares urbanos están conectados a Internet, más del 90% de los hogares en zona rural no cuenta con acceso. Mas aun, sólo el 3% de la población vulnerable de bajos ingresos puede acceder al servicio de internet. Ese bajo porcentaje limita o impide el acceso al teletrabajo, la educación en línea y los servicios de salud electrónica, así como a otros bienes y servicios ofrecidos por las plataformas e instituciones públicas, lo que amplía las brechas socioeconómicas. Las limitaciones estructurales de falta de acceso y conectividad, banda ancha de internet en los establecimientos de salud, así como la escasa digitalización de los procesos de gestión profundiza la desigualdad y vulnerabilidades.



2.2. ESTADO DE SALUD

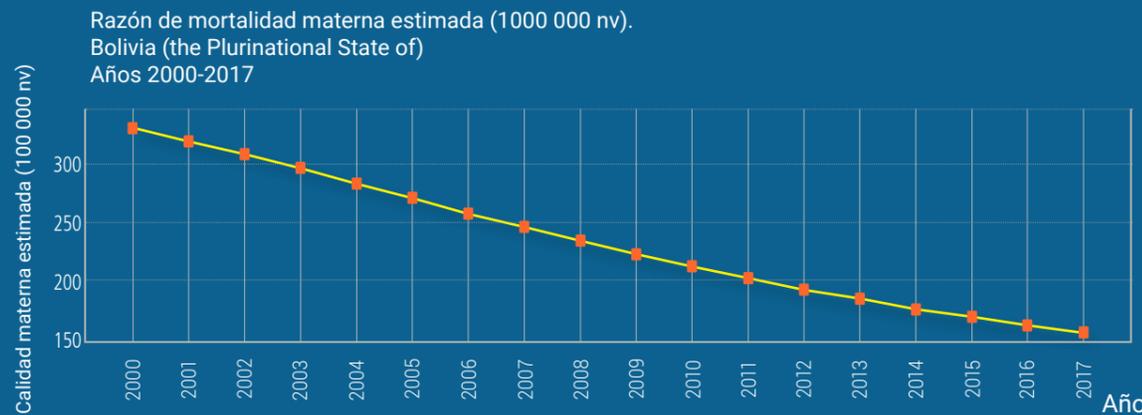


Situación de salud en el curso de vida

Entre 1998 y 2016, la mortalidad infantil se redujo de 67 a 24 por 1.000 nacidos vivos. Por otro lado, según el último Estudio de Mortalidad Materna de 2011, hubo 169 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos y los departamentos de La Paz y Potosí presentaron la mayor mortalidad, seguidos de Cochabamba. Las proyecciones para 2017 alcanzan 155 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Los datos estadísticos entre 2017 y 2021 muestran que se lograron importantes avances hacia la universalización del cuidado de la salud en el curso de vida, con mejoras en la atención prenatal, la cobertura de partos institucionalizados, así como en el acceso a métodos anticonceptivos modernos.

Gráfico N° 2: Razón de mortalidad estimada (100.000 nv)



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de WHO (World Health Organization) WHO Mortality Database



Foto Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva – OPS/OMS Bolivia



Foto Salud Sexual y Reproductiva – OPS/OMS Bolivia.

Esos logros han sido atribuidos, entre otros factores, al impulso de la demanda por servicios de salud motivado por el Bono Juana Azurduy, así como a la implementación del SUS. Sin embargo, muchos de estos avances se vieron afectados por la pandemia de COVID-19, reflejado en 2020 en las coberturas de atención de los servicios esenciales. Actualmente, se implementan acciones extraordinarias para restablecer los porcentajes de acceso previos a la pandemia.



Salud materna

Durante el último quinquenio, más del 95% de los embarazos esperados han tenido al menos un control prenatal en el sistema de salud. Sin embargo, este nivel de acceso se ha visto afectado por la pandemia por COVID-19. En 2020, la cobertura de control prenatal disminuyó a 73%, ascendiendo paulatinamente en 2021 como lo muestra el siguiente gráfico:

Gráfico 3. Embarazadas con controles prenatales y partos institucionales



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes - SNIS.

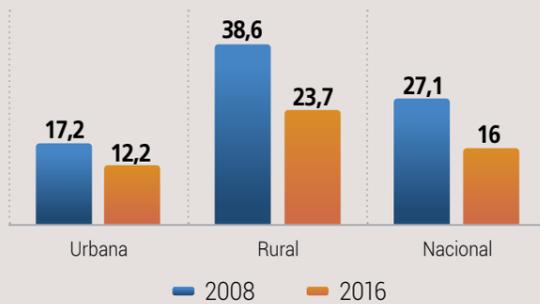
En 2017, 59% de los partos institucionales fueron por cesárea, cayendo a 54,5% en 2021.

Salud infantil

Entre 2017 y 2021 se ha presentado una disminución de alrededor de 35.000 nacidos vivos, que se expresa en cambios en la pirámide poblacional y refrenda la disminución de la tasa de fecundidad. Del total de nacidos vivos en 2021, el 5,7% presentó bajo peso al nacer (< 2.500gr) que es la proporción más alta de los últimos cinco años. El departamento de Pando registró más del 10% de los nacidos vivos con bajo peso al nacer.

La desnutrición crónica en menores de cinco años descendió desde 27% en 2008 hasta 16% en 2016 como lo ilustra el siguiente gráfico:

Gráfico N° 4. Prevalencia de Desnutrición crónica (%) en niños y niñas menores de 5 años, Bolivia 2008-2016



Fuente: INE, Encuesta de demografía y salud (ENDSA 2008, EDSA 2016).



Foto Vacunación anti polio - OPS/OMS Bolivia.

Es trascendente la diferencia observada en la desnutrición crónica, que disminuye aún más, hasta 9.5% en niños menores de cinco años que asistieron a los establecimientos de salud y que tuvieron su control de peso y talla.

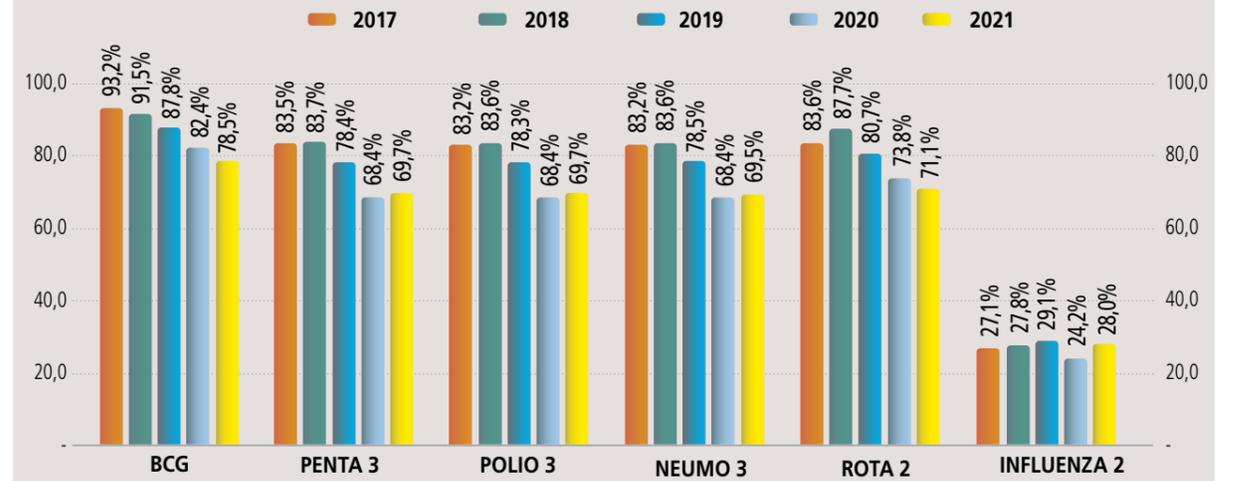


Inmunización

Como se observa en las siguientes tablas, en los últimos cinco años Bolivia ha tenido un drástico descenso de las coberturas de vacunación para todos los biológicos que hacen parte del esquema nacional, es así como ha pasado de 83,5% para DPT3 en 2017 a 69,7% en 2021. Así mismo para la SRP 1 pasó de 93,5% en 2017 a 74,8% en 2021 poniendo al país en un muy alto riesgo de brotes ante importaciones de casos de sarampión.

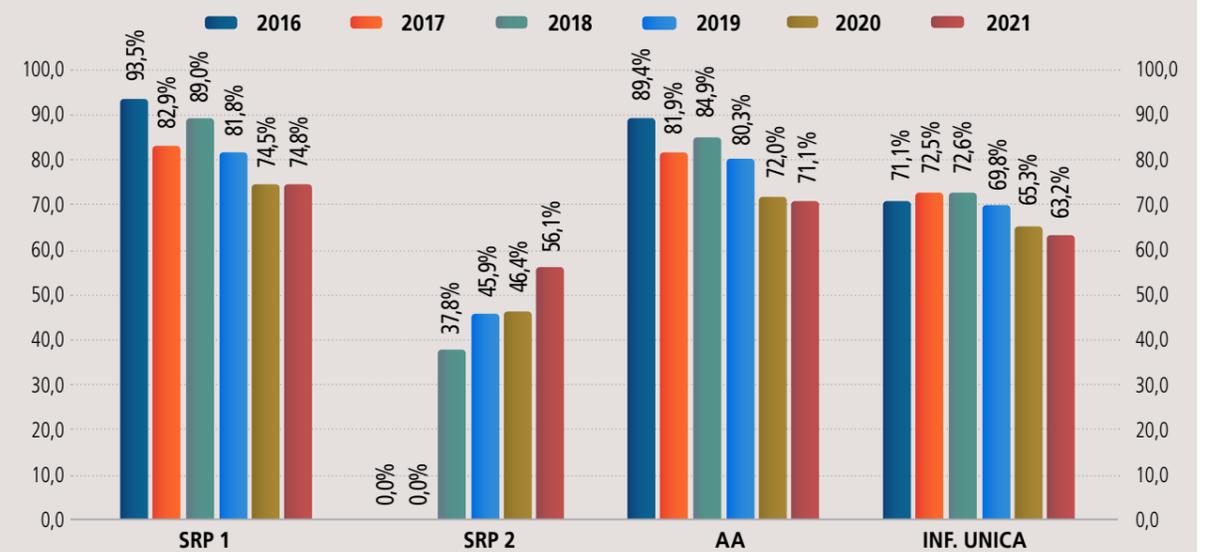
Con relación a la tasa de deserción entre vacunas, entre la 1ra. y la 3ra. dosis de Pentavalente -que permite ver el cumplimiento del esquema en el menor de un año- se observa que la misma osciló entre 6,4% y 13,7% en el periodo 2016 a 2021. El 2020 se incrementó sustancialmente este porcentaje, lo que está relacionado directamente con los efectos negativos de la pandemia en el programa de inmunización.

Gráfico N° 5: Coberturas de vacunación en niños y niñas menores de 1 año 2017 a 2021, Bolivia.



Fuente: SNIS -Ministerio de Salud Deportes.

Gráfico N°6: Coberturas de vacunación en niños y niñas de 1 año 2017-2021, Bolivia



Fuente: SNIS -Ministerio de Salud Deportes.

Así mismo, las coberturas de la segunda dosis contra el VPH tuvieron un descenso importante, pasando de 54.9% en 2018 al 35,6% en 2021. La cobertura mínima esperada es del 90%.

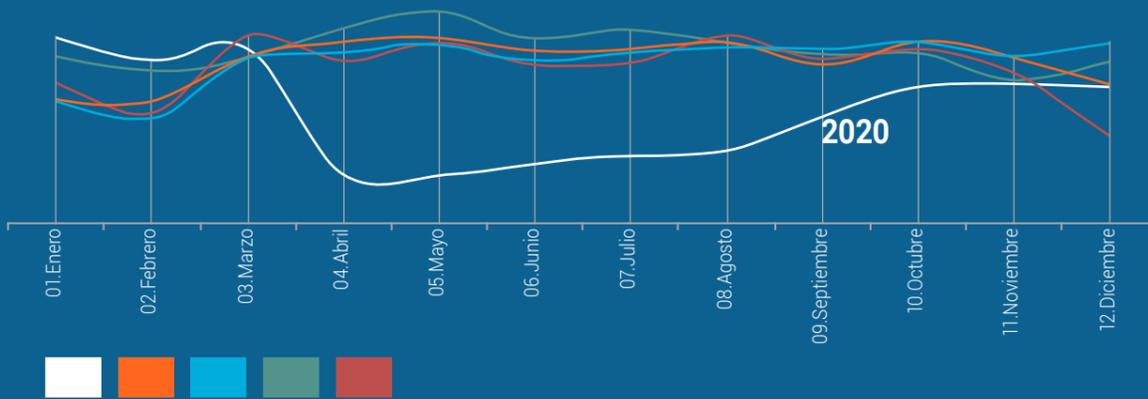
Salud de adolescentes

En el caso específico de la fecundidad adolescente, se produjo una importante reducción del 28,8%, al pasar de 86,9 nacidos vivos por cada 1.000 mujeres de 15 a 19 años en 2000 a 61,9 en 2021. Sin embargo, la pandemia de COVID-19 afectó el acceso a la atención prenatal y las adolescentes y los jóvenes no han sido la excepción, como se observa en el siguiente gráfico.



Foto Jóvenes bolivianas - UNFPA Bolivia.

Gráfico N° 7. Consultas externas de adolescentes según mes 2017 - 2021



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes - SNIS.

El acceso de mujeres y jóvenes a servicios básicos de salud sexual y reproductiva y métodos anticonceptivos modernos fue afectado por el cierre de algunos establecimientos en 2020 y la escasez de anticonceptivos, agravado por el hecho de que los trabajadores de la salud priorizaron la atención a la pandemia. El número de consultas externas entre los jóvenes disminuyó un 28,6% entre 2019 y 2020, con un mayor impacto en los jóvenes urbanos debido a las restricciones de movilidad más estrictas que limitó el desplazamiento para realizar consultas en salud sexual y salud reproductiva.

Del total de embarazadas con al menos un Control Prenatal (CPN) en 2017, 19% eran adolescentes

jóvenes menores de 20 años, en 2021 eran 16%, dato que representaba alrededor de 40.000 adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años. Esta reducción podría estar también asociada a los efectos de la pandemia.

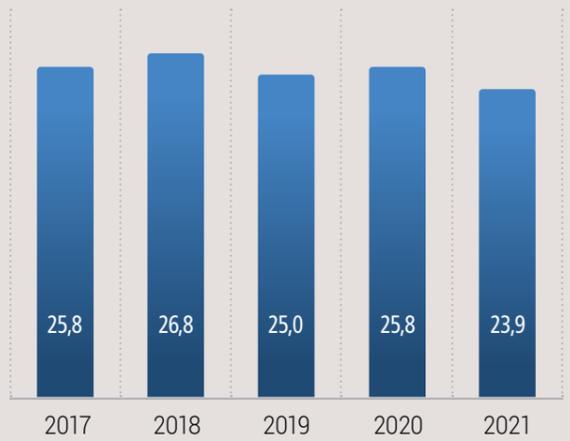
En cuanto a la mortalidad materna en adolescentes notificada, en el periodo de análisis 2017-2021 se presentaron un total de 86 casos notificados; de éstos, se reporta la mayor parte en el eje troncal del país (departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz). En 2021 se presentó sólo 11 casos, mientras que en 2018 se presentaron 27.

