



PERFIL DE LOS SISTEMAS DE SALUD
BOLIVIA

MONITOREO Y ANÁLISIS DE LOS PROCESOS DE
CAMBIO Y REFORMA

Diciembre, 2007
(Tercera Edición)

PERFIL DEL SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA

Diciembre, 2007

(Tercera Edición)

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
"Perfil del Sistema de Salud de Bolivia"
3ª Ed. Washington, D.C.: OPS, © 2008

ISBN 978 92 75 33225 2

I. Título

1. SISTEMAS DE SALUD - organización & administración
2. SERVICIOS DE SALUD - normas
3. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
4. BOLIVIA

(NLM WA540-DB6)

Washington DC, Diciembre, 2007

La versión electrónica de este documento está disponible en el sitio electrónico *Fortalecimiento de los Sistemas de Salud en América Latina y el Caribe* y puede accederse a www.lachealthsys.org. Para cualquier consulta con respecto a este documento, sírvase contactar con info@lachealthsys.org.

Esta publicación fue producida por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y fue posible a través del apoyo prestado por la Oficina de Desarrollo Regional Sostenible, Oficina para América Latina y el Caribe, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), según lo establecido en el Convenio No. LAC-G-00-04-00002-00. Las opiniones expresadas en esta publicación son aquellas del autor y no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional.

Este documento puede reproducirse y/o traducirse, en parte o en su totalidad, sólo si se usa sin fines comerciales.

LISTA DE ACRONIMOS

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
ACOBOL	Asociación de Concejalas de Bolivia
ASN	Autoridad Sanitaria Nacional
BCG	Vacuna contra la Tuberculosis
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CIDOB	Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia
CNIDAI	Comité Nacional de Integración Docente Asistencial
COB	Central Obrera Boliviana
CONAN	Consejo Nacional de Nutrición
CONAMAQ	Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyo
CSUTCB	Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia
DILOS	Directorio Local de Salud
DPT	Vacuna triple (Difteria, Pertusis, Tétanos)
EDA	Enfermedad Diarréica Aguda
FAM	Federación de Asociaciones de Municipios
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
HIPC	Programa de Alivio de la Deuda Externa
IBTEN	Instituto Boliviano de Tecnología Nuclear
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IEC	Información, Educación y Comunicación
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IPA	Índice Parasitario Anual
ITS	Infección de Transmisión Sexual
JICA	Agencia de Cooperación Japonesa
LOPE	Ley Orgánica del Poder Ejecutivo
LINAME	Listado Nacional de Medicamentos
MERCOSUR	Mercado Común del Sur
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OTB	Organización Territorial de Base
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PEA	Población Económicamente Activa
PIB	Producto Interno Bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PROMES	Programa Municipal de Educación para el área rural
PRONACS	Programa Nacional de Control de Calidad
REMSAA	Reunión de Ministros de Salud del Area Andina
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SERNAP	Servicio Nacional de Areas Protegidas
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil

SSPAM	Seguro Social para el Adulto Mayor
TBC	Tuberculosis
TCP-ALBA	Tratado de Comercio de los Pueblos - Alternativa Bolivariana para las Américas
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UDAPE	Unidad de Análisis de Política Económica
UNFPA	Fondo de las Naciones Unidas para la Población
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de Cooperación de Estados Unidos
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN EJECUTIVO	7
1.1. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD.....	10
1.1.1 Análisis Demográfico	10
1.1.2 Análisis Epidemiológico	12
1.1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).....	15
1.2. DETERMINANTES DE LA SALUD	18
1.2.1 Determinantes Políticos	18
1.2.2 Determinantes Económicos	20
1.2.3 Determinantes Sociales	23
1.2.4 Determinantes Medioambientales.....	24
II. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD.....	25
2.1. RECTORÍA.....	25
2.1.1 Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional.....	25
2.1.2 Conducción de la Política General de Salud	26
2.1.3 Regulación	32
2.1.4 Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)	33
2.1.5 Orientación del Financiamiento.....	34
2.1.6 Garantía del Aseguramiento	34
2.1.7 Armonización de la Provisión de Servicios de Salud.....	35
2.2. FINANCIAMIENTO Y ASEGURAMIENTO	35
2.2.1 Financiamiento	35
2.2.2 Aseguramiento	36
2.3. PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.....	38
2.3.1 Oferta y Demanda de Servicios de Salud.....	38
2.3.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud	41
2.3.2.1. Formación de recursos humanos.....	41
2.3.2.2. Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo.....	41
2.3. Oferta y distribución de recursos humanos	42
2.3.3 Medicamentos y Otros Productos Sanitarios.....	43
2.3.4 Calidad de los Servicios.....	44
III. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA.....	44
3.1. EFECTO SOBRE LAS FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	44
3.2. EFECTO SOBRE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LAS REFORMAS	45
3.3. EFECTO SOBRE EL SISTEMA DE SALUD	47
3.4. ANÁLISIS DE ACTORES	48
REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS.....	58

RESUMEN EJECUTIVO

Bolivia, tiene una población estimada de 9,427,219 habitantes (2007) y una tasa anual de crecimiento intercensal a nivel nacional de 2.7%. El 62.4% de la población reside en área urbana, 47.3% en área rural; 50.16% de la población es de sexo femenino. La esperanza de vida al nacer es de 63.84 años, el 38.65% de la población tiene menos de 15 años y 7% tiene 60 y más años. La tasa global de fecundidad es de 3.8 y la tasa bruta de natalidad de 28 por mil nacidos vivos.

El perfil epidemiológico presenta un patrón de transición, teniendo aún altas incidencias de enfermedades transmisibles, combinándose con un incremento paulatino en la prevalencia de enfermedades crónicas. La tasa bruta de mortalidad en Bolivia es de 7.7 por mil habitantes estimada para el período 2000-2005. La razón de mortalidad materna es de 235 por 100.000 nacidos vivos¹. La tasa de mortalidad infantil es de 75 por 1000 nacidos vivos para el periodo 1998-2003.

El actual gobierno ha logrado un comportamiento macroeconómico estable durante la gestión 2006 caracterizado principalmente por superávit de 5.9% del PIB y disminución de la deuda a 3,200 millones de dólares (30.7% del PIB). El 64.6% de la población boliviana tiene la condición de pobre de acuerdo a la línea de pobreza y el 36.77% se encuentra en extrema pobreza. El 70.2% de los indígenas y el 56.3% de los no indígenas son pobres. No existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de pobreza, de acuerdo al género. Las personas que tienen actividad independiente tienen una incidencia de pobreza de 64.2%, en relación a los que tienen un trabajo formal de los que el 52.7% son pobres (2002).