Salud del adulto mayor

El 2022, los adultos mayores representan el 11% del total de la población, habiendo crecido 2% con respecto al 2012, ello refleja el proceso de envejecimiento de la población del país. Si bien la edad promedio es de 27 años, la pirámide poblacional tiende a reducir su base. Esta transformación de la pirámide poblacional se manifiesta también en la esperanza de vida promedio actual que llega a 72,5 años: 69,1 años para hombres y 75,9 años para mujeres.

Las consultas externas en este grupo representan en promedio el 25% del total de consultas como lo ilustra el siguiente gráfico. En estos datos no se incluyen las atenciones por COVID-19, sólo están registradas aquellas consultas regulares.

Gráfico N° 8: Consultas externas a personas mayores de 60 años



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes - SNIS.



Foto Adultos mayores - OPS/OMS Bolivia.

2.2.1 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES



Malaria

El Índice Parasitario Anual (IPA) expresa la relación de los casos de malaria y la población que vive en zonas de riesgo, se constituye en el indicador más confiable para la vigilancia de la transmisión malárica y determinación de riesgo. La mayor densidad de transmisión malárica (24,83 x 1.000 habitantes) ocurrió en 1998. A partir de 2010 se observa un descenso de la densidad malárica por debajo de la meta programada (2 x 1.000 habitantes), incrementándose nuevamente a partir de 2019.



Arbovirosis

El comportamiento del dengue desde 2014 hasta 2021 muestra gran variabilidad. La tasa de incidencia más alta fue registrada en 2020 con 22,8 x 10.000 habitantes. Durante el 2021 los tres municipios en el norte del departamento de La Paz con mayor incidencia fueron: Guanay (66 x 10.000 Habitantes), Mapiro (62 x 10.000 Habitantes) y Teoponte (61 x 10.000 Habitantes). Sin embargo, hasta la Semana 42 de 2022, las tasas más altas por dengue son registradas en los municipios del departamento del Beni (29 x 10.000 habitantes).

La mayor tasa de incidencia de Zika se dio en 2017 con 4,03 x 10.000 habitantes a partir de lo cual se produce un descenso progresivo hasta el año 2021 (0,01 x 10.000 habitantes).



Leishmaniasis

A nivel nacional, la mayor tasa de incidencia de leishmaniasis cutánea y mucocutánea se registra en 2018 8,0 x 10.000 habitantes, manteniéndose sin variaciones hasta el 2021 con un leve descenso (7,4 x 10.000 habitantes). Los municipios en el departamento de Pando de Bolpebra, Santa Rosa, Santos Mercados, Ingavi y Bella Flor presentan las tasas de incidencia más altas en relación con el resto de los municipios de Bolivia.

La leishmaniasis visceral se registró de manera esporádica en los municipios fronterizos con el Brasil como Puerto Suarez y Puerto Quijarro. En 2021, se registraron, por primera vez, dos casos de leishmaniasis visceral en el municipio de Villamontes del departamento de Tarija y en 2022, hasta la Semana 42, se registraron 20 nuevos casos en el mismo municipio, la mayoría en menores de 5 años.

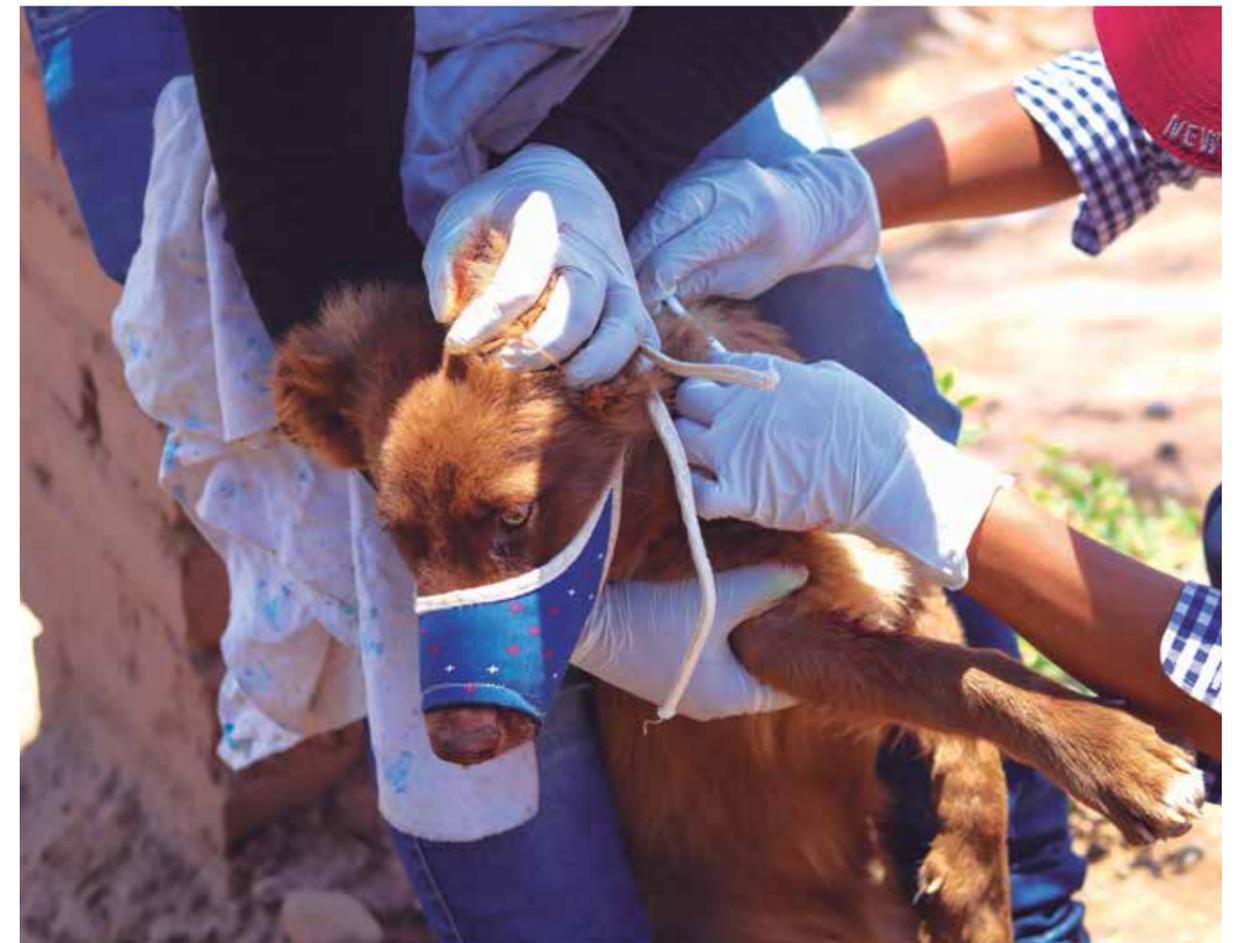


Foto Colocado de collarín impregnado de insecticida en brote de Leishmaniasis Visceral en Villamontes - OPS/OMS Bolivia.

Chagas

La tasa de incidencia de Chagas crónico más alta durante los últimos cinco años fue la registrada en 2016 (53,7 x 10.000 habitantes). En 2020 se registró una tasa de 47,5 x 10.000 habitantes.

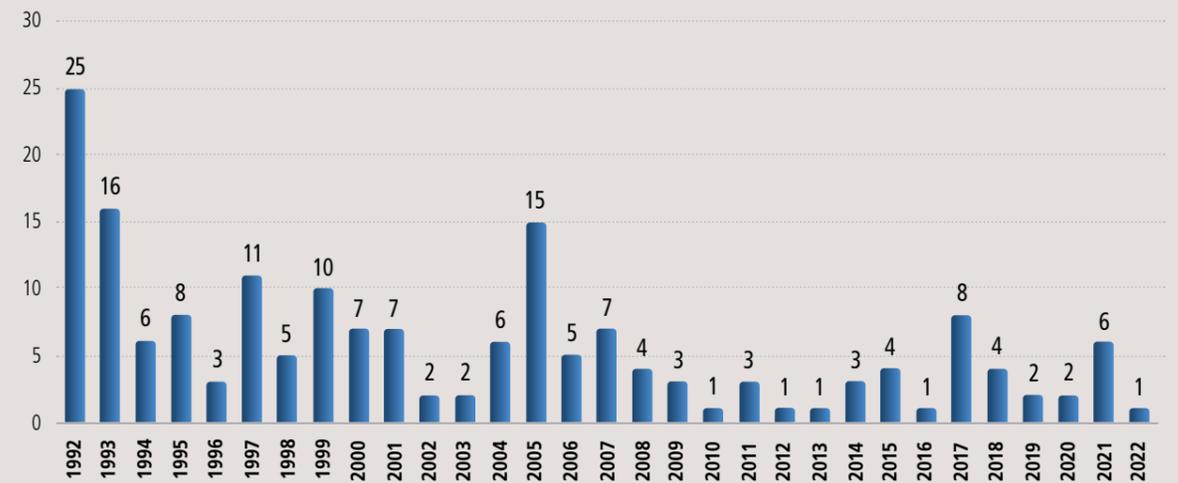
Durante el 2017 se registró la tasa de transmisión materno-fetal de Chagas más alta (1.5 x 100 mujeres gestantes positivas a Chagas), luego se evidenció un descenso progresivo hasta el año 2020, cuando se registraron valores por debajo de los esperados. En 2019 se certificaron como libres de transmisión vectorial intradomiciliaria del Chagas a 19 municipios y se recertificaron a 44 más (de un total de 340 municipios en Bolivia).

Enfermedades transmitidas por roedores

En este grupo de enfermedades, el principal problema de salud pública por su implicancia y por su alta letalidad se concentra en la fiebre hemorrágica causada por virus chapare-09, cuyo foco principal se encuentra en el norte de La Paz. Desde que se registraron los primeros cinco casos en 2019 se han registrado otros periódicamente. El 2022 se registraron cuatro nuevos casos.

Por otro lado, brotes de *Leptospira* spp y de hantavirus spp se presentan cada año, sobre todo en la época seca, después de la cosecha de arroz. La mayor tasa de incidencia de Leptospirosis se registró en 2021 (0.5 x 10.000 habitantes) y la mayor tasa de Hantavirus fue registrada los años 2018 y 2019 (0.4 x 10.000 habitante).

Gráfico N° 9: Casos de rabia en humanos, 1992 a 2022 (sem. 42). Bolivia

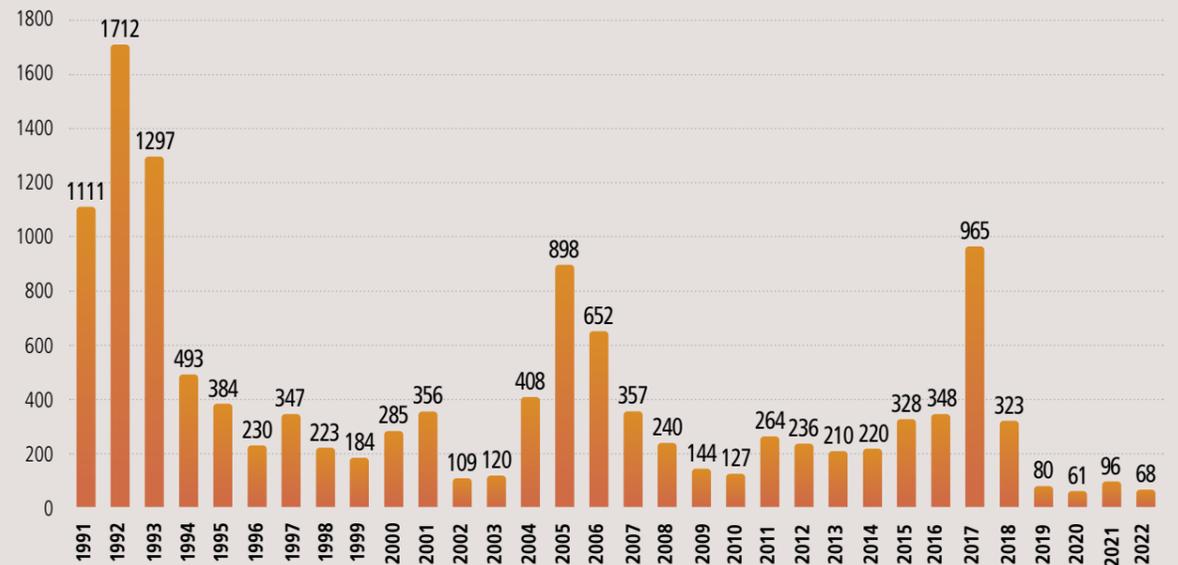


Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Dirección general de epidemiología.

Se aprecia una tendencia descendente, más evidente a partir de 2017. En este periodo se desarrollaron vacunaciones antirrábicas intensivas mediante campañas nacionales anuales, control de focos y la aplicación de la micro planificación. Ese avance fue interrumpido en 2021 por los efectos de la pandemia COVID-19 que impidió un regular desarrollo de las campañas de vacunación y las actividades de vigilancia.

Respecto de la rabia en perros, vemos que se ha presentado una baja importante en el número de casos anuales desde 2018, producto de las medidas de vacunación anual, el cambio de la vacuna a la de cultivo celular y una mejora en la aplicación de la vigilancia epidemiológica.

Gráfico N° 10: Casos de rabia en perros, 1992 a 2022 (sem- 42). Bolivia



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Dirección general de epidemiología.



Rabia

En 2021 se han reportado seis casos de rabia humana a nivel nacional. El departamento de Cochabamba reportó cinco de los seis casos. El sexto caso corresponde al departamento de Potosí. En 2022, hasta la semana 40, se registró un solo caso que corresponde al departamento de Pando. La evolución de la curva epidémica a partir de 1992 se puede observar en el siguiente gráfico:

En la siguiente tabla se observa la distribución de los casos de rabia canina por departamento para los años 2021 y 2022 hasta la semana 40.

Tabla N° 1: Bolivia: Comparativo de casos acumulados confirmados de Rabia en perros, por semana epidemiológica, por departamento, enero – octubre, 2021 – 2022

Departamento	2021	Frecuencia	2022*	Frecuencia
La Paz	9	9%	3	4%
Oruro	1	1%	0	0%
Potosí	14	15%	13	19%
Cochabamba	62	65%	32	47%
Chuquisaca	1	1%	10	15%
Tarija	0	0%	8	12%
Pando	0	0%	0	0%
Beni	2	2%	1	1%
Santa Cruz	7	7%	1	1%
Bolivia	96		68	

Fuente: Boletín epidemiológico Dirección general de epidemiología. 2022, Semana 42.

Del total de casos en perros, Cochabamba registra el 65% en 2021 y 47% de los mismos en 2022 (hasta la semana 42). Estos datos reafirman que el mayor foco de transmisión de la enfermedad se encuentra en dicho departamento.



Foto Servicios integrales para atender a las personas que viven con VIH - OPS/OMS Bolivia.



Tuberculosis

A nivel nacional, la Tasa de Incidencia de la tuberculosis en todas sus formas ha disminuido desde 81 x 100.000 habitantes registrada en 2010 hasta 52 x 100.000 en 2020. Los departamentos con mayores tasas de incidencia son Santa Cruz (86,2 x 10.000 hab.), Beni (60 x 10.000 hab.) y Tarija (46,6 x 10.000 hab.). El comportamiento epidemiológico de tuberculosis en todas sus formas durante la gestión 2021 es endémico, registrándose la mayor incidencia en los departamentos de Santa Cruz, Beni, Tarija y Pando.



VIH/SIDA

En Bolivia el primer caso notificado de VIH/SIDA data de 1984, desde entonces hasta 2020 se han registrado 29.623 casos. Las acciones de respuesta a las ITS/VIH/SIDA y hepatitis virales B y C se coordinan desde el componente ITS/VIH/SIDA-HV del MSyD



Influenza estacional y otros virus respiratorios

La actividad de la influenza grave estacional, de los últimos cinco años, registrada a través de los hospitales centinela de IRAG de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, se ha mantenido baja, con predominio de la influenza A(H3N2), aunque ha existido circulación concurrente de influenza A(H1N1). Por otro lado, la actividad del virus sincitial respiratorio se ha mantenido constante con predominio en la temporada de invierno.

2.2.2. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES Y SALUD MENTAL

En 2019, la prevalencia de consumo de tabaco entre personas de 18 a 69 años fue de 17,7%, el consumo nocivo de alcohol alcanza al 16,6% y la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en el mismo grupo de edad, es de 63,3%.

En cuanto a la hipertensión arterial, en 2019 se informó una prevalencia de 15,9%, de los cuales 53,6% no conoce su diagnóstico, 10,6% conoce su diagnóstico, pero no está tratado y sólo un 23,5% alcanzó el control de su enfermedad. Por otra parte, la prevalencia de Diabetes Mellitus (DM) se incrementó a 8% en 2014 luego de haber sido de 6,4% en 2000.

El siguiente gráfico comparativo 2020-2021 pone de relieve la prevalencia auto reportada de diabetes e hipertensión.

Respecto a la salud mental y uso de sustancias controladas, el intento de suicidio entre jóvenes de 13 a 17 años se incrementó de 19,9% el 2012 al 22,0% el 2018 y los estudiantes que consumieron marihuana en los últimos 30 días se incrementó de 2,6% el 2012 al 6,3% el 2018.

En referencia a la discapacidad, la principal causa de ceguera evitable es el glaucoma con 32,8% de todos los casos de ceguera registrados a nivel nacional.

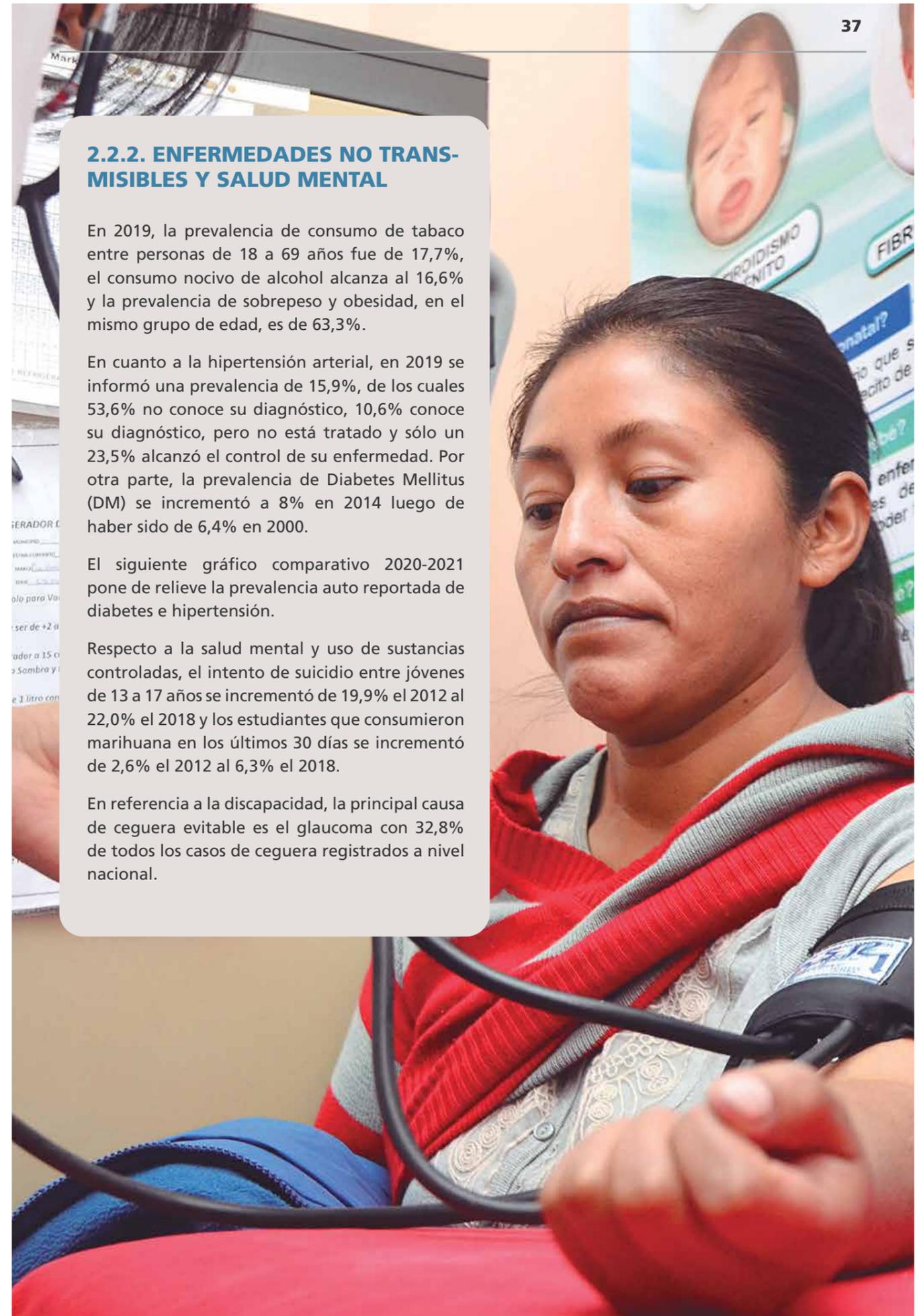
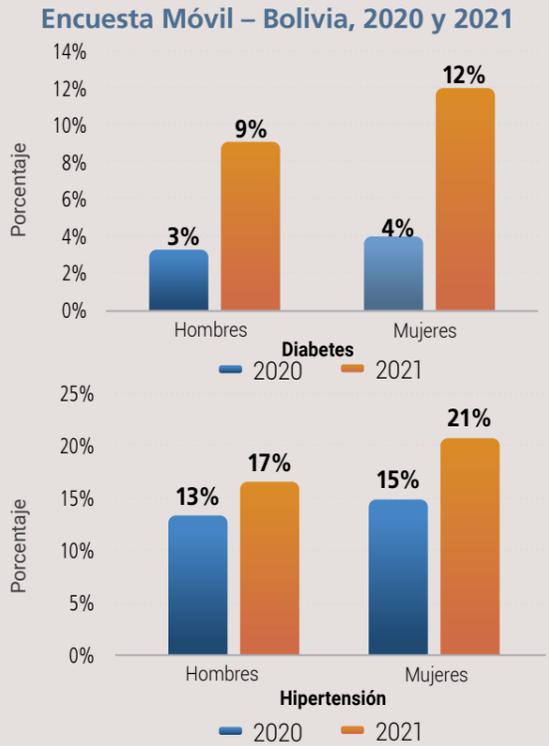


Gráfico N° 11: Prevalencia auto reportada de diabetes e HTA en personas de 18 a 69 años, por sexo.



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia, encuesta Móvil 2020 y 2021.



Mortalidad por eventos de salud no transmisibles

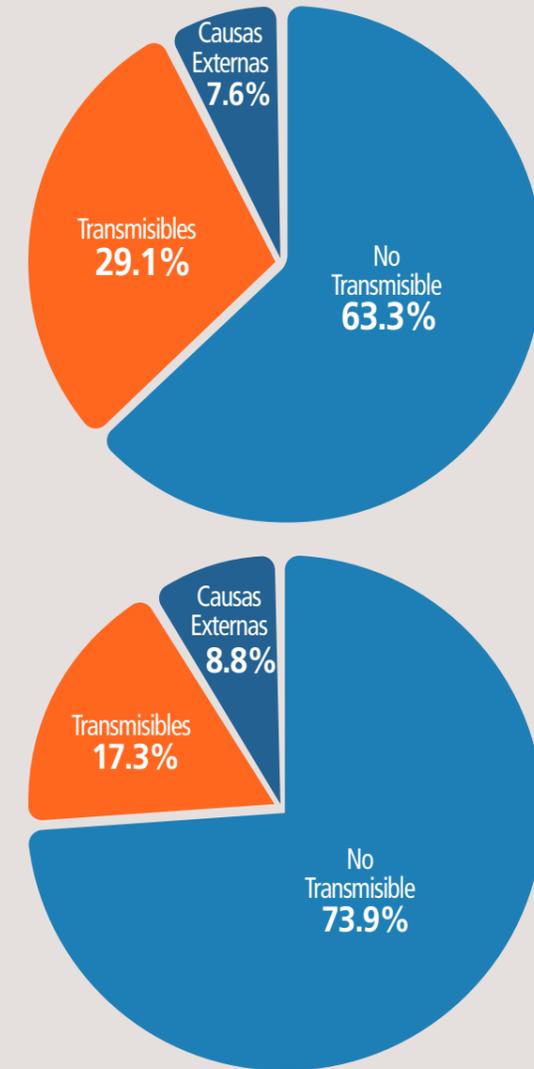
En 2019, la tasa de mortalidad general ajustada por edad (por 1.000 hab.) fue de 7,9, registrando un descenso del 21,8% con respecto al año 2000 (10,1 defunciones cada 1.000 hab.). La tasa ajustada de mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE) fue de 317,1 defunciones cada 100.000 habitantes, representando una disminución del 32,9% en comparación con la tasa del año 2000, cuando fue de 472,5. En aquel año, Bolivia presentó una tasa que resultó 39,9%, mayor a la reportada para la Región de las Américas. De las MPPE, asimismo la tasa por condiciones prevenibles fue de 153,7 que resultó 12,1% mayor a la regional. La referente a condiciones tratables fue de 163,4, con un promedio regional de 89,6 por 100.000 habitantes.

En el mismo 2019, la tasa de mortalidad ajustada por edad por eventos transmisibles fue de 136,8 por 100.000 habitantes (141,3 por 100.000 en



hombres y 132 por 100.000 en mujeres). La tasa de mortalidad ajustada por edad por eventos no transmisibles fue de 584,4 por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad ajustada por edad por causas externas fue de 69,9 por 100.000 habitantes (101,4 por 100.000 en hombres y 39,4 por 100.000 en mujeres), dentro de las cuales destacan los accidentes de transporte terrestre (23,2 en la población total), los homicidios (9,7 en la población total), y los suicidios (6,8 en la población total). La siguiente figura muestra la situación reportada en Bolivia.

Gráfico N°12: Mortalidad proporcional de Bolivia, años 2000 y 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de WHO (World Health Organization) WHO Mortality Database.

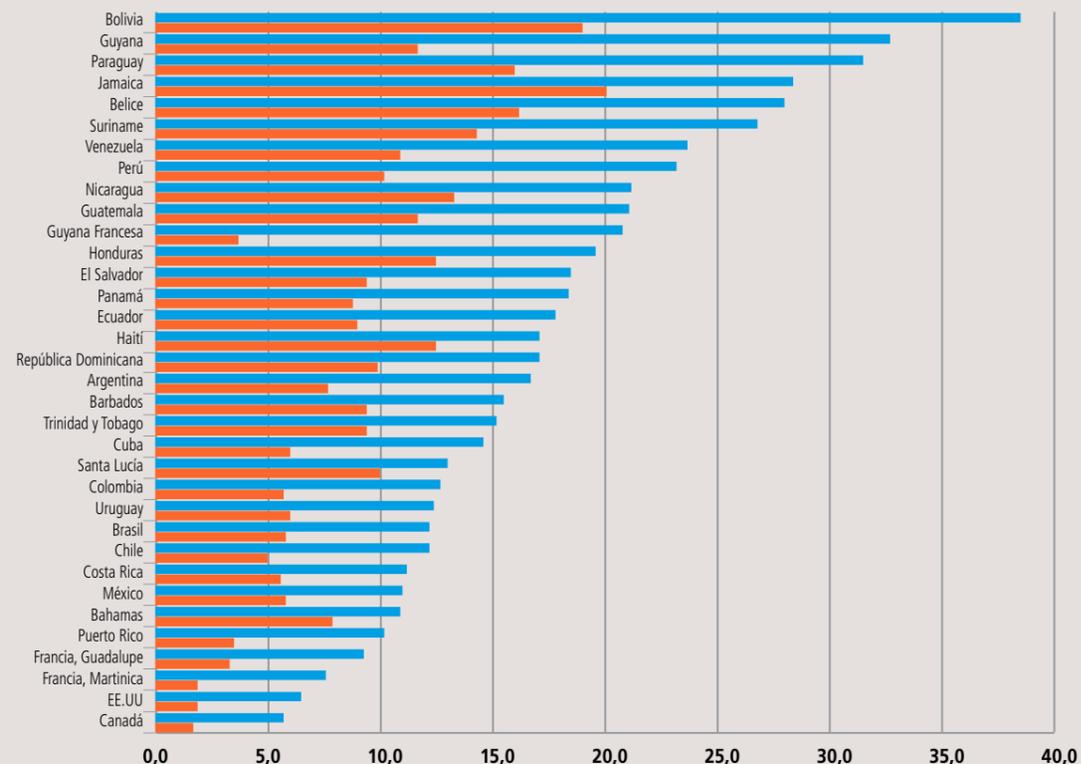


Mortalidad por Cáncer

Al observar la mortalidad por cáncer, según los sitios tumorales, puede establecerse que durante 2019 la población masculina presentó una tasa ajustada de mortalidad por cáncer de próstata de 11,5 por 100.000, de pulmón de 12,2 por 100.000, de colon y recto de 4,7 por 100.000, mientras que en mujeres los valores fueron de 9 por 100.000 para cáncer de mama, 5,8 por 100.000 para cáncer de pulmón y 3,6 por 100.000 para cáncer de colon y recto.

Bolivia sigue teniendo la mayor tasa de incidencia del cáncer de cuello uterino en las Américas como lo muestra el siguiente gráfico.

Gráfico N° 13: Incidencia y mortalidad de cáncer de cuello uterino en las Américas. 2018



Fuente: Salud en las Américas 2022, WDC, PAHO/WHO.

2.2.3. SALUD OCUPACIONAL

Dos entidades son responsables por la seguridad y salud en el trabajo, el Ministerio de Trabajo, Empleo y Previsión Social y el Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO), bajo tuición del MSyD. Los últimos datos disponibles del Ministerio de Trabajo datan del año 2012, en el que se registraron un total de 5.076 accidentes de trabajo, una cifra considerablemente menor a los 9.272 accidentes laborales del 2011. Respecto al INSO, y como lo ilustra la siguiente tabla, se registró 3.894

accidentes laborales en el año 2021, de los cuales 2.614 corresponden al sexo masculino y 1.280 al femenino; siendo el principal daño las contusiones, reportadas por 1.622 personas. Sin embargo, cabe destacar que existe un profundo problema en cuanto a la obligatoriedad de la notificación de los incidentes laborales y enfermedades profesionales a la autoridad laboral, descrito en la Ley n° 16998, por lo que existiría un subregistro de los datos reportados.

Tabla N°2: Número de accidentes laborales registrados en el INSO

2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Total
4.642	3.696	5.182	4.915	4.905	4.956	2.617	3.894	34.807

Fuente: Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 2023.

2.2.4. EMERGENCIAS Y DESASTRES POR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y OTRAS CAUSAS

Según datos del Instituto Nacional de estadísticas (INE), durante el periodo 2008 a 2018, ocurrieron aproximadamente 4.900 eventos adversos de origen natural y/o socio-natural que afectaron a distintas regiones del país. Entre los principales eventos reportados se identifican: inundaciones, sequías, granizadas, heladas, nevadas, incendios forestales, deslizamientos, temporales de viento, tormentas, plagas, sismos y accidentes.