El “derecho a la salud como derecho fundamental de la persona y la obligación del estado de defender el capital humano” está establecido en la Constitución Política del Estado desde el año 1938, y en las modificaciones posteriores. La estructura del Estado está establecida por la Ley de Participación Popular (1994), la Ley de Descentralización Administrativa (1995) y la Ley de Municipalidades (1999).

El sistema de salud es fragmentado, conformado por el subsector público, de la seguridad social, el privado y la medicina tradicional, con predominio de pago directo o pago de bolsillo como mecanismo de financiamiento. Los mecanismos de aseguramiento de corto plazo solo benefician a los estratos medios de la población que cuentan con un trabajo asalariado, salvando en parte esta situación los seguros públicos como parte de la

¹ Encuesta post censal de mortalidad materna del año 2002

responsabilidad del estado para con la población. El Gasto Nacional en Salud como % del PIB ha evolucionado en forma positiva. El año 1995 era 4.38% y llegó a 6.95% el año 2002. El gasto nacional en salud per cápita en dólares se ha incrementado de \$42 en 1995 a \$61.37 el 2002.

El nuevo modelo de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural, orienta las acciones de la nueva Política Nacional Sectorial de Salud, para satisfacer las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad. Establece un nivel de gestión compartida, que impulsa la toma de decisiones conjuntas en la gestión de salud entre el personal de salud, la comunidad y el gobierno municipal y un modelo de atención, organizado y dirigido a prestar servicios de salud integrales e interculturales comprendiendo no sólo a la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y su cosmovisión relacionadas al espacio socio económico, cultural y geográfico de donde proviene el usuario, la familia y la comunidad.

La gestión de recursos humanos y condiciones de empleo, es uno de los puntos conflictivos del sistema de salud, toda vez que no se tienen estudios que demuestren con certeza y veracidad los indicadores de empleo, subempleo, multiempleo, así como en lo que respecta a la disponibilidad, distribución, y flujo de recursos humanos. Existe una amplia brecha entre la disponibilidad de médicos en los municipios de acuerdo al nivel de pobreza del municipio, con pocos médicos en municipios muy pobres y mayor cantidad en municipios con menor nivel de pobreza. No se cuenta con información sobre la reducción de brechas en cuanto a la posibilidad de que el/la paciente pueda obtener atención el mismo día que solicita servicios de atención primaria y sobre el número de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (idioma, horario, género).

La evaluación del impacto de los seguros públicos establece que se ha incrementado significativamente el número de prestaciones otorgadas a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años; se ha incrementado el uso de servicios de salud, que sin embargo, no llega a la población más pobre, sino que se concentra en población con mayores recursos económicos; la mortalidad infantil ha disminuido; el impacto de los seguros de salud es significativo en el área urbana mientras que en el área rural no se establece una disminución significativa; el impacto en los indicadores evaluados en el área rural es leve y existen brechas importantes con el área urbana en relación a la mortalidad, parto institucional, cuarto control prenatal y vacunación de pentavalente.

Los procesos de participación social en salud se han estructurado a partir de la conformación de los DILOS. Un estudio realizado en el SEDES La Paz, que se puede usar como símil en otros departamentos, establece que es necesario implementar acciones que permitan una participación social que tenga un mayor grado de efectividad en el nivel municipal. En el modelo de gestión, se ha establecido que de las 9 funciones y atribuciones del DILOS, ninguna se ha cumplido en forma satisfactoria. Sólo se han cumplido parcialmente dos que son: ejecutar la gestión compartida con participación popular y la gestión de recursos físicos que fue dispar.

Actualmente el MSD tiene como objetivo recuperar la soberanía y la rectoría del sistema, liderar la intersectorialidad para la salud, y desarrollar mayor capacidad de gestión para garantizar la sostenibilidad financiera del sector.

I. CONTEXTO DEL SISTEMA DE SALUD

1.1. Análisis de la Situación de Salud

1.1.1 Análisis Demográfico

Bolivia, tiene una población estimada de 9,427,219 habitantes (2007) y presenta las siguientes características demográficas:²

- Tasa anual de crecimiento intercensal a nivel nacional de 2.7%.
- El 62.4% de la población boliviana reside en área urbana.
- 50.16% son de sexo femenino.
- La esperanza de vida al nacer es de 63.84 años; desagregado por sexo las mujeres tienen una esperanza de vida de 65.99 años, en cambio los varones llegan a 61.50 años.
- 38.65% de la población tiene menos de 15 años y 7% tiene 60 y más años.
- La tasa global de fecundidad es de 3.8 y la tasa bruta de natalidad de 28 por mil nacidos vivos.
- La tasa de fecundidad de mujeres adolescentes (15-19 años) es de 95.7 (2.001) (80.6 en el área urbana y 132.5 en el área rural)

TABLA 1. TENDENCIA DEMOGRÁFICA. BOLIVIA, 1990-2005

Periodos/Indicadores	1990 - 1994		1995 - 1999		2000 - 2005	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Población total (miles)	3,303,652	3,365,074	3,716,294	3,765,414	4,698,293	4,728,926
Proporción de población urbana ³	1992: 42.45%				2001: 62.43%	
Población indígena ⁴	1976 : 64.46%		1992: 61.42%		2001: 49.95%	
Proporción de población menor de 15 años ⁵	1976: 42.62%	40.34%	1992 42.34%	40.17%	2001 39.78%	37.53%
Proporción de población 60 y más años	1976: 5.88%	6.83%	1992 6.11%	6.84%	2001 6.50%	7.50%
Tasa de crecimiento anual de la población ⁶	1976-1992 = 2.1				1992-2001 = 2.7	
Tasa global de fecundidad ⁷	5.9		4.8		4.4	
Tasa bruta natalidad x 1000	42		35		33	
Tasa bruta de mortalidad	ND		10		8.1	
Esperanza de vida al nacer	55		60		61.8	66.0

Nota: No se dispone información sobre el saldo migratorio.