A consecuencia del cambio climático se han incrementado los desastres naturales haciéndolos cada vez más intensos. Por ejemplo, inundaciones en lugares donde antes no llovía y el deshielo de los nevados por temperaturas elevadas. Estos cambios también se manifiestan en las enfermedades transmisibles, pues los vectores se han ido adaptando

a pisos ecológicos donde antes no existían y, por consecuencia, se amplían los territorios afectados por enfermedades como dengue, zika y chikunguña, hantavirus, arenavirus y otros.

Durante las inundaciones de 2013-2014, 55.376 familias fueron afectadas, sólo en ese evento se atendieron 66.641 pacientes con patologías como: IRA S/N afecciones de la piel EDAs, conjuntivitis hipertensión arterial neumonías, ITU, gastritis, entre otras. Las pérdidas totales fueron de \$US. 384,4 millones, de los cuales \$US 2,296 correspondieron al sector salud. Se gastaron en atención de brigadas, medicamentos, desplazamiento, campañas informativas, prevención de dengue y hantavirus y refacción y reconstrucción de algunos establecimientos de salud.



Foto Emergencia de incendios forestales – OPS/OMS Bolivia.

2.2.5. SITUACIÓN CON RELACIÓN A LA PANDEMIA DE COVID 19

El 10 de marzo de 2020 se registraron los primeros casos de COVID-19 en Bolivia, iniciando la primera ola que se extendió hasta finales de octubre 2020. El 26 de diciembre de 2020 cuando la segunda ola iniciaba su ascenso, Bolivia había registrado 154.349 casos y 9.093 fallecidos con una tasa de letalidad de 5,9. Ese primer año, representó un gran desafío con un sistema de salud colapsado que presentó grandes deficiencias sobre todo en el diagnóstico oportuno de pacientes y el manejo de

los casos moderados y graves. El sistema de información presentaba grandes debilidades debido al subregistro y la falta de coordinación y articulación al interior de sector salud (público, privado y de la seguridad social) y con los otros sectores.

Hasta el 22 de octubre de 2022 el país ha atravesado cinco olas de COVID-19 y registra un total de casos confirmados de 1.109.238, 22.239 fallecidos y una tasa de letalidad de 2,0.

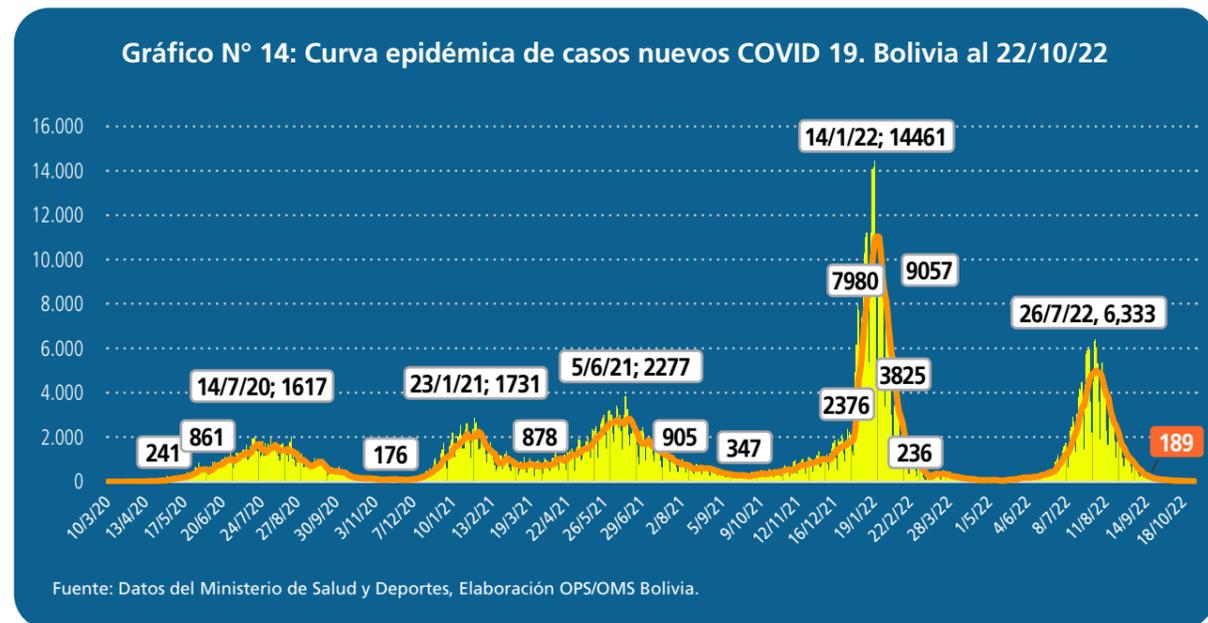


Foto Donación de respiradores – OPS/OMS Bolivia.



El 2021, el país presentó una reducción sustancial de la tasa de letalidad y el incremento de los casos recuperados, se mejoró la vigilancia epidemiológica y se fortaleció la atención. Bolivia invirtió muchos recursos en la compra de vacunas y el proceso de vacunación.

Foto Brigadas de vacunación COVID- 19- OPS/OMS Bolivia.

Estimaciones de la OPS/OMS indican que el total de defunciones no esperadas en 2020 - las llamadas muertes en exceso- fueron 36.303, es decir, 311 por cada 100.000 habitantes. Para 2021, se estimaron 51.710 muertes, que representan un exceso de mortalidad de 437 por 100.000 habitantes.

La campaña de vacunación comenzó el 20 de enero de 2021 y se utilizaron hasta diciembre de 2022, seis tipos de vacunas contra la COVID-19 en el país. El 31 de diciembre de 2021, el país contaba con el 61.3% de sus habitantes con al menos una dosis de la vacuna contra COVID-19 aplicada.



Foto Atención de diagnóstico por pruebas PCR y antígeno nasal a poblaciones indígenas OPS/OMS Bolivia.

2.2.6. SITUACIÓN DE EQUIDAD GÉNERO Y DERECHOS

Como se ha mencionado antes, durante las dos últimas décadas, Bolivia ha experimentado un significativo progreso en los niveles de bienestar de las personas, particularmente caracterizado por mayores niveles de inclusión social y reducción de la desigualdad. Esta última medida por el Coeficiente de Gini, ha disminuido en un 32%, pasando de 0,617 en 2000 a 0,420 en 2021.

Esta disminución de la desigualdad principalmente se debe a una política fiscal enfocada a reducir la pobreza y tener una mejor distribución de los ingresos, destinando el 1,8% del gasto público en transferencias indirectas que benefician al 40% de la población de menores ingresos. Bolivia recauda el 5,6 del PIB en impuestos progresivos sobre la renta personal para ayudar a financiar sus gastos sociales.

Dichos cambios económicos y sociales vienen acompañados por trascendentales transformaciones demográficas, al encontrarse Bolivia en la etapa inicial del bono demográfico. Se estima que en 2022 Bolivia tendría 12 millones de habitantes, proyectando para el año 2050 16 millones de habitantes, con más del 70% de la población viviendo en áreas

urbanas producto de una acelerada urbanización y procesos migratorios internos, particularmente de la población joven (el 46,9% de los migrantes tiene edades entre 15 y 29 años). Se originan así, nuevos escenarios de estratificación y movilidad social, situación que permitió que en 2018 por primera vez un 60,5% de la población alcance un estrato medio (alrededor de 6,9 millones de personas), lo que ayudó a reducir en más de 25 puntos la población del estrato bajo.

La esperanza de vida al nacer creció significativamente en el país desde el año 2000, aumentando en 15,2 años hasta alcanzar 72 años en 2021. Sin embargo, esta tasa sigue inferior al promedio de las Américas. No obstante, los avances de la última década en reducción de la pobreza y de la desigualdad, la pandemia y el complejo escenario de transición política exacerbó las inequidades existentes en el país, de forma que las brechas de desigualdad y vulnerabilidades se ampliaron reflejando retrocesos importantes en términos de pobreza y distribución de los ingresos. Dicha situación ha afectado de forma desproporcionada a las personas en situación de vulnerabilidad.



Foto Niños de comunidades Yuqui, Trópico de Cochabamba - OPS/OMS Bolivia.

Las mujeres, niños, niñas y adolescentes, pueblos indígenas y personas del área rural y peri-urbano son algunos de los grupos reconocidos como en situación de mayor vulnerabilidad, con limitado acceso a servicios, salud y educación y exclusión social, lo que, en general, impide el ejercicio pleno de sus derechos económicos, sociales y políticos. Existe una alarmante incidencia de las diversas formas de violencia contra las mujeres, 7 de cada 10 mujeres sufren o sobreviven a algún tipo de violencia en sus hogares, con graves consecuencias para su salud física y emocional. En el 75% de los casos, la violencia es repetitiva.

Desde el punto de vista del cuidado medioambiental, Bolivia tiene una política de Estado de desarrollo integral en armonía y equilibrio con la naturaleza que se resume en el concepto del Vivir Bien, definido como la vida en plenitud: "El Vivir Bien es saber vivir en armonía y equilibrio, en armonía con los ciclos de la Madre Tierra, del cosmos, de la vida y de la historia, y en equilibrio con toda forma de existencia, un camino y horizonte de la comunidad que implica saber vivir y saber convivir. No se puede Vivir Bien si los demás viven mal, o si se daña la Madre Naturaleza. Vivir Bien significa comprender que el deterioro de una especie es el deterioro del conjunto". Este enfoque está reflejado en los compromisos internacionales del país.





Foto Personal de salud de Establecimiento de 1er nivel - OPS/OMS Bolivia.

2.3. SISTEMA DE SALUD



Política Sanitaria

A fin de garantizar el derecho y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna y de manera gratuita, Bolivia ha implementado el SUS, universal y gratuito, mediante la Ley Nro. 1152 promulgada el 20 de febrero de 2019. El SUS constituye una de las principales políticas del Sector Salud y tiene como objetivo principal brindar acceso a cuidados de salud a todas las bolivianas y bolivianos que no se encuentran cubiertos por la Seguridad Social de Corto Plazo (SSCP). La misma esta alineada al Pilar 3 de la Agenda Patriótica 2025.

Igualmente, la Política SAFCI promulgada mediante Decreto Supremo Nro. 29601, del 11 de junio de 2008 y la Ley N°31 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Ibáñez", del 19 de julio 2010, establecen los modelos de atención y de gestión de salud, bajo los principios de integralidad, intersectorialidad, participación comunitaria e interculturalidad. La SAFCI prioriza la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, con enfoque de salud colectiva, centrada en la persona, familia, comunidad y entorno; y recuperando la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana e Intercultural oficializada por la Ley Nro. 459, de 19 de diciembre de 2013.



Estructura del Sistema de Salud

La Ley de Autonomías y Descentralización (2010), promulgada con el objeto de regular el régimen de autonomías por mandato del Artículo 271 de la Constitución Política del Estado (2009) y de dar las bases de la organización territorial del Estado, establece las competencias en salud del nivel central del Estado y de las Entidades Territoriales Autónomas (ETAs).

El Gobierno central tiene la competencia de elaborar la política nacional de salud y las normas que la regulen. Asimismo, es encargado de alinear y armonizar la cooperación internacional a la política sectorial y ejercer la rectoría del SUS, inclu-

yendo los recursos humanos en salud (RHUS). Los Gobiernos Autónomos Departamentales (GAD) tienen la competencia de administrar y financiar la infraestructura y el equipamiento, así como la dotación de servicios básicos, medicamentos e insumos a los hospitales de tercer nivel. Los Gobiernos Autónomos Municipales (GAM) y los Gobiernos Autónomos Indígenas Originarios Campesinos (GAIOC) tienen la competencia concurrente sobre los primeros y segundos niveles en su jurisdicción.

La siguiente ilustración presenta la estructura del Sistema de Salud de Bolivia.

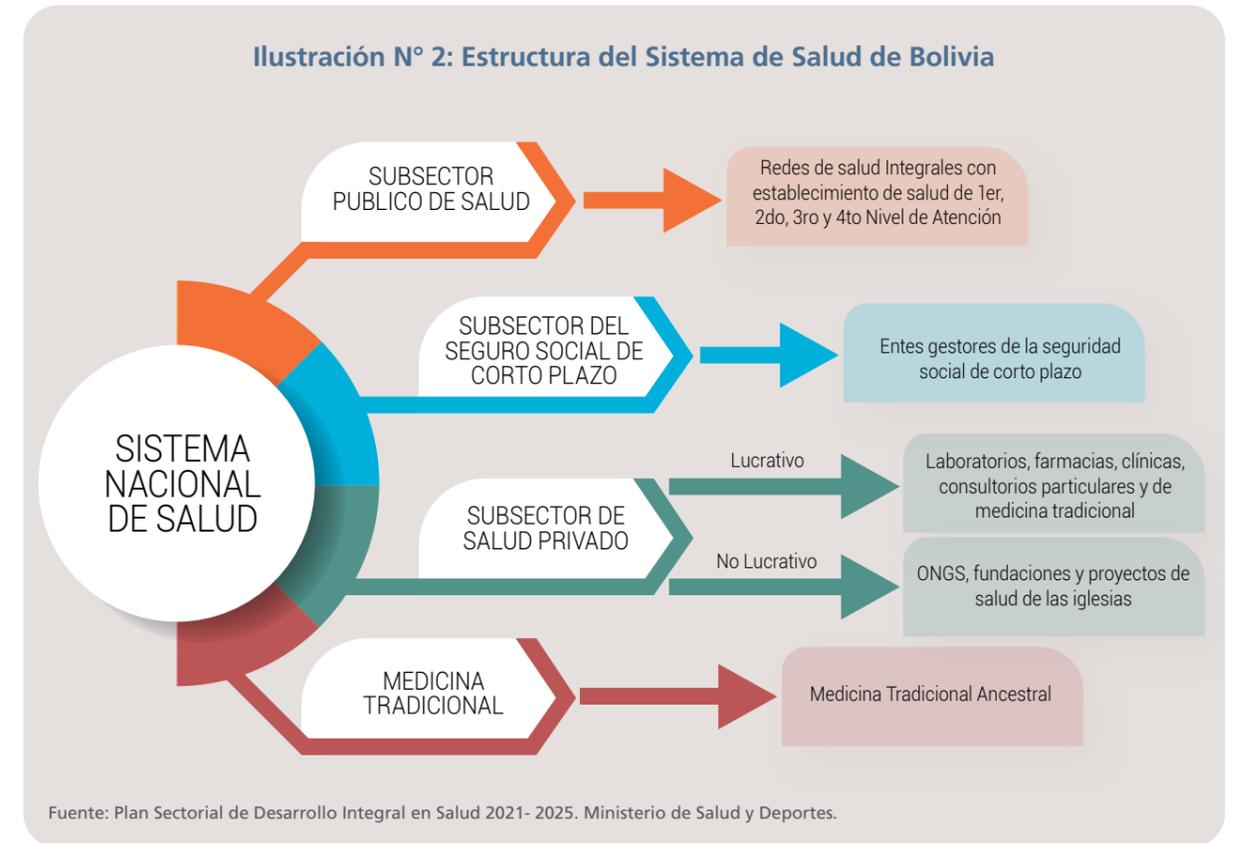


Foto Atención SAFCI Mi Salud – OPS/OMS Bolivia.



Foto Salud intercultural – OPS/OMS Bolivia.

Fragmentación, Segmentación y débil Rectoría y Gobernanza

En la primera y segunda década del siglo XXI Bolivia promulgó la nueva Constitución del Estado Plurinacional, leyes y políticas que establecen la implementación del Sistema Único de Salud con cobertura universal y gratuita para la población no cubierta por la seguridad social. Sin embargo, persiste una gran segmentación en los tres subsistemas de salud (Público, Seguridad Social y Privado) que determina una coexistencia de segmentos de población con diferentes planes y tipos de cobertura, así como establecimientos diferenciados. Simultáneamente se mantiene la fragmentación entre los diferentes niveles de gobierno e inclusive al interior de estos, derivada de la débil rectoría sectorial, debido a lo cual los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y los Municipios se conducen cuasi de manera autónoma invocando de modo maximalista a la Ley de Descentralización y Autonomías.

El Sub-Sistema Público de Salud se organiza en tres niveles de atención: los gobiernos municipales son responsables de los dos primeros niveles; y los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y el Ministerio de Salud son responsables del tercer nivel de atención.

Para mejorar la Gobernanza e integración horizontal y vertical entre los servicios de salud se han organizado las redes de salud buscando mayor eficiencia, integralidad y efectividad. Sin embargo, las coordinaciones de red de salud tienen una limitada autoridad y no cuentan con suficiente capacidad de gestión y presupuesto para garantizar su funcionamiento, incluyendo la acción intersectorial.

Las características descritas están a la base de las grandes inequidades, ineficiencias y reducida efectividad del Sistema de Salud.

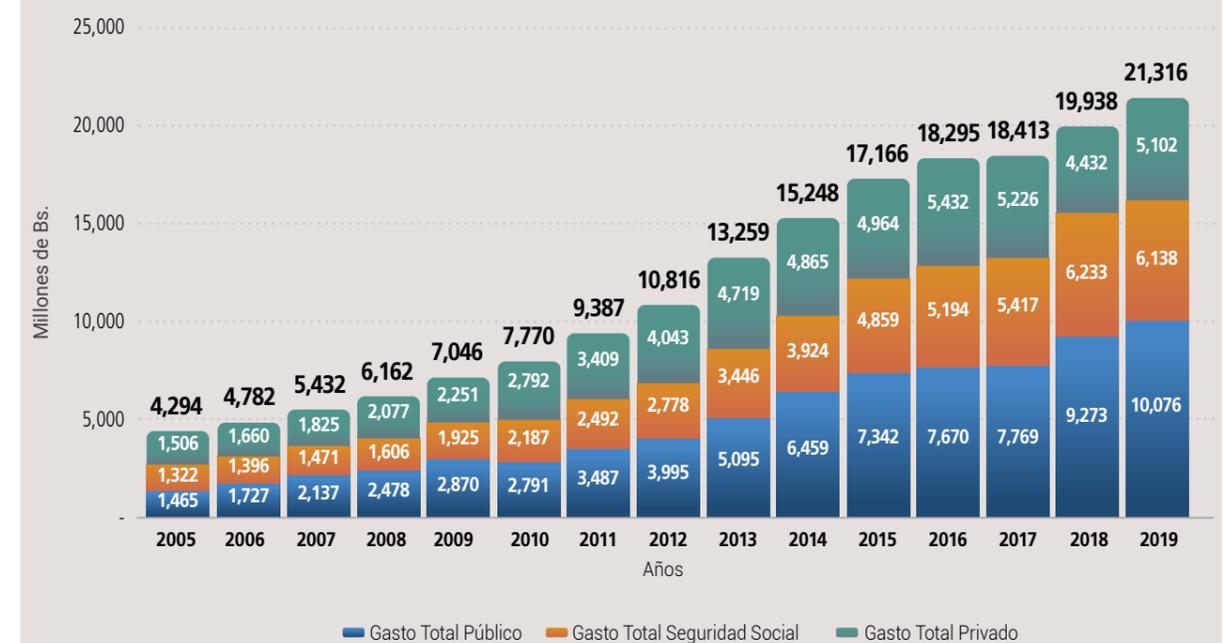


Financiamiento en Salud

El financiamiento del subsector público de salud es competencia del gobierno central con respecto a inversión, programas estratégicos y dotación de recursos humanos. Los GAD son responsables por la prestación de servicios de tercer nivel de atención, y los servicios de salud de primer y segundo nivel de atención son financiados con recursos de coparticipación tributaria recibidos por los GAM y GAIOC. El conjunto de este financiamiento es provisto por el tesoro público. A partir de la implementación del SUS, el nivel central también cofinancia los servicios de tercer nivel, a través de convenios inter gubernativos.

En el periodo 2005-2019, el gasto total en salud muestra una evolución positiva muy significativa tanto en términos absolutos como relativos. En 2005, el subsector privado concentraba 34% del gasto total en salud, la SSCP 31% y el subsector público 35%. En 2019, el gasto en salud del subsector público se incrementó a 47% del gasto total en salud, con tendencia inversa al gasto del subsector privado que disminuyó a 24%, reduciendo su participación del gasto total en salud en 10 puntos porcentuales. En consecuencia, el gasto de bolsillo ha disminuido encontrándose el 2019 en 23% habiendo estado superior al 30% hace una década.

Gráfico N° 15: Gasto Total en Salud por subsector. Bolivia, período 2005-2019



Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo Integral en Salud 2021- 2025. Ministerio de Salud y Deportes.

En 2019, el gasto corriente total en salud fue de Bs. 18.974 millones de bolivianos, representando el 6,7% del Producto Interno Bruto (PIB) de Bolivia. Si agregamos al gasto corriente la formación de capital, el gasto total en salud representó el 7,5% del PIB. El gasto corriente del gobierno en salud

(Gasto Público) representó el 4,9% del PIB durante ese mismo año. Al sumar la formación de capital, alcanza el 5,7% del PIB. De este modo, el gasto público en salud estaría acercándose al 6% del PIB, que propone la OPS/OMS como referencia para alcanzar la salud universal.



Foto Centro de Salud con internación – OPS/OMS Bolivia.

2.4. SERVICIOS DE SALUD

En 2020, Bolivia contaba con un total de 4.072 establecimientos de salud, de los cuales 3.347 correspondían al subsector público de salud, 352 a la SSCP y el remanente al subsector privado. En el subsector público, 96,4% de los establecimientos corresponden al primer nivel (centros y puestos de salud); al segundo nivel 2,5% (Hospitales) y al tercer nivel 1,1% (hospitales e institutos de especialidad).

En 2021, la cobertura del subsector público alcanzaba al 63% de la población boliviana, es decir cubría a más de siete millones de habitantes. De otro lado, la SSCP, mediante los diferentes entes gestores, cubría al 37% de la población boliviana. El departamento de Oruro tiene el mayor porcentaje de población protegida por la SSCP (45,8%), siguiendo Chuquisaca (41,4%), Pando (37,9%) y Tarija (32,3%).



Foto Gestión hospitalaria Municipio de Tacopaya – OPS/OMS Bolivia.

En el mismo año, existía en los hospitales de segundo nivel una ratio de 9 camas por cada 10.000 habitantes, alcanzando un total de 10.514 camas en el sector público y de la SSCP, según la siguiente tabla.

Tabla N° 3: Número de camas en general por departamentos y servicios a nivel nacional – 2021/RUES

DEPARTAMENTO	EMERGENCIA	OBSERVACIONES	INTERMACION	UTI	UCI	TOTAL
BENI	35	35	429	15	17	531
CHUQUISACA	35	25	393	16	15	484
COCHABAMBA	180	184	1.612	35	48	2.059
LA PAZ	153	78	1.582	109	115	2.037
ORURO	14	10	269	13	16	322
PANDO	4	12	204	8	3	231
POTOSI	52	23	426	10	20	531
SANTA CRUZ	271	251	2.703	243	166	3.634
TARIJA	49	63	508	39	26	685
TOTAL	793	681	8.126	488	426	10.514

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) 2021.

Respecto al tercer nivel, en 2021 se tenía un promedio de siete camas por cada 1,000 habitantes, alcanzando un total de 9.644 camas de acuerdo con la siguiente distribución:

Tabla N°4: Número de camas en general por departamentos y servicios a nivel nacional de 3er nivel - 2021

DEPARTAMENTO	EMERGENCIA	OBSERVACIONES	INTERMACION	UTI	UCI	TOTAL
BENI	17	15	235	28	22	317
CHUQUISACA	91	64	979	45	9	1.188
COCHABAMBA	86	85	1642	101	61	1.975
LA PAZ	125	86	1850	111	122	2.294
ORURO	19	7	465	23	43	557
PANDO	0	0	0	0	0	-
POTOSI	4	10	457	46	35	552
SANTA CRUZ	157	125	1623	193	71	2.169
TARIJA	19	16	511	28	18	592
TOTAL	518	408	7762	575	381	9.644

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) 2021.



Foto Quirofano Hospital de 3er nivel – OPS/OMS Bolivia.

2.4.1. SISTEMA DE INFORMACIÓN

El Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), que forma parte del MSyD, organiza el proceso de generación de información, desde la captación de los datos, sistematización, su consolidación, su procesamiento y su análisis, hasta su difusión para ser utilizada como insumo por el resto del sistema de salud.

El SNIS, enfrenta múltiples desafíos: baja confiabilidad de la información, deficiente uniformidad de la información legible, inalterable y disponible. Igualmente resta establecer que el registro electrónico de los datos permita compartir la informa-

ción con todos quienes atienden al paciente, de forma concurrente. Asimismo, se requiere mejorar la calidad, oportunidad y la seguridad de la información de vigilancia epidemiológica. El SNIS no cuenta con sistemas interoperables que permitan que datos que provienen de diferentes fuentes, como el Software de Atención Primaria en Salud (SOAPS), Subsistema de Administración Logística para Medicamentos e Insumos (SALMI), Sistema de Información Integrado de Clínico Estadístico (SICE), Registro Único de Establecimientos de Salud (RUES), etc., puedan integrarse para generar información estratégica en beneficio de la salud pública.

2.4.2. RECURSOS HUMANOS EN SALUD

En 2021, los RHUS en el subsector público alcanzaron a 47.814 servidores. De éstos, 55,8% prestan servicios en establecimientos de salud del primer nivel de atención. El 22,9% ejercen en establecimientos de salud de segundo nivel y 24,5% en establecimientos del tercer nivel. Del total de los RSH

del subsector público 72,3% tiene a cargo la atención directa a la salud de la población (médicos, enfermeras, auxiliares de salud, otros profesionales). El grupo restante (27,7%) se encarga de las actividades administrativas, de apoyo y de servicio.

Tabla N° 5: Tasa de densidad de RRHH en Salud, subsector público, por departamento y población no asegurada

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN NO CUBIERTA POR LA SEGURIDAD SOCIAL	Nro. de MEDICOS	Nro. de ENFERMERAS	TOTAL	TASA DE DENSIDAD (X 10.000 HAB.)
Chuquisaca	437.650	1.048	765	1.813	41,4
La Paz	1.659.818	2.230	1.240	3.470	20,9
Cochabamba	1.368.126	1.981	1.100	3.081	22,5
Oruro	297.529	932	606	1.538	51,7
Potosí	643.050	759	516	1.275	19,8
Tarija	437.359	803	609	1.412	32,3
Santa Cruz	2.221.732	3.028	1.649	4.677	21,1
Beni	315.858	473	300	773	24,5
Pando	102.243	224	164	388	37,9
Bolivia	7.403.796	11.478	6.949	18.427	24,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) 2021.



La tasa de densidad de RHUS del subsector público alcanza un promedio nacional de 24,9 por diez mil habitantes. La tasa de densidad más alta la registra el departamento de Oruro, con 51,7 X 10.000 hab.

Foto Recursos Humanos en Salud – OPS/OMS Bolivia

2.5. ANÁLISIS DE LOS MARCOS DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA NACIONALES

La Agenda Patriótica 2025 del Estado Plurinacional de Bolivia “Bolivia Digna y Soberana con Autonomías” plantea 13 pilares con el objetivo de construir una sociedad y un Estado incluyente, participativo, democrático, sin discriminación, sin racismo, ni división. Se constituye en el PDGES-AP, a partir del cual se articulan los demás planes. El Pilar 3 “Salud, Educación y Deportes para la formación de un ser humano integral” busca garantizar los derechos elementales de los seres humanos: el derecho a la salud y a la educación, al deporte y al arte, concibiendo la vida en su dimensión física y espiritual.

El PDES 2021-2025 “Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones” busca la construcción colectiva de un mundo sin desigualdades ni pobreza; una sociedad orientada al Vivir Bien en equilibrio y armonía con la Madre Tierra, contemplando los ámbitos social, económico, político, cultural, ambiental, comunitario, espiritual, que hacen al desarrollo integral y sustentable de un país. De los diez Ejes del PDES 2021-2025 se destaca

el Eje 6 “Salud y Deportes para Proteger la Vida con Cuidado Integral en Tiempos de Pandemia”. Aborda los principales desafíos para proteger y promover la salud en el contexto de la Pandemia por CovCOVID-19; así como en fomentar el desarrollo social y económico con el fin de avanzar en las transformaciones hacia sistemas de salud fuertes, resilientes e inclusivos.

A fin de garantizar el derecho y el acceso a la salud se ha implementado el SUS. Asimismo, la Política SAFCI, plantea los modelos de atención y de gestión, bajo los principios de integralidad, intersectorialidad, participación comunitaria e interculturalidad. El Programa Nacional Telesalud democratizó la consulta médica especializada, superando las barreras geográficas y optimizando destrezas y capacidades de los recursos humanos. Por otra parte, los programas de transferencias condicionadas contribuyeron a reducir los índices de mortalidad materno infantil, fortalecer la promoción de la salud y mejorar la nutrición del binomio madre niño.



Foto Telesalud – OPS/OMS Bolivia



Foto Reunión de promotoras de salud indígenas - OPS/OMS Bolivia.

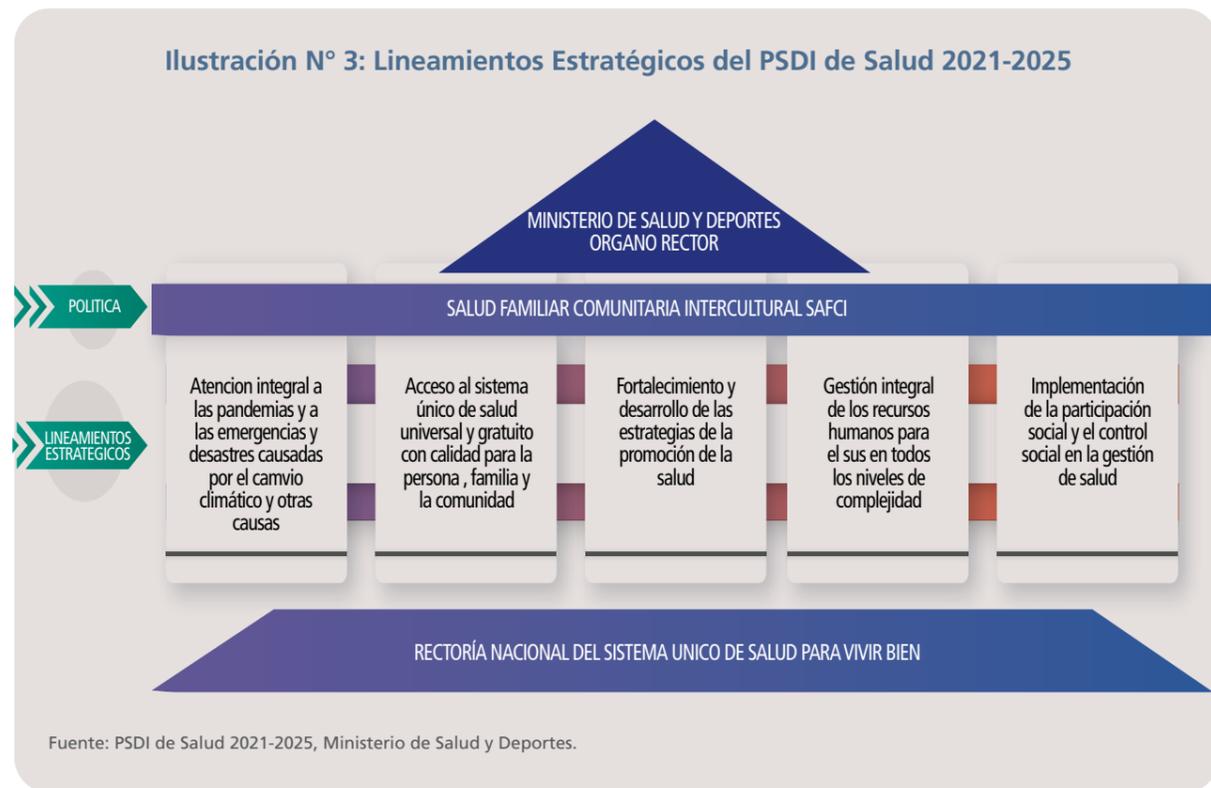
El PSDI de Salud 2021-2025 está basado en la Constitución Política del Estado que establece el ejercicio pleno del derecho a la salud. Se enmarca en la armonización, alineación y articulación de los esfuerzos y recursos nacionales, subnacionales y de la cooperación internacional. Se señala la ruta hacia la profundización del cambio del sistema de salud, la reorientación de los servicios de salud y las prioridades sanitarias nacionales que serán asumidas en este quinquenio. El Plan tiene una convergencia estratégica con los objetivos de la Agenda Patriótica 2025 y las metas y resultados del PDES 2021-2025; al mismo tiempo la tiene con los lineamientos del ODS 3 “Salud y bienestar”, la ASSA 2018-2030 y el Decimotercer PGT de la OMS.