² INE. UNFPA, CEPAL. Bolivia: Estimaciones y proyecciones de población, período 1950-2050. La Paz,

³ INE. El proceso de urbanización en Bolivia, 1992 – 2001. 3ra edición. Junio 2004.

⁴ INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Distribución de la Población.

⁵ INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Distribución de la Población. Elaboración propia en base al cuadro No. 1.5. Bolivia. Población total por censo y sexo, según área y grupo quinquenal de edad, Censos de 1976, 1992 y 2001.

⁶ INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Distribución de la Población.

⁷ INE. Bolivia: Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad. La Paz-Bolivia. Noviembre 2003.

Mortalidad

La tasa bruta de mortalidad en Bolivia es de 7.7 por mil habitantes estimada para el período 2000-2005.⁸ La razón de mortalidad materna establecida por la encuesta post censal de mortalidad materna del año 2002, es de 235 por 100.000 nacidos vivos.⁹ La tasa de mortalidad infantil (TMI) presenta las siguientes características:

- una tendencia a la disminución de 116 por 1000 nacidos vivos entre 1989-1994 a 75 por 1000 nacidos vivos para el periodo 1998-2003.
- significativa disminución de la tasa de mortalidad postinfantil (1 a 4 años) de 44 a 23 por mil nacidos vivos en los mismos periodos de tiempo.
- en cambio la mortalidad neonatal y postneonatal, ha disminuido en una proporción mucho más baja (37 a 27 por mil nacidos vivos) en el mismo periodo.
- la TMI (2003) es mayor en el área rural (96 x mil nacidos vivos) en relación al área urbana (59 x mil nacidos vivos) y mayor entre los indígenas (87 x mil nacidos vivos) que entre los no indígenas (45 x mil nacidos vivos).¹⁰

TABLA 2. SITUACIÓN DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD, SEGÚN PERIODOS, SEXO Y LUGAR. BOLIVIA, 1990-2005

	General	Materna	Enferme- dades transmisi- bles de reporte obligatorio	Enferme- dades del aparato circulatorio	Enferme- dades neoplási- cas malignas	Causas externas
1990-1994	10.2	390	ND	ND	ND	ND
1995-1999	9.1	ND	ND	ND	ND	ND
2000-2005	7.7	230	122.6	370	73.5	109.7
Hombres	9.8	NA	132	358.2	57.4	161.8
Mujeres	8.6	234	113.3	382.6	89.7	58.1

No se cuenta con información sobre pertenencia étnica, TBC, SIDA u malaria por área de residencia (urbana, rural).

Fuentes: INE, DHS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2003.

OPS/OMS. Boletín Epidemiológico. Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia. Vol 23 No. 2. Junio 2002.

Ministerio de Salud y Deportes. Situación de Salud. Bolivia 2004. La Paz. 2006.

⁸ OPS/OMS. Boletín Epidemiológico. Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia. Vol 23 No. 2. Junio 2002.

⁹ MSD. Situación de salud. Bolivia 2004. Documentos de divulgación científica. Enero 2006.

¹⁰ UDAPE. NNUU, OIT. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bolivia 2006.

TABLA 3. SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN PERIODOS Y CAUSAS. BOLIVIA, 1989 – 2003

	Neonatal (0 a 28) días)	Post neonatal (28 días a 1 año)	Infantil (0 a 1 año)	Post-Infantil (1 a 4 años)	Total (1-5 años)
Períodos					
1989 – 1994	37	39	75	44	116
1993 – 1998	34	34	67	26	92
1998 – 2003	27	27	54	23	75
Causas					
Afecciones originadas en el período perinatal (Trauma del nacimiento/ asfixia y la prematuras)	ND	ND	ND	ND	16%
Enfermedades infecciosas intestinales (EDA)	ND	ND	ND	ND	36%
Enfermedades de las vías respiratorias agudas (IRA)	ND	ND	ND	ND	20%
Inmuno-prevenibles	ND	ND	ND	ND	3%
Otras causas	ND	ND	ND	ND	25%
Zonas Geográficas					
Urbana	21	ND	44	ND	59
Rural	35	ND	67	ND	96
Pertenencia Étnica					
No Indígena	ND	ND	33	ND	45
Indígena	ND	ND	62	ND	87

Fuentes: INE, DHS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 2003. UDAPE, NNUU, OIT. Pueblos Indígenas originarios y objetivos de desarrollo del milenio. 2006.

Nota: no se cuenta con información sobre muertes causadas por anomalías congénitas y por deficiencias de la nutrición.

1.1.2 Análisis Epidemiológico

El perfil epidemiológico presenta un patrón de transición, teniendo aún altas incidencias de enfermedades transmisibles, combinándose con un incremento paulatino en la prevalencia de enfermedades crónicas.

Morbilidad General

En el 2006, las 10 primeras causas de morbilidad general hospitalaria fueron: traumatismos, heridas, intoxicaciones y otros factores externos (15.4%), enfermedades del aparato respiratorio (13.4%), las enfermedades infecciosas y parasitarias (12.7%), las enfermedades del sistema digestivo (11.5%), las enfermedades del sistema genito urinario (9.1%), las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (7.6%), embarazo, parto y puerperio (6.5%), enfermedades del aparato locomotor (6.1%), enfermedades de los sentidos (5.8%) y enfermedades del sistema circulatorio (5.5%).¹¹

¹¹ SNIS-VE. Perfil de morbilidad de enfermedades no transmisibles de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Octubre 2007. Mimeo.