El PSDI de Salud 2021-2025 presenta indicadores y resultados que podrán ser evaluados para evidenciar la mejora de: la calidad de vida, situación de salud, inclusión social en salud, acceso a servicios de salud universales, gratuitos, integrales, de calidad, la equidad de género, generacional y cultural, los factores ambientales que inciden en la salud; y la disminución del gasto de bolsillo en salud. El PSDI de Salud 2021-2025 es un valioso aporte a la institucionalización de las políticas públicas y al proceso de cambio en salud que permitirán alcanzar exitosamente el Vivir Bien.



Foto Taller Formación de promotoras indígenas de salud – OPS/OMS Bolivia.

La siguiente ilustración pone de relieve los Lineamientos estratégicos del PSDI de Salud 2021-2025.



La siguiente tabla pone de relieve los Lineamientos estratégicos y los Componentes del PSDI de Salud 2021-2025..

Tabla N° 6: Lineamientos Estratégicos y Componentes del PSDI de Salud 2021-2025

Lineamientos Estratégicos	Componentes
1. Atención integral a las pandemias, a las infecto contagiosas, emergencias y desastres ocasionados por el cambio climático y otras causas	1.1. Fortalecimiento de la Atención Integral a la Pandemia SARS-COV 2 y otras transmisibles. 1.2. Fortalecimiento de la atención integral a las enfermedades crónicas 1.3. Fortalecimiento a la atención de emergencias y desastres
2. Acceso al Sistema Único de Salud y gratuito con calidad para la persona, familia y comunidad	2.1. Fortalecimiento y desarrollo del SUS 2.2. Fortalecimiento de la Seguridad Social de Corto Plazo 2.3. Fiscalización y regulación de la medicina privada
3. Fortalecimiento y desarrollo de las estrategias de la Promoción de la salud	3.1. Modelo de Atención 3.2. Modelo de Gestión 3.3. Medicina Tradicional 3.4. Interculturalidad en Salud 3.5. Seguridad Alimentaria y alimentación saludable
4. Gestión integral de los Recursos Humanos en para el SUS en todos los niveles de complejidad	4.1. Planificación de Recursos Humanos 4.2. Formación de Recursos Humanos para equipos interprofesionales del primer nivel, especialistas del 2do y 3er nivel de atención. 4.3. Regulación, reordenamiento y distribución de los Recursos Humanos 4.4. Educación permanente extendida a post grado, especialidad y técnico superior 4.5. Sistema de información en Salud
5. Implementación de la participación social y el Control social en la gestión de salud	5.1. Procesos de planificación en salud 5.2. Control social a la gestión en Salud 5.3. Fortalecimiento de la estructura social 5.4. Transparencia institucional y rendición de cuentas

Fuente: PSDI de Salud 2021-2025, Ministerio de Salud y Deportes.

La estructura del PSDI-S 2021-2025 incluye el marco legal del sector, el mapa de actores, el enfoque político, el diagnóstico, el marco político del Estado, la planificación y el presupuesto quinquenal.



3.

REVISIÓN DE LA
cooperación previa
DE LA OPS/OMS
EN BOLIVIA

3. REVISIÓN DE LA *cooperación previa* DE LA OPS/OMS EN BOLIVIA

La cooperación técnica de la OPS/OMS con Bolivia es de larga data. Bolivia se incorporó como Estado Miembro de la OPS/OMS en marzo de 1929 y la Oficina de País respectiva se instaló en 1957. Las relaciones formales en la actualidad se rigen a través del Convenio Básico entre el gobierno de Bolivia y la OPS/OMS, firmado el 28 de julio de 1980.

Con el propósito de hacer más efectiva y eficiente la cooperación técnica de la OPS/OMS manteniéndola enfocada a las necesidades específicas del país se han elaborado secuencialmente ECPs. La primera ECP cubrió el periodo 2003-2007; la segunda 2006-2010; la tercera 2011-2015 y la más reciente abarca el periodo 2018-2021, esta última no se formalizó por razones varias.

Las respectivas ECPs se han operacionalizado a través de los correspondientes Programas de Trabajo Bienales, de acuerdo con las normativas de la OPS/OMS. Para los fines de la preparación de la actual ECP en esta sección se describen los logros más sobresalientes de los últimos dos bienios.

La última ECP contempló las siguientes prioridades estratégicas:

- Apoyo al fortalecimiento de la rectoría sectorial
- Sistema de salud universal y gratuito
- Salud familiar, comunitaria e intercultural
- Reducción de la carga de enfermedades



Foto Programa Ampliado de Inmunizaciones – OPS/OMS Bolivia



Foto Familia Guaraní en el Chaco boliviano - OPS/OMS Bolivia.

En temas relacionados con enfermedades transmisibles e inmunizaciones se contribuyó a la contención de rabia transmitida por perros, 19 municipios endémicos para Chagas lograron la interrupción de la transmisión vectorial en domicilio, el apoyo técnico fue importante en la contención del hanta virus en el país. Por otra parte, se implementó el Registro Nominal de Vacunación Electrónico (RNVe), acceso a las vacunas y cadena de frío tanto en población urbana como indígena durante la pandemia por la COVID-19.

En cuanto a ENT la cooperación técnica centró esfuerzos en la prevención del cáncer cervicouterino, enfermedades crónicas y la iniciativa HEARTS. Se promulgaron las leyes de tabaco y cáncer.

En cuanto a emergencias se resalta el liderazgo de la OPS/OMS en la región y en el país durante la pandemia por la COVID-19 en cuanto a la preparación y respuesta en los servicios de salud y la comunidad, además de la comunicación de riesgo. De la misma forma, el apoyo a las emergencias durante el deslizamiento en La Paz, incendios forestales y sequía en ciertas regiones del país.

En relación con la gestión de los servicios de salud destaca el apoyo para la mejora de la situación de salud y calidad de vida en el Altiplano, aplicación de las herramientas de Valoración de las Condiciones Esenciales de los servicios, implementación de los procesos del SUS, fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud y la mejora de la respuesta de los hospitales ante la pandemia por la COVID-19.

También se contribuyó al diseño de los siguientes planes: Control Vectorial de las enfermedades transmitidas por mosquitos, Hacia la eliminación de la malaria, Salud Mental, Enfermedades no Transmisibles, Seguridad Vial, Multi amenaza para la atención de las emergencias en salud y Vacunación anti-COVID-19, entre otros.

A fin de generar evidencia y base para la cooperación técnica se desarrollaron las siguientes encuestas y estudios: cuentas de salud, tabaco, factores de riesgo de las ENT y salud de los escolares, aborto, SSyR en el curso de vida, violencia contra la niñez y estudios de mortalidad materna.



Foto Entrega de donaciones en el marco de la pandemia de Covid 19 – OPS/OMS Bolivia.

En cuanto a capacitación se realizaron importantes iniciativas de capacitación en el sistema nacional a través del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP), universidades y entre países de la región con la facilitación de la OPS/OMS.

Se movilizaron recursos financieros por aproximadamente USD 3.500.000 por la COVID-19.

En cuanto a evaluaciones se tienen, entre otras, suministro de medicamentos, introducción de la vacuna COVID-19, eliminación de la poliomielitis, eliminación del sarampión, rubéola y síndrome de rubéola congénita, mortalidad materna y el nivel de integración de las redes.

Lecciones aprendidas:

- El trabajo inter programático en la Organización es igual de importante como el trabajo entre unidades del MSyD.
- La coordinación con las autoridades tanto locales/municipales, regionales como nacionales es determinante para la mejor diseminación de la cooperación técnica.

- La participación inter programática de las diferentes áreas del MSyD facilita la incorporación de los temas de género, derechos y etnicidad en los planes estratégicos y operativos.
- Las misiones internacionales son importantes a fin de reforzar el posicionamiento de aspectos técnicos en la agenda del MSyD
- Se requiere profundizar la transferencia de conocimientos y herramientas a través de capacitación a funcionarios del sistema.
- En contextos de conflictividad político electoral es fundamental mantener una posición neutral a fin de resguardar la integridad de la Organización.
- La comunicación del riesgo en caso de brotes es importante y debe ser fortalecida con el objetivo de tranquilizar a la comunidad en general.



Fotos Grupos de consulta Estrategia de Cooperación País 2023 - 2027 - OPS/OMS Bolivia.



4.
Análisis
DEL ENTORNO DE
ASOCIACIONES Y
RELACIONAMIENTO
ESTRATÉGICO

4. *Análisis* DEL ENTORNO DE ASOCIACIONES Y RELACIONAMIENTO ESTRATÉGICO



Sección de análisis de socios y relaciones estratégicas.

La OPS/OMS cuenta con una amplia red de contrapartes nacionales y socios para la implementación de su cooperación técnica en Bolivia. Con motivo de la preparación de la ECP 2023-2027 se realizó un análisis exhaustivo para identificar el tipo de institución o socio con las que la Organización se relaciona, la naturaleza y la intensidad del relacionamiento. Cerca de 120 contrapartes y socios relevantes de interés para la cooperación técnica fueron identificados. Adicionalmente cada una de las áreas técnicas de la oficina realizó su propio mapeo de relacionamiento.

De acuerdo con el análisis, la OPS/OMS en Bolivia privilegia su relacionamiento con entidades gubernamentales, tanto del nivel nacional como subnacional. Las diferentes instancias del MSyD constituyen la mayoría de las instituciones con las que la OPS/OMS se asocia para la implementación de sus programas de trabajo. Las contrapartes del nivel subnacional ocupan un lugar importante en el relacionamiento dada la modalidad de cooperación técnica descentralizada que la Organización implementa para fortalecer las capacidades institucionales de ese nivel.

Las agencias, programas y fondos del SNU y las organizaciones internacionales son otro grupo

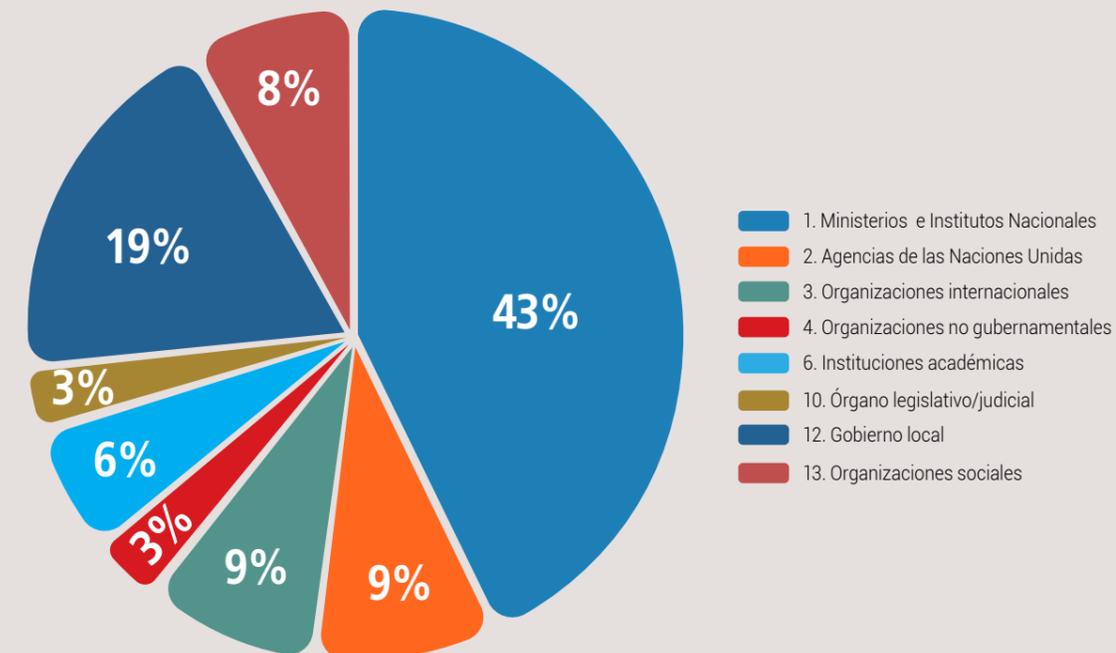
importante de socios de la Oficina de OPS/OMS en Bolivia. Esto se explica en parte por la fuerte presencia de Naciones Unidas en el país (18 instancias) y de múltiples agencias de cooperación internacional y bilateral. Otro factor reside en que la OPS/OMS actualmente es la Coordinadora del GruS Salud entre este tipo de agencias.

Las organizaciones de base social son un grupo de socios que, por sus funciones y mandatos relacionados con la participación social, la coordinación entre sectores y la rendición de cuentas, toma un papel relevante en el relacionamiento de la OPS/OMS en Bolivia.

Tanto las instituciones académicas y de investigación como las organizaciones-no-gubernamentales representan los grupos de socios con los que la Oficina tiene la menor frecuencia de relacionamiento.

Por otro lado, la Oficina de OPS/OMS en Bolivia privilegia el tipo de relacionamiento estratégico limitando la relación estrictamente técnica. No obstante, se reconoce la necesidad de promover el relacionamiento de naturaleza política. El siguiente gráfico muestra los resultados del Mapeo de relacionamiento estratégico según tipo de socios.