TABLA 4. MORBILIDAD Y FACTORES DE RIESGO. BOLIVIA, 1990-2005

Períodos/Indicadores	1990-1994		1995-1999		2000-2005	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Tasa de fecundidad en mujeres adolescentes (15-19 años) ¹²	1976: 94.6 Área Urbana : 85.1 Área rural: 107.5		1992 : 85.9 Área Urbana : 73.7 Área rural: 110.7		2001: 95.7 Área Urbana : 80.6 Área rural: 132.5	
Prevalencia anual de déficit nutricional moderado y grave en niños menores de 5 años ¹³	1994: <u>Prevalencia desnutrición:</u> Talla/edad: 28.3% Peso/talla: 4.4% Peso/Edad: 15.7% <u>Prevalencia desnutrición severa:</u> Talla/edad: 10.0% Peso/talla: 0.8% Peso/Edad: 3.7%		1998: <u>Prevalencia desnutrición:</u> Talla/edad: 25.5% Peso/talla: 1.8% Peso/Edad: 9.5% <u>Prevalencia desnutrición severa:</u> Talla/edad: 8.9% Peso/talla: 0.5 Peso/Edad: 1.7%		2003: <u>Prevalencia desnutrición:</u> Talla/edad: 26.5% Peso/talla: 1.3% Peso/Edad: 7.5% <u>Prevalencia desnutrición severa:</u> Talla/edad: 8.0% Peso/talla: 0.3% Peso/Edad: 1.3%	
Prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad ¹⁴		1994: 27,3%		1998: 35,6%	2003: 39,5%	
Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario capacitado ¹⁵	1994: 25%		1995: 27% 1999: 48%		2000: 54% 2005: 62%	
Incidencia anual de infecciones por Influenza (IRA) ¹⁶	1994 18,6%	1994 17,4%	1998 24,4%	1998 27,7%	2003 22,8%	2003 21,4%
Número anual de casos confirmados de dengue	ND	ND	1997: 54	1999: 49	2000: 278	2004: 682
Número anual de casos confirmados de malaria ¹⁷	1990: 19.031	1994: 34.915	1995: 46.911	1999: 50.037	2.000: 31.468	2004: 14.125
Incidencia anual de TBC (tasa por 100.000 habitantes)	1991: 164	1994: 130	1.996: 132	1.999: 113.1	2.000: 111,4	2004: 100,3
Incidencia anual de TBC bacilos-copia positiva (tasa por 100.000 habitantes) ¹⁸	1991: 121	1994: 95	1.996: 92	1.999: 83,1	2.000: 76,9	2004: 67,3
Incidencia anual de VIH/SIDA por millón de habitantes ¹⁹	1990: 1.8		1995: 2.0 1999: 4.0		2000: 5.0 2005: 17,1	
Razón de casos de VIH/SIDA (hombre/mujer)	ND	ND	ND	ND	72% de los casos son hombres	
Incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón (órganos respiratorios e intratorácicos)	ND	ND	ND	ND	2002: 0.7 por 100.000	
Incidencia anual de neoplasias malignas de mama en la mujer	ND	ND	ND	ND	2002: 2.9 por 100.000	
Incidencia anual de neoplasias malignas de cuello de útero	ND	ND	ND	ND	2002: 75.5 por 100.000	

No se cuenta con información sobre: Prevalencia de bajo peso al nacer, no. anual de casos confirmados de enfermedades evitables por vacunación.

¹² INE. Bolivia: Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad. La Paz-Bolivia. Noviembre 2003. Cuadro No. 2.4. Pag. 37.

¹³ INE, DHS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1994, 1.998, 2.003.

¹⁴ INE, DHS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1994, 1.998, 2.003.

¹⁵ UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio asociados al desarrollo humano. Bolivia. 2006.

¹⁶ INE, DHS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1994, 1.998, 2.003.

¹⁷ Ministerio de Salud y Previsión Social. Anuario Epidemiológico 2.000. La Paz. Junio 2001.

¹⁸ OPS/OMS. Análisis del Sector Salud. Informe Final de Consultoría. Mayo 2004.

¹⁹ UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe. Bolivia 2006.

En el año 2004 se reportaron 7.390 casos sospechosos de dengue en Santa Cruz, Beni, Pando y Tarija, de los que se confirmaron 682 (19%); el grupo de edad con mayor proporción de casos estuvo entre 60 y más años (48.2%), siguiéndole en importancia el grupo entre 15 a 59 años con 41.3%. La malaria disminuyó en el periodo 2000 al 2004 de 31.469 casos a 14.125 casos. El IPA para el mismo período fue de 8.8 a 4.7 por mil.

El comportamiento de la tuberculosis se caracterizó por presentar una tasa de incidencia de 100.3 por 100,000 habitantes para el año 2005 para todas las formas y de 67.3 por 100.000 habitantes para formas pulmonares con baciloscopía positiva. El éxito de curación de la cohorte de 2004 a nivel nacional fue de 80.3%. Desde 1984 se han registrado en el país 1.062 casos de SIDA y 1.695 casos de infección por VIH. El 72% fueron hombres, y más del 40% tuvo entre 25 y 34 años. La prevalencia de casos notificados de SIDA fue de 19.22 por millón para el año 2006.

La incidencia anual de neoplasias malignas de cuello de útero fue de 75.5 por 100.000 en el año 2002. La tasa de neoplasias malignas de mama en la mujer fue de 2.9 por 100.000 en el mismo período. La incidencia anual de neoplasias malignas de pulmón (órganos respiratorios e intratorácicos) fue de 0.7 por 100.000 para el mismo período.²⁰

La prevalencia de desnutrición (2003) según el indicador talla/edad fue de 26.5%, peso/talla 1.3% y peso/edad 7.5%. Se ha establecido que el 67% de los niños menores de 3 años tenía anemia, y el 19% tiene déficit de vitamina A. La prevalencia de lactancia materna exclusiva a los 120 días de edad se ha incrementado de 35.6% (1998) a 39.5% (2003).

Si bien el porcentaje de partos atendidos por personal sanitario capacitado se ha incrementado de 54% en el año 2000 a 64.6% en el año 2006, todavía persisten diferencias en relación a la condición de pertenencia a una etnia²¹ y la pobreza. Es así que:²²

- a las mujeres pertenecientes a una etnia les atiende el parto un médico en el 47.2% de casos, en cambio a las mujeres que no pertenecen a una etnia ocurre este hecho en el 72.7% de los casos.
- En relación a la pobreza, 47.8% las mujeres pobres son atendidas por médicos y 82.0% de las no pobres.

²⁰ Información de morbilidad de los tumores, por grandes grupos de cáncer y por departamentos gestión 2.002. SNIS.

²¹ Pertenencia. Sentido de pertenencia o identificación de los miembros del hogar de 12 años y más a alguno de los pueblos originarios o indígenas del país. Se identifican 36 etnias, las principales son: quechuas, aymaras, guaraníes, afrobolivianos, etc. Los blancos o mestizos están contemplados en la categoría NO PERTENECIENTE A UNA ETNIA.

²² MSD.OPS-OMS. Enfoque de género en servicios de atención primaria de salud. Diagnóstico cuantitativo en establecimientos de salud. Mimeo.