Gráfico N° 16: Mapeo de relacionamiento estratégico según tipo de socios

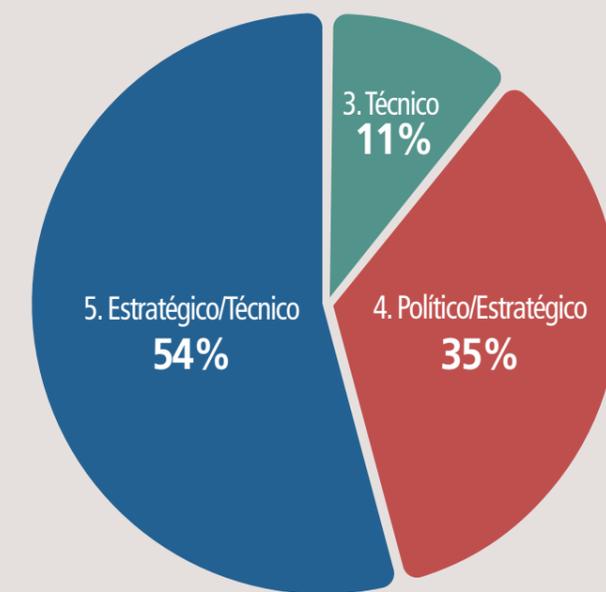


Fuente: Elaboración propia OPS/OMS Bolivia Matriz de relacionamiento ECP Bolivia 2023-2027.
Nota aclaratoria: Mapeo de relacionamiento estratégico, según tipo de socios, sólo contiene el número de las categorías de actores que tienen mayor frecuencia de relación con la OPS/OMS en Bolivia.

Con base a los resultados del análisis de relacionamiento, para la implementación de la ECP 2023-2027 se contempla formalizar la relación con las contrapartes y socios más relevantes a través de convenios de cooperación, ya sea con transferencia de recursos financieros o sin ellos. Para el caso de las instituciones académicas y de investigación, así como las instancias políticas, se contempla ampliar el número de socios buscando la complementariedad de acciones en beneficio de la salud del país.

El siguiente gráfico muestra la distribución proporcional de socios según categorías.

Gráfico N° 17: Distribución proporcional según categoría



Fuente: Elaboración propia OPS/OMS Bolivia Matriz de relacionamiento ECP Bolivia 2023-2027.



5.
Identificación
**DE PRIORIDADES
ESTRATÉGICAS PARA LA
COOPERACIÓN TÉCNICA**

5.

Identificación

DE PRIORIDADES ESTRATÉGICAS PARA LA COOPERACIÓN TÉCNICA

En concordancia con las Guías de la OMS para la preparación de ECPs 2020 y con la finalidad de asegurar el enfoque de país, el proceso de identificación de prioridades estratégicas y respectivas áreas de enfoque de la ECP Bolivia tuvo una secuencia lógica. Se partió del análisis de situación, el contexto y la organización del sistema de salud del país, complementado con el análisis de los marcos de planificación estratégica nacionales, incluyendo el PGDES-AP, el PDES y el PSDI de Salud 2021-2025.

Posteriormente, se revisaron los marcos de planificación estratégica de la OPS y OMS, incluyendo la ASSA, el PE OPS, el PGT de la OMS los cuales a su vez quedan enmarcados en la ASSA y sus respectivos ODSs.

Con el fin de identificar las áreas de cooperación en los que la OPS/OMS podría brindar valor agregado o tenga una ventaja comparativa, el análisis incluyó una revisión de la cooperación previa de la Organización, un ejercicio para la identificación de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, y un mapeo de relacionamiento estratégico con socios clave.

Como resultado de este complejo análisis se identificaron como una primera aproximación un conjunto de temas sin un orden jerárquico el cual se sometió a revisión y posterior validación tanto por socios de la cooperación como por las instituciones del país a través de una consulta amplia y altamente participativa resumida en el siguiente cuadro.

Tabla N° 7: Resumen reuniones de consulta de la ECP Bolivia con grupos de socios

Talleres de consulta	Grupos de consulta	Participantes
7/02/2023	GruS Salud y Agencias de las Naciones Unidas	28
08/02/2023	Gobiernos departamentales y SEDES de Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz, Universidad Mayor de San Simón, Universidad Mayor San Francisco Xavier de Chuquisaca, Universidad Católica de Santa Cruz	41
09/02/2023	Gobiernos municipales y Organizaciones sociales de los Departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Santa Cruz	26
13/02/2023-AM	Universidad Mayor de San Andrés, Escuela Nacional de Salud, Cajas Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud	10
13/02/2023-PM	Otros Ministerios y entidades Asamblea Legislativa	10
14/02/2023-AM	Gobiernos departamentales y SEDES, Departamentos de La Paz, Oruro y Beni	32
14/02/2023-PM	Organizaciones sociales y ONGs La Paz, Oruro y Beni	15
16/02/2023-AM	Ministerio de Salud y Deportes, Gabinete, Vice Ministerios, Direcciones y Programas	36
Total participantes		198

Fuente: realización propia en base a reportes de las reuniones de consulta ECP Bolivia.

Esta fase de consultas logró reunir a más de 198 representantes de diversas instituciones que identificaron las prioridades estratégicas y áreas de enfoque de la OPS/OMS en los próximos cinco años en Bolivia, así como el rol que debería jugar la OPS/OMS y qué participación pudiera tener cada institución socia al respecto.

Durante los trabajos de grupo se analizó también la concordancia entre las prioridades estratégicas de la ECP Bolivia y los Lineamientos estratégicos

del PSDI de Salud 2021-2025 así como las prioridades estratégicas del Marco de Complementariedad UNSCDF 2023-2027 y los resultados Intermedios del PE OPS.

Esta fase culminó con un taller de análisis de los resultados de dicha consulta con el MSyD del Estado Plurinacional de Bolivia.

Las prioridades estratégicas y sus respectivas áreas de enfoque se presentan a continuación.

PRIORIDAD ESTRATÉGICA 1	ÁREAS DE ENFOQUE
Fortalecer la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través del curso de vida considerando los determinantes de la salud con enfoque intercultural, de género y de derechos.	1.1 Apoyar el desarrollo de políticas públicas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad priorizando las poblaciones que viven en situación de vulnerabilidad, para mejorar la calidad de vida de las personas.
	1.2 Promover los entornos saludables abordando los determinantes para proteger la salud, incluyendo la salud ocupacional, a través de estrategias intersectoriales que vinculen el nivel subnacional (governaciones, municipios y organizaciones comunitarias) con participación y control social.
	1.3 Fortalecer la capacidad institucional en el uso de la comunicación estratégica para promover estilos de vida saludables.



PRIORIDAD ESTRATÉGICA 2	ÁREAS DE ENFOQUE
Contribuir al desarrollo de un Sistema Único de Salud resiliente y basado en la Atención Primaria de Salud con énfasis en el desarrollo de la política SAFCI garantizando gratuidad y equidad en el acceso.	2.1 Fortalecer el liderazgo y la rectoría del MSyD, la gobernanza y la participación social en el sistema de salud, articulando todos los niveles de gobierno (Nacional, Departamental, Municipal e Indígena Originario y Campesino), la SSCP y la estructura social en salud.
	2.2 Mejorar las capacidades de regulación, disponibilidad y acceso a medicamentos esenciales, equipamiento médico y otras tecnologías sanitarias.
	2.3 Fortalecer la planificación, el desarrollo y la gestión integral de los RHUS.
	2.4 Apoyar el desarrollo e implementación de una estrategia de financiamiento del SUS sostenible con enfoque de equidad, eficiencia y protección financiera para reducir/eliminar el gasto de bolsillo.
	2.5 Fortalecer las capacidades del sector salud con la transformación digital de la gestión de información bajo un concepto de sistema único de información que coadyuve a la generación de evidencias para una correcta toma de decisiones mejorando la calidad de la atención y oferta de servicios.




PRIORIDAD ESTRATÉGICA 3
ÁREAS DE ENFOQUE

Fortalecer el acceso a los servicios de salud de calidad, integrados e integrales que respondan a las necesidades de salud centrados en la persona, familia y comunidad, basados en la política SAFCI e incorporando los enfoques de derechos, género e interculturalidad.

- 3.1 Fortalecer la calidad y la gestión integrada de las redes de servicios de salud basadas en la política SAFCI, considerando el curso de vida, mejorando la capacidad resolutoria del primer nivel de atención para la reducción de las hospitalizaciones por trastornos sensibles al manejo ambulatorio.
- 3.2 Fortalecer las capacidades de gestión y provisión de los servicios en el sector salud incluyendo los prestados por la sociedad civil para la implementación de las intervenciones que reduzcan los embarazos en adolescentes, la mortalidad materna y neonatal, favorezcan la SSyR y promuevan el envejecimiento saludable.
- 3.3 Promover la articulación de la medicina tradicional en la red de servicios de salud.


PRIORIDAD ESTRATÉGICA 4
ÁREAS DE ENFOQUE

Fortalecer la capacidad de preparación, respuesta y recuperación temprana del sistema de salud ante las emergencias sanitarias y desastres con participación de la comunidad.

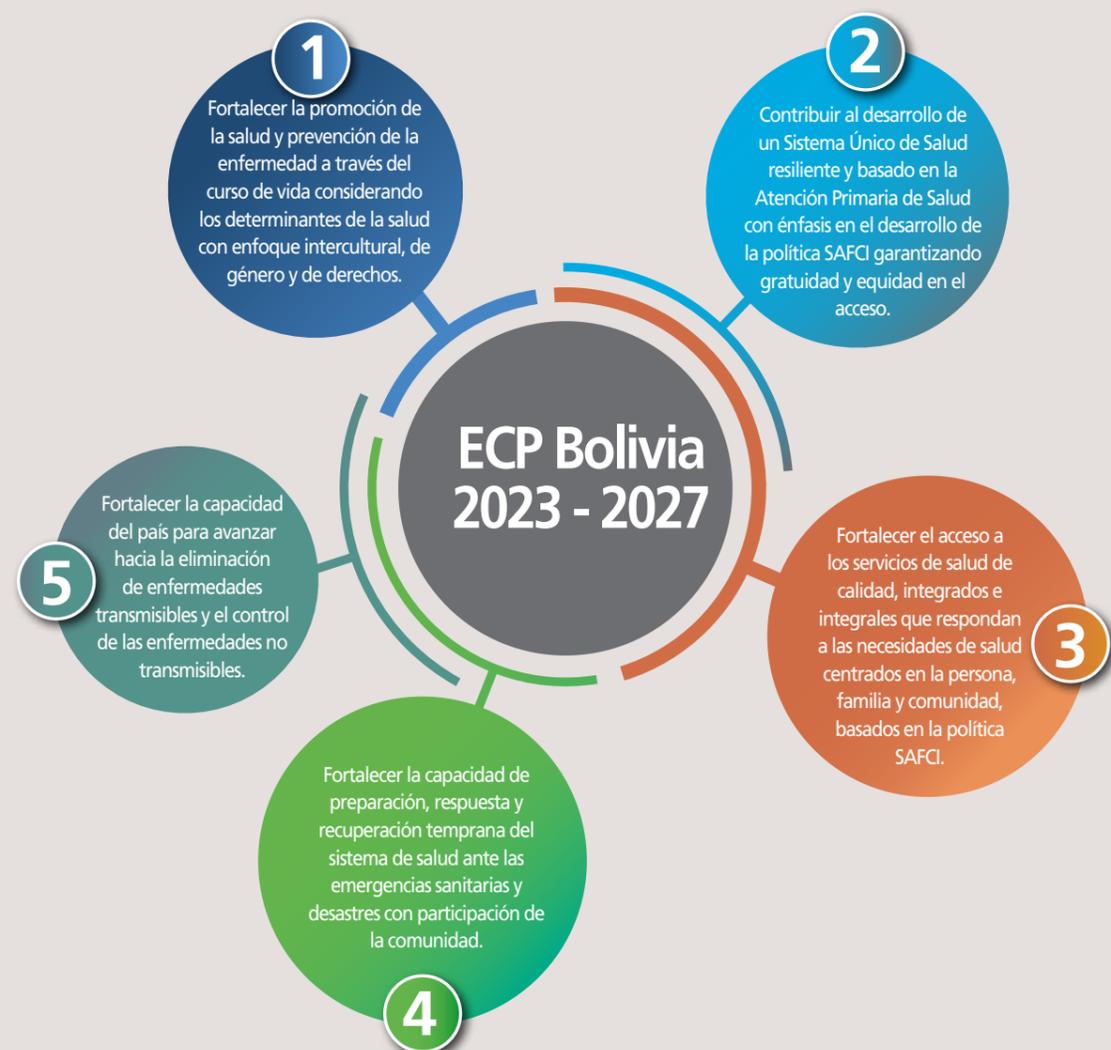
- 4.1. Desarrollar las capacidades del sector salud en gestión de información, vigilancia y alerta temprana frente a emergencias sanitarias y desastres con participación comunitaria.
- 4.2. Desarrollar herramientas y mecanismos para mejorar la coordinación de la preparación, respuesta y recuperación temprana frente a emergencias del sector para asegurar la continuidad en la prestación de los servicios esenciales de salud en el marco del Reglamento Sanitario Internacional (RSI).
- 4.3. Contribuir al desarrollo y conformación de equipos de respuesta rápida con enfoque multidisciplinario y multi amenaza, incluyendo los equipos médicos de emergencia.


PRIORIDAD ESTRATÉGICA 5
ÁREAS DE ENFOQUE

Fortalecer la capacidad del país para avanzar hacia la eliminación de enfermedades transmisibles y el control de las Enfermedades No Transmisibles (ENT).

- 5.1 Mantener y acelerar los avances hacia la eliminación de las enfermedades transmisibles prioritarias y evitar la reintroducción de las eliminadas.
- 5.2 Fortalecer las capacidades institucionales para la vigilancia epidemiológica, la gestión de los laboratorios y el tratamiento para el control de las enfermedades transmisibles incluyendo las prevenibles por vacunas.
- 5.3 Fortalecer las capacidades institucionales y del personal de salud para asegurar una respuesta rápida ante los brotes y epidemias aplicando el enfoque UNA Salud.
- 5.4 Contribuir al fortalecimiento de la capacidad del sistema de salud para la reducción de la discapacidad y la mortalidad prematura por ENT, traumatismos, violencia y la prevención y tratamiento de los trastornos de salud mental.

Ilustración N° 4: Prioridades Estratégicas de Cooperación de País Bolivia 2023-2027



Fuente: Elaboración propia OPS - OMS Bolivia.





6.
Implicaciones
PARA LA OPS/OMS EN
LA IMPLEMENTACIÓN
DE LA ECP-BOLIVIA
2023-2027

6. *Implicaciones* PARA LA OPS/OMS EN LA IMPLEMENTACIÓN DE LA ECP-BOLIVIA 2023-2027

El PE OPS y la Política Regional de Presupuesto de la Organización reconocen a Bolivia como un país prioritario junto con otros siete países claves de la Región de las Américas. Por este motivo, la Organización proporciona a Bolivia un trato preferencial en su planificación, asignación de recursos y provisión de cooperación técnica

6.1. IMPLICACIONES PARA EL NIVEL DE PAÍS

La Oficina en Bolivia analizará y evaluará los posibles ajustes que las Prioridades estratégicas de la ECP tienen para los planes de trabajo bienales 2022-2023, 2024-2025 y 2026-2027, así como para la definición del perfil de recursos humanos que la Oficina requiere, es necesario que el reclutamiento y/o asignación del recurso humano este de acuerdo a las competencias y experiencia que se requiera para entregar la cooperación técnica, así mismo, es importante disponer del presupuesto para esto es clave formular una estrategia de movilización de recursos financieros y tecnológicos con el apoyo de toda la Organización.

Se deberá trabajar en análisis estratégicos para generar convenios de cooperación técnica entre la Oficina y nuestros principales socios nacionales a fin de extender nuestra cooperación técnica y movilizar contribuciones voluntarias. Estos acuerdos proporcionarán un valor agregado concordantes con las prioridades estratégicas de cooperación técnica de la OPS/OMS definidas en su ECP.

La Oficina dispone de instalaciones adecuadas para la implementación de los requerimientos de la ECP, que se encuentran en un edificio nuevo que responde a las condiciones de seguridad requeridas por el SNU.

6.2. IMPLICACIONES PARA EL NIVEL SUBREGIONAL

Los asesores subregionales con base en la sede de Lima (SAM) desempeñan una función de soporte en áreas clave tales como Desarrollo de RHUS y Respuesta Emergencias.

Los programas subregionales desempeñan un papel importante al asegurar la consonancia de la política sanitaria entre las distintas subregiones geográficas y dentro de ellas, a través de

los respectivos mecanismos de integración subregionales. Bolivia participa de varios mecanismos de integración subregional, entre ellos ORAS-CONHU (Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue), OTCA (Organización del Tratado de Cooperación Amazónica), MERCOSUR (Mercado Común del Sur), y la Alianza Bolivariana para los Pueblos de Nuestra América (ALBA).

En los últimos años la Oficina de Bolivia ha impulsado la cooperación entre países para el desarrollo de la salud (cooperación Sur-Sur y triangular) que facilita el intercambio de conocimientos, transferencias de experiencias y tecnologías y movilización de recursos nacionales e internacionales. La cooperación técnica subregional de la Oficina de Bolivia ha posibilitado la adopción de decisiones en áreas clave, entre ellas las ENT, la medicina tradicional e intercultural, los instrumentos de análisis de información (salas situacionales), etc.

La implementación de la ECP plantea nuevas oportunidades y desafíos. Los Programas subregionales, así como los Representantes de las Oficinas de los países deberán conocer las Prioridades estratégicas de la ECP Bolivia para considerarlas en la programación de sus actividades. Asimismo, el personal técnico de la Oficina de Bolivia deberá conocer las Prioridades estratégicas de los otros países de la subregión y el programa de trabajo del nivel subregional, identificando las posibles oportunidades y alianzas para la implementación de la ECP Bolivia.

6.3. IMPLICACIONES PARA EL NIVEL REGIONAL

En reconocimiento de su clasificación como país prioritario, el nivel regional deberá mantener una atención continua a Bolivia. En su función de respaldo (Back stop), los departamentos técnicos deberán proporcionar la cooperación técnica en temáticas de la ECP para las cuales la Oficina de País de Bolivia tiene una capacidad limitada. Deberán, además, reforzar la capacidad técnica existente, en forma oportuna, integral, integrada y sostenida para la implementación de las Prioridades estratégicas de la ECP Bolivia con el fin de fortalecer los procesos de transformación del sector salud de Bolivia y consolidar su rol activo como Estado miembro en los Cuerpos Directivos.

Las entidades regionales con funciones habilitadoras deberán contribuir de manera integral, coordinada y estratégica a la gestión de los recursos financieros y humanos partiendo desde la planificación que considere las prioridades y garantice la implementación de la ECP Bolivia, incluyendo la gestión de recursos de carácter institucional, como los que la OPS/OMS, Centros Colaboradores, otros centros de excelencia y redes regionales podrían ofrecer y promoviendo la cooperación técnica entre países.

6.4. IMPLICACIONES PARA EL NIVEL GLOBAL

En el marco del cumplimiento de la ASSA y los ODS la implementación de la ECP Bolivia requiere una respuesta integral y coordinada a nivel global. Asimismo, se deberá tener en cuenta el apoyo y la promoción de la cooperación con países de otras regiones interesados en la cooperación bilateral con Bolivia.

En el marco del PDES y PSDI 2021-2025 el apoyo a la industrialización y producción nacional de productos biológicos, medicamentos, plantas a uso medicinal tradicional ancestral e intercultural, y otras tecnologías sanitarias (SUS-SAFCI) requerirá un apoyo significativo y una fuerte abogacía de la sede de la OPS/OMS que aprovechará a Bolivia en particular y a la Región de las Américas en general en el nombre del "Vivir Bien".



7.

MONITOREO Y
EVALUACIÓN DE LA
ECP

7.

MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA ECP

El seguimiento y evaluación de la implementación de la ECP Bolivia 2023-2027 se hará de acuerdo con los procesos corporativos de la OPS/OMS. Siendo que el periodo de la ECP comprenderá tres presupuestos por programa (segundo año del bienio 2022-2023; bienio 2024-2025; y bienio 2026-2027).

Las revisiones del cuarto semestre de cada uno de los bienios servirán de insumo para apreciar el avance en la implementación de la ECP. Adicionalmente, se contempla realizar una evaluación intermedia en el transcurso del tercer año de la ECP. Esta evaluación intermedia permitirá identificar los progresos alcanzados, así como los obstáculos y posibles riesgos para su implementación y en consecuencia ajustar la ECP, si fuera necesario, considerando también los cambios que pudieran surgir tanto en el contexto del país como hacia dentro de la Organización.

La evaluación final, es más exhaustiva, se centra en la identificación de factores que facilitaron o impidieron la implementación de la ECP y en precisar la contribución de la ECP al desarrollo sanitario del país, proponiendo medidas que puedan aplicarse en el subsiguiente ciclo de ECP.

Tanto la evaluación intermedia como la evaluación final se harán utilizando las guías con las que cuenta la OPS/OMS con estos fines.

Ambos procesos se adherirán a los principios básicos de la ECP.

- Mantener el enfoque de país, es decir, tener el liderazgo en el Representante del país y su equipo; basar la evaluación en documentos del país y que la evaluación responda a las necesidades de este.
- Hacer un proceso simple y práctico, anclado en la cooperación técnica y enfocado en la rendición de cuentas.
- Mantener el principio participativo involucrando a todo el equipo de la oficina, tanto para los componentes interno y externo de la evaluación. La participación implica también incorporar a las autoridades nacionales y otros socios que hayan participado en la elaboración e implementación de la ECP. La participación de toda la oficina requiere además el liderazgo y coordinación de un equipo para facilitar los componentes (interno y externo) de la evaluación y documentar los procesos adelantados.
- Usar al máximo los instrumentos corporativos disponibles evitando agregar cargas de trabajo y desarrollo de mecanismos paralelos para monitoreo y evaluación de la cooperación técnica.

Tanto la evaluación de medio plazo como la final incluirán un componente interno en el que solamente participan funcionarios de la OPS/OMS, y un componente externo en el que participan contrapartes nacionales y socios relevantes. En ambos momentos se evalúan la relevancia, la efectividad, la eficiencia y los resultados de la ECP.

El componente interno consistirá en una revisión sistemática de los informes del monitoreo de la implementación del PE OPS cotejados con las necesidades del país y con las prioridades estratégicas de la ECP. Será de carácter cuantitativo, en cuanto a que utilizará insumos numéricos generados por los sistemas de planificación, programación, monitoreo y evaluación propios de la Organización. El componente externo es más cualitativo obteniendo la opinión de actores clave a través de un cuestionario semiestructurado.

En el componente interno de la evaluación el nivel de asociación entre la cooperación de la Organización y las necesidades del país se establece a través de la apreciación colegiada de los miembros del equipo de trabajo de la Oficina de País y se recolecta en una matriz (Excel) con variables ponderadas que va consolidando los resultados para expresarlos a nivel de cada una de las prioridades estratégicas definidas en la ECP que se evalúa.

El componente externo consistirá en una consulta a autoridades nacionales y socios relevantes, seleccionados con criterios por conveniencia y según los resultados del mapeo de relacionamiento estratégico previo, a quienes se les aplica un cuestionario abierto semiestructurado. Según sea el contexto y condiciones del país en el momento de la evaluación, la consulta se hará presencialmente o a través de medios electrónicos o con una combinación de ambas modalidades.



Fotos Niños en Guayaramerín, cerca a la frontera Bolivia - Brasil - OPS/OMS Bolivia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agenda Patriótica 2025 - 13 pilares de la Agenda Patriótica y Soberana, Ministerio de Planificación del Desarrollo, Bolivia. Disponible en: http://www.planificacion.gob.bo/uploads/AGENDA_PATRIOTICA2025_MPD.pdf
2. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 - Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la región, OPS/OMS. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49169/CSP296-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
3. Comunicación y salud en América latina: un campo en permanente movimiento en La contribución de América Latina al campo de la comunicación: historia, enfoques teóricos, epistemológicos y tendencias de la investigación. Soares de Araujo, I. & Cuberli, M. (2015). César Bolaños Et. Al. Buenos Aires: Prometeo libros.
4. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, 2009, Bolivia. Disponible en: https://www.oas.org/dil/esp/constitucion_bolivia.pdf
5. Diagnóstico de los Recursos Humanos para la Salud 2021
6. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2011-2015 – Bolivia. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/165610?locale-attribute=es&>
7. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2018-2021 – Bolivia.
8. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2022-2027 – Brasil. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56315>
9. Estrategia de Cooperación técnica con Costa Rica 2023-2028. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-tecnica-con-costa-rica-2023-2028>
10. Estrategia de Cooperación de País OPS/OMS 2013-2017 – República Dominicana. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-pais-republica-dominicana-2013-2017>
11. Estudio de Cuentas en Salud 2018-2019, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.
12. Evaluación de medio termino y actualización de la Estrategia de Cooperación en el País Republica Dominicana 2013-2017, OPS/OMS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33896>
13. Evaluación final de la Estrategia de Cooperación en el País Republica Dominicana 2013-2017, OPS/OMS. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51728>
14. Fortalecimiento de la planificación de preparación para pandemias contra patógenos respiratorios. Disponible en: <https://www.paho.org/en/events/respiratory-pathogen-pandemic-preparedness-and-response-risk-communication>
15. Generar alianzas para la salud en Bolivia, OPS/OMS. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/generar-alianzas-para-salud-bolivia>
16. Guía 2020 Estrategia de Cooperación País OMS - Implementando el Decimotercer General Programa de trabajo para impulsar el impacto en todos los países.
17. Informe del Taller Regional de Lecciones Aprendidas sobre la Preparación y la Respuesta durante la Pandemia de COVID-19 en la Región de las Américas. Buenos Aires, del 16 al 19 de agosto del 2022. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57279>
18. Informe de seguimiento y evaluación del desempeño (PMA) 2018-2019, OPS/OMS.
19. Informe de seguimiento y evaluación del desempeño (PMA) 2020-2021, OPS/OMS.
20. Ley General 16998 de higiene y seguridad ocupacional y bienestar del 2 de agosto de 1979. Disponible en: <https://www.consultores-ambientales.com.bo/wp-content/uploads/2016/04/11.-Ley-de-Higiene-Seguridad-Ocupacional-y-Bienestar.pdf>
21. Ley Nro. 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, Bolivia. Disponible en: <https://www.paho.org/bol/dmdocuments/leymedicinatradicionalyreglamento.pdf>
22. Ley Nro. 031 Marco de Autonomías y Descentralización "Andrés Báñez", Bolivia. Disponible en: <http://www.planificacion.gob.bo/uploads/marco-legal/Ley%20N%C2%B0%20031%20DE%20AUTONOMIAS%20Y%20DESCENTRALIZACION.pdf>
23. Ley Nro. 1152 hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, Bolivia. Disponible en: <https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/ELECTRONIC/108764/134617/F1982550071/LEY%201152%20BOLIVIA.pdf>
24. Marco de Complementariedad de Naciones Unidas para el Vivir Bien en Bolivia 2023-2027. Disponible en: https://unsdg.un.org/sites/default/files/2022-11/UNSDCF-RF_Bolivia_2023-2027.pdf
25. Marco de Preparación para una Gripe Pandémica. Segundo plan de aplicación de alto nivel de la contribución de partenariado para la preparación 2018-2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/54842>

26. Norma de Procedimientos de salud ocupacional. 2020. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1jJK3LkSNvqpsCAfOXmEvQZpra_oIGK4F/view
27. Orientaciones de la OPS para el uso de la guía de la OMS del 2020 sobre las ECP.
28. Plan de Desarrollo Económico y Social 2021-2025 - Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, Hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones. Ministerio de Planificación del Desarrollo, Bolivia. Disponible en: http://www.planificacion.gob.bo/uploads/Presentacion_PDES_2021-2025.pdf y https://observatorioplanificacion.cepal.org/sites/default/files/plan/files/PDES_2021-2025a_compressed_0.pdf
29. Plan Estratégico Institucional 2021-2025, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.
30. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025 - Equidad, el corazón de la salud, WDC, 2020. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52717/9789275373613_spa.pdf?sequence=5
31. Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud para el Vivir Bien 2016-2020, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia. Disponible en: https://www.minsalud.gob.bo/images/pdf/PSDI_MS_16-20.pdf
32. Plan Sectorial de Desarrollo Integral de Salud para el Vivir Bien 2021-2025, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia.
33. Preparedness and Resilience for Emerging Threats Module 1: Planning for respiratory pathogen pandemics Version 1.0. Disponible en : <https://www.who.int/publications/m/item/preparedness-and-resilience-for-emerging-threats-module-1-planning-for-respiratory-pathogen-pandemics-version-1>
34. Presupuesto por Programas OPS 2022-2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd59od363-presupuesto-por-programas-organizacion-panamericana-salud-2022-2023>
35. Primera Encuesta Nacional de factores de riesgo de las Enfermedades No Transmisibles-STEPS, 2019. Ministerio de Salud y Deportes. Disponible en: <https://www.minsalud.gob.bo/component/jdownloads/?task=download.send&id=759&catid=39&m=0&Itemid=646>
36. Principios para el Vivir Bien. Ministerio de Relaciones Exteriores. Disponible en: <https://www.cancilleria.gob.bo/webmre/node/1231>.
37. Progreso multidimensional: bienestar más allá del ingreso. Informe Regional sobre Desarrollo Humano para América Latina y el Caribe PNUD, 2018. Disponible en: <https://www.undp.org/es/honduras/publications/progreso-multidimensional-bienestar-m%C3%A1s-all%C3%A1-del-ingreso>
38. Promoción de la Salud. Glosario. Organización Panamericana de la Salud. (1998). Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67246/WHO_HPR_HEP_98.1_spa.pdf;jsessionid=AF1BEAD9AA719F8053D3164D6E9B7FD9?sequence=1
39. Promoción de la salud y comunicación. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/promocion-salud>
40. Respiratory Pathogen Pandemic Preparedness and Response: Risk Communication. Disponible en: <https://www.paho.org/en/events/respiratory-pathogen-pandemic-preparedness-and-response-risk-communication>
41. Risk communication and community engagement readiness and response to coronavirus disease (COVID-19). Interim guidance. Organización Mundial de la Salud. (2020). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331513/WHO-2019-nCoV-RCCE-2020.2-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Salud en las Américas 2022, WDC, PAHO/WHO. Panorama de la Región de las Américas en el contexto de la Pandemia de Covid 19. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/56471>
43. 13° Programa general de trabajo 2019-2023. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328843/WHO-PRP-18.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=La%20OMS%20establecer%20prioridades,y%20promover%20poblaciones%20m%C3%A1s%20sanas>.
44. World economic outlook: countering the cost-of-living crisis, International Monetary Fund, OCT. 2022. Disponible en: https://reliefweb.int/report/world/world-economic-outlook-october-2022-countering-cost-living-crisis?gclid=Cj0KCQiA0oagBhDHARIsAI-BbgeBopqnKs75Q94D2QB6THKfaC8B9DQBzRnSM5W6uLufWHwDk-Dhg3SgaArCgEALw_wcB

 OPSOMSBolivia

 @OPSOMSBolivia

 @opspaho

 @PAHOTV

Teléfono: (+591) 2-2979730

Web: www.paho.org/es/bolivia

E mail: correspondencia@paho.org

Dirección: Av. Costanera No. 21 entre calles 8 y 9
de Calacoto, Edificio Nacional Seguros.

La Paz - Bolivia.