1.1.3 Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Bolivia en el Marco de la Cumbre del Milenio asumió el compromiso de trabajar en torno a las ocho áreas fundamentales para el logro de los objetivos de desarrollo económico y social del Estado Boliviano. En este sentido está en proceso de implementación el Plan Nacional de Desarrollo.

**TABLA 5. PROGRESO DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO.
BOLIVIA, 2006²³**

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizados	Información actualizada	Identificación de intervenciones
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Ministerio de Planificación del Desarrollo	Reducir la incidencia de la pobreza extrema Reducir la prevalencia de desnutrición en menores de 3 años	2005: 38.2% Incidencia de pobreza extrema 2003: 24.2% desnutrición Severa: 7.6% (indicador Talla/edad)	El Plan Nacional de Desarrollo contempla acciones relacionadas con el apoyo a la microempresa y microfinanzas, el desarrollo rural y la construcción de infraestructura. El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) distribuye dosis completas de micronutrientes a niños entre 6 meses y 2 años de edad y jarabe de hierro. Se promulgó la Ley de protección de la Lactancia Materna (2 de agosto de 2006) Programa desnutrición cero: acciones intersectoriales para mejorar la nutrición.
2. Lograr la enseñanza primaria universal	Ministerio de Educación y Culturas	Cobertura neta del nivel primario Tasa de término a 8º de primaria Tasa de analfabetismo entre 15 y 44 años	2005: 94% 2005: 77.8% 2001: 13.3%	En Plan Nacional de Desarrollo plantea una mejora de la educación con un enfoque descolonizado y productivo. Programa Nacional de alfabetización "Yo Si Puedo", pretende reducir a cero el analfabetismo en tres años. Programa Nacional de Profesionalización de Maestros interinos. Programa Nacional de Nuevas Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Programas Municipales de Educación (PROMES) para el área rural. Programa de acceso y permanencia para niñas en el área rural.

²³ UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe. Bolivia 2006.

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizados	Información actualizada	Identificación de intervenciones
3. Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	Ministerio de Educación y Culturas	Brecha de género en la tasa a 8º de primaria. Brecha de género en la tasa de término a 4º de secundaria. Brecha de género en la tasa de analfabetismo entre 15 y 44 años. Proporción de mujeres en empleo remunerado en el sector no agrícola.	2004: 2.8% 2005: 0.3% 2004: 0.8% 93.8% 31.5%	Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales plantea como política la: "Reducción de las brechas sociales-económicas, políticas y culturales por razón de género, generacional y personas con capacidades diferentes. Programa de acceso y permanencia para niñas en el área rural En el Plan Nacional de Desarrollo se contemplan proyectos: i) Establecer espacios laborales para mujeres, jóvenes, adultos mayores y personas con capacidades diferentes. ii) Formación de 3.000 líderes varones y mujeres.
4. Reducir la mortalidad de la niñez	Ministerio de Salud y Deportes	Tasa de mortalidad infantil por 1.000 nacidos vivos Cobertura de vacuna pentavalente en menores de 1 año.	2003: 54 por mil Urbano: 44 Rural: 67 2005: 85%	Seguro Universal Materno infantil Programa ampliado de inmunizaciones que funciona en forma regular.
5. Mejorar la salud materna	Ministerio de Salud y Deportes	Tasa de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos Cobertura de partos institucionales	2003: 229 2005: 63%	Seguro Universal Materno infantil.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Ministerio de Salud y Deportes	Prevalencia de casos de SIDA por millón Porcentaje de municipios con una tasa de infestación de Chagas mayor al 3%. Índice de parasitosis anual de la malaria (IPA) por 1.000 habitantes. Porcentaje de pacientes con tuberculosis curados del total notificados.	2005: 17.1 2005: 19% 2005: 5.5% 1995: 52.6% 2004: 80.3%	Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Programa Nacional de Control de Chagas. Programa Nacional de Vigilancia y Control de Malaria. Programa Nacional de Control de Tuberculosis.

ODM	Institución/es responsables	Bases de datos estandarizados	Información actualizada	Identificación de intervenciones
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente		<p>Proporción de superficie cubierta por bosque</p> <p>Proporción de superficie de áreas protegidas nacionales</p> <p>Consumo de cloro-fluocarbonos (CFC)</p> <p>Cobertura de agua potable a nivel nacional (% población)</p> <p>Cobertura de saneamiento a nivel nacional (% población)</p>	<p>47.5%</p> <p>17.2 millones de hectáreas</p> <p>ND</p> <p>71.7%</p> <p>43.5%</p>	<p>El Plan Nacional de Desarrollo promueve el desarrollo sostenible productivo del sector forestal.</p> <p>El Servicio Nacional de Areas Protegidas (SERNAP) se encarga de la conservación de 22 áreas protegidas nacionales.</p> <p>Plan Nacional "Agua para Todos"</p> <p>Plan Decenal de Saneamiento Básico.</p>
8. Promover una asociación mundial para el desarrollo	ND	<p>Desarrollar más un sistema comercial y financiero, basado en normas, previsible y no discriminatorio</p> <p>Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados.</p> <p>Abordar en todas sus dimensiones los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de que la deuda sea sostenible a largo plazo.</p> <p>En cooperación con los países en desarrollo elaborar y aplicar una estrategia que proporcionen a los jóvenes un trabajo digno y productivo.</p> <p>En cooperación con la industria farmacéutica, proveer acceso a medicamentos esenciales.</p>	ND	ND

Fuente: UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe. Bolivia 2006.

1.2. Determinantes de la Salud

1.2.1 Determinantes Políticos

El país forma parte de las siguientes iniciativas subregionales:

- Mediante el TCP – ALBA, se cuenta con la cooperación de 700 recursos humanos del sector salud, entre médicos, licenciadas en enfermería y otro personal, los que están apoyando acciones de atención de salud.
- La “Operación milagro” es un programa cubano que el pasado 9 de julio de 2007, alcanzo 100.000 pacientes operados con problemas de la vista. Tiene por objetivo devolver o mejorar la visión a personas con afecciones visuales. El tratamiento se ha realizado en 12 centros oftalmológicos que cuentan con 266 médicos, cirujanos y técnicos de salud.
- El país forma parte de la Reunión de Ministros de Salud del Área Andina (REMSAA), el mismo es un espacio político de decisiones, destinado al análisis y establecimiento de acuerdos mediante resoluciones para llevar adelante políticas regionales de interés común, para enfrentar en bloque las oportunidades de beneficio común de estos países.
- Bolivia es parte de la CAN (Comunidad Andina de Naciones) y miembro asociado del MERCOSUR (Mercado Común del Sur) que buscan producir procesos de integración regional.

La necesidad de reformar el Estado, se expresa a partir del desarrollo de una Asamblea Constituyente. Los principales elementos de transformación del Estado son la definición de un Estado Plurinacional, con una economía estatal, privada y comunitaria y la implementación de autonomías departamentales, municipales e indígenas. En este marco, el sector salud ha desarrollado un proceso de asambleas pre-constituyentes en salud para elaborar una propuesta que ha sido presentada a la Asamblea Constituyente, que contiene: a) el Derecho a la salud y acceso universal a la salud, b) Intersectorialidad, c) Interculturalidad, d) Participación social y movilización social, e) Descentralización y autonomías, f) Financiamiento en salud.

Por otro lado, el Plan Nacional de Desarrollo²⁴, tiene como objetivo iniciar el proceso de desmontaje del colonialismo y del neoliberalismo, como punto de partida para construir una nueva sociedad y un Estado plurinacional y comunitario. Se plantea el

²⁴ REPÚBLICA DE BOLIVIA. Plan Nacional de Desarrollo. “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien. 2006-2010.

fortalecimiento de un Estado promotor y protagonista del desarrollo, distribuidor de riqueza y oportunidades, productor en unos casos de manera directa y en otros como socio mayoritario, e impulsor de la convivencia entre la economía comunitaria y privada.

Las estrategias planteadas son:

- Estrategia económica: **Bolivia productiva**, basada en los sectores que conforman la matriz productiva y los que coadyuvan a su funcionamiento.
- Estrategia socio-comunitaria: **Bolivia digna**, incluye los sectores distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales.
- Estrategia de relacionamiento internacional: **Bolivia Soberana**, comprende relaciones económicas, políticas y culturales e incluye a los sectores vinculados con el comercio e intercambio de bienes, servicios y capitales.
- Estrategia del poder social: **Bolivia democrática**, comprende a los sectores que promoverán el poder social territorializado.

La estabilidad macroeconómica del país y la nueva gestión institucional estatal son los instrumentos que coadyuvarán a la implementación de las estrategias. Este proceso se asienta en las regiones, siendo el territorio y sus componentes – naturaleza, agua, ser humano - el elemento substancial de la cosmovisión de las culturas. De esta manera, la innovación, la equidad social, cultural y de género, y el manejo adecuado del medio ambiente transversalizan las estrategias.

El MSD, por delegación del Presidente de la República, preside: el Consejo Interinstitucional por una Maternidad Segura; el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición y el Consejo Superior del Deporte. El proyecto desnutrición cero plantea una acción intersectorial, muy amplia en el que el MSD se constituye como la Secretaría Técnica del Comité Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN), el cual está presidido por el Presidente de la República y compuesto por:

- Ministros de: la Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Producción y Microempresa, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Educación y Culturas, Salud y Deportes, Justicia y Ministro del Agua.
- Representantes de la sociedad civil, que son parte del CONAN; Federación de Asociaciones de Municipios (FAM), Asociación de Concejalas de Bolivia (ACOBOL), Coordinadora del Agua - Consejo Nacional del Agua, Central Obrera Boliviana (COB), Confederación Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), Confederación Nacional de Mujeres Campesinas de Bolivia Bartolina Sisa, Consejo Nacional de Ayllus y Marcas del Qullasuyo

(CONAMAQ), Confederación de Empresarios Privados de Bolivia, Cámara de Comercio, Cámara de Industria, Comité de Enlace de Organizaciones de Pequeños Productores, Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB), Confederación Sindical de Colonizadores de Bolivia, Confederación Nacional de Juntas Vecinales, Federación de Asociaciones de Comités de Vigilancia de Bolivia, Federación de Profesionales, Colegio de Médicos, Colegio de Nutricionistas, Colegio de Agrónomos, Universidades públicas y privadas. Cada una de estas organizaciones deberá acreditar un representante.

1.2.2 Determinantes Económicos

El actual gobierno ha logrado un comportamiento macroeconómico estable durante la gestión 2006 caracterizado principalmente por:²⁵

- Superávit de 5.9% del PIB (4.971 millones de bolivianos) comportamiento inédito en la economía boliviana en los últimos 40 años.
- Incremento de los ingresos por concepto del impuesto directo a los hidrocarburos de 650 millones de dólares que representa el 7% del PIB.
- El presupuesto general de la nación se ha incrementado de 54 millones de bolivianos a 71 millones el año 2006, y para el 2007 es de 77 millones de bolivianos.
- La inversión pública en el año 2005 fue de 629 millones, en el 2006 de 762 millones y para el 2007 se programaron 1.104 millones de bolivianos.
- La deuda se ha reducido a 3.200 millones de dólares (30.7% del PIB).
- Se ha estimado que las remesas recibidas en el país llegaron a 500 millones de dólares (5.6% del PIB).

²⁵ UDAPE. Economía y Política Económica 2006.

TABLA 6. SITUACIÓN DE ALGUNOS INDICADORES ECONÓMICOS. BOLIVIA, 1980-2006

Indicador	Período de tiempo		
PIB per cápita en USD, en precios constantes según año base ²⁶	\$US 570 (1980)	\$US 970 (1997)	\$US 987 (2005)
Gasto Público per capita Producto per – capital anual	ND	ND	\$US 884 (2002)
Población Económicamente Activa (PEA): PEA 10 o más años PEA población empleada	ND	ND	3.131.183 8.7% (2002)
Gasto Público total, como porcentaje del PIB	ND	ND	ND
Gasto Público en salud, como porcentaje del PIB	ND	4.93% (1998)	5.77% (2000)
Gasto Público en servicios de salud, como porcentaje del PIB	ND	ND	5.8%
Gasto Privado en salud	ND	ND	2.9%
Gasto de bolsillo (% gasto total en salud)	ND	ND	32%
Tasa de Inflación anual	392 (1980-1989)	20 (1985-1994)	4.9% (2005)
Remesa en términos de % PIB (²⁷)	ND	1.1% (2000)	5.6% (2006)
Deuda externa % en relación al PIB	ND	ND	30.7%
Porcentaje de hogares con jefatura femenina	ND	ND	24% 24% Indigentes 26% No pobres
Servicio de la deuda externa % en relación al PIB	26% (1989)	24% (1994)	30.7%

Fuentes: INE. Indicadores Económicos. www.ine.gov.bo. Comunidad Andina. Estadísticas de remesas en los países de la Comunidad Andina. 2000-2006. Octubre 2007.

La población económicamente activa (PEA)²⁸ comprende a 3.131.183 personas. El 62% de la PEA se ubica en área urbana. El 60.07% está compuesta por hombres. El índice de dependencia²⁹ es de 1.73. El índice de carga económica³⁰ es de 0.92. Entre 2001 y 2002, la tasa de desempleo abierto en áreas urbanas creció de 8.5% a 8.7%.

²⁶ INE. Indicadores Económicos. www.ine.gov.bo.

²⁷ Comunidad Andina. Estadísticas de remesas en los países de la Comunidad Andina. 2000-2006. Octubre 2007.

²⁸ Población económicamente activa (PEA) comprende a todas las personas de 10 años o más que trabajan o buscan trabajo activamente. Se emplea como sinónimo la expresión Fuerza de Trabajo o Fuerza Laboral.

²⁹ Índice de dependencia: muestra el número de personas que no trabaja (población en edad de no trabajar, desocupados e inactivos) por cada persona ocupada. Se obtiene de la diferencia entre la población total menos la población ocupada dividida entre la población ocupada.

³⁰ Índice de carga económica: muestra el número de personas en edad de trabajar que no trabaja ni busca trabajo respecto a la fuerza de trabajo. Se obtiene de la división de la población económicamente inactiva entre la población económicamente activa.

TABLA 7. NIVELES DE POBREZA SEGÚN CARACTERÍSTICAS SELECCIONADAS. BOLIVIA, 2005

	SITUACIÓN DE POBREZA	
	POBRE	EXTREMA POBREZA
Zona Geográfica		
Urbana	53.94%	25.71%
Rural	81.99%	54.78%
Pertenencia Étnica		
Indígena	70.2%	49.2%
Afro-descendiente	ND	ND
Otros (No indígena)	56.3%	24.1%
Género		
Hombres	64.5%	ND
Mujeres	64.7%	ND
Total	64.60%	36.77%

Fuente: UDAPE, Indicadores seleccionados para el seguimiento del logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM's), La Paz, Abril del 2005.

El 64.6% de la población boliviana tiene la condición de pobre de acuerdo a la línea de pobreza y el 36.77% se encuentra en extrema pobreza. El 70.2% de los indígenas son pobres y el 56.3% de los no indígenas. No existen diferencias significativas en cuanto a la incidencia de pobreza, de acuerdo al género (2002).

TABLA 8: CONDICIÓN DEL EMPLEO DE ACUERDO A GÉNERO Y CONDICIÓN DE POBREZA, 2002

Sector/Ocupación	Condición de Pobreza	
	Pobre	No Pobre
Formal	52.7%	47.3%
Informal	64.2%	35.8%
Hombres		
Formal	56.6%	43.4%
Informal	67.3%	32.7%
Mujeres		
Formal	44.9%	55.1%
Informal	58.9%	41.1%

Fuente: Elaboración Dr. Colque, procesamiento especial de la base de datos de la Encuesta MECOVI 2002.

Las personas que tienen actividad independiente tienen una incidencia de pobreza de 64.2%, en relación a los que tienen un trabajo formal en los que el 52.7% son pobres. De acuerdo al sexo, se observa que entre los hombres que tienen actividad independiente

se tiene que el 67.3% son pobres y el 58.9% de las mujeres tienen esta condición (2002).

1.2.3 Determinantes Sociales

De acuerdo a la clasificación por el Índice de Desarrollo Humano (IDH) establecido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en el año 2001 (PNUD), Bolivia se encuentra situada en el puesto 104 entre 162 países; siendo un país con desarrollo humano mediano. Bolivia ha aumentado sostenidamente su IDH entre 1975 y 1999; este valor ha pasado de 0,512 a 0,648 en el período, lo que significa una reducción del rezago en desarrollo humano de 28% en 24 años.³¹

El 2001, 62.27% de los hogares se abastecía de agua de cañería de red; 83% en el área urbana y 29.63% en el área rural. El 63.28% de las viviendas cuenta con servicio sanitario. En el área rural 33.14% cuentan con este servicio, en contraste con el área urbana donde el 82.36% están en la misma situación. El 13.2% de la población es analfabeta. Las diferencias son importantes de acuerdo al sexo, en hombres es de 6.9% y en mujeres 19.3%.³²

TABLA 9. SITUACIÓN DE ALGUNOS INDICADORES SOCIALES. BOLIVIA, 1990-2005

	Posición que el país ocupa según IDH	Población con acceso agua potable (%)	Población con acceso servicios eliminación excretas (%)	Población analfabeta (%)	Tasa bruta Escolaridad Primaria (Tasa de asistencia escolar)	Razón ingreso del 20% superior y 20% inferior	Prevalencia violencia intrafamiliar
Períodos							
1990-1994 (censo 1976)		39.27%	21.55%	36.79%	61.42%	ND	ND
1995-1999 (censo 1992)		53.90%	42.82%	20.01%	72.32%	1998: 12	ND
2000-2005 (censo 2001)	104	62.27%	63.28%	2001 13.28% 2005 5.0%	79.71%	ND	2003: Violencia psicológica Mujeres 54% Varones 39%
Género							
Hombres	ND	ND	ND	6.94%	81.05%	ND	54%
Mujeres	ND	ND	ND	19.35%	78.32%	ND	39%
Total (2001)	ND	62.27%	63.28%	13.28%	79.71%	ND	ND

³¹ Informe de Desarrollo Humano en Bolivia 2002.

³² INE. Resultados Censo de Población y Vivienda.

	Posición que el país ocupa según IDH	Población con acceso agua potable (%)	Población con acceso servicios eliminación excretas (%)	Población analfabeta (%)	Tasa bruta Escolaridad Primaria (Tasa de asistencia escolar)	Razón ingreso del 20% superior y 20% inferior	Prevalencia violencia intrafamiliar
Zonas geográficas							
Urbana	ND	82.93%	89.49%	6.44%	82.68%	ND	ND
Rural	ND	29.63%	24.72%	25.77%	74.73%	ND	ND
Pertenencia Étnica							
Indígena	ND	55.4%	53.7%	8.7%	ND	ND	ND
No Indígena	ND	80.1%	61.3%	2.1%	ND	ND	ND

Fuentes: UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe. Bolivia 2006. INE. Distribución de la Población. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE. Mapa de la Pobreza. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. OPS. UNFPA. UNIFEM. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos. 2005. INE. Bolivia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. ENDSA. 2003. No se cuenta con información sobre la tasa de deserción escolar, tasa de trabajo infantil y prevalencia de depresión.

1.2.4 Determinantes Medioambientales

De acuerdo a la Ley 3351 del 21 de febrero de 2006 (Ley de Organización del Poder Ejecutivo-LOPE) el Ministerio de desarrollo rural, agropecuario y medio ambiente, a través del Viceministerio de Biodiversidad, recursos forestales y medio ambiente, se encarga de los temas ambientales. No se identifican y monitorean en el país indicadores medioambientales con relación a la salud de la población. Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados a la contaminación atmosférica (emisión de gases nocivos) que están a cargo del Ministerio de Planificación del Desarrollo. No existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la eliminación de excretas y residuos. Existen mecanismos legales que regulan y fiscalizan los problemas relacionados con la eliminación de productos tóxicos y radioactivos a cargo del Instituto Boliviano de Ciencia y Tecnología Nuclear (IBTEN). La Superintendencia de Servicios Básicos regula y fiscaliza los problemas relacionados con la contaminación del agua. El Ministerio de Agua garantiza el acceso a agua potable de la población.

II. FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

2.1. Rectoría

2.1.1 Mapeo de la Autoridad Sanitaria Nacional

El Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el Ministerio de Salud y Deportes (DS No. 26875 del 21 de diciembre de 2002). Está conformado por:

- El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, de carácter normativo, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las prefecturas, que a través de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) son responsables de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud a través de los Directorios Locales de Salud (DILOS).
- El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados, organizados. Brinda atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional. Está conformado por 9 entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. Es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).
- Dentro del subsector privado, se incluyen las Compañías de Seguro, las Compañías de Medicina Prepagada y las Organizaciones No Gubernamentales.
- Subsector Medicina Tradicional. El 8 de marzo de 2006, se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, que tiene como objetivo facilitar el acceso a los programas y proyectos de salud a los pueblos indígenas, originarios, campesinos y afrobolivianos; también facilitar una atención de salud equitativa a través de una red de establecimientos básicos de salud con adecuación y enfoque intercultural, dentro del derecho fundamental a una vida digna. A atiende aproximadamente al 10% de la población, especialmente rural. Está conformado por curanderos, Kallawayas, y otros. Las principales Organizaciones Indígenas Originarias que lo conforman son: CONAMAQ, en las provincias de Manco Kapac. Omasuyos,

Pacajes, Ingavi del Departamento de La Paz , Challapata, Jacha Carangas, Jatun Killacas, Soras del Departamento de Oruro, Concejo de Ayllus Originarios de Potosí, Consejo de Ayllus del Qullasuyu, Departamento de Potosí. Kirkiawi, Tapacró, Arque, Concejo de Ayllus de Cochabamba, Departamento de Cochabamba.

2.1.2 Conducción de la Política General de Salud

El MSD es el ente que ejerce la rectoría del sector, aspecto que no es compartido con ningún otro actor del sector. Coordina acciones de índole intersectorial con otros Ministerios, así como con Colegios de Profesionales, Organizaciones No Gubernamentales y Organismos de Cooperación Multilaterales de Cooperación. En este sentido, cada gestión de gobierno se ha caracterizado por presentar un documento de Política Nacional de Salud. La siguiente tabla permite apreciar los principales elementos planteados:

**TABLA 10. POLITICAS DE SALUD POR GESTIÓN DE GOBIERNO.
BOLIVIA, 1938–2006**

PERIODO	POLITICAS DE SALUD	RESULTADOS
1938 - 1951	Constitución política del Estado de 1938, reconocía como deberes del estado a la protección de la salud.	El 31 de Agosto del mismo año se crea el Ministerio de Higiene y Salubridad. Código de la Seguridad Social.
1952-1969	Constitución de 1967, reconoce el derecho a la salud individual y colectiva.	Creación del Ministerio de Salud Pública.
1970 - 1981	Plan Nacional de Salud 1971-1975, Plan Operativo de Acción 1972, Plan Nacional 1973 – 1978 y Plan Nacional de Salud 1977 – 1980	Aprobación del Código de Salud en 1978.
1982 – 1985	Se establecen como prioridades desarrollar programas de acción rápida sobre el binomio madre – niño, el trabajador y el saneamiento del medio, profundizando la cobertura institucional a través de un programa de regionalización de servicios.	Estrategia de Responsables Populares de Salud. Campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía. Plan Integral de actividades de Áreas de Salud (PIAAS). Fortalecimiento de los programas verticales.
1985 - 1989	Se elaboró el Plan Global de Salud 1985-1989, Plan de Acciones Inmediatas (1986), Plan Trienal de Salud, 1987-1989.	Modelo de regionalización. El primero de Mayo de 1986 se inició en 16 centros el Programa de Atención Gratuita Perinatal.
1989 - 1993	El año 1989, se elaboró el Plan Nacional de Supervivencia Desarrollo Infantil y Salud Materna (1989 – 1993).	Modelo Sanitario. Distritos de Salud como expresión de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Apertura programática.
1993 - 1997	El Plan General de Desarrollo Económico y Social “CAMBIO PARA TODOS” Ministerio de Desarrollo Humano, en el que se creo la Secretaría Nacional de	Ley de Participación Popular. Ley de Descentralización. Modelo de gestión compartida con participación Popular. Seguro de Salud de Maternidad y Niñez.

PERIODO	POLITICAS DE SALUD	RESULTADOS
	Salud.	
1997 – 2002	Se elabora el Plan Estratégico de Salud.	Implementación del Seguro Básico de Salud. Escudo Epidemiológico.
2003	Se crea el Ministerio de Salud y Deportes.	Se aprueba la Ley del Seguro Universal Materno infantil.
2006	Bases para el Plan Estratégico de salud 2006-2010.	Plantea el cambio de paradigma de salud, de un modelo asistencial a un modelo basado en las determinantes de la salud, promoción y prevención.

Fuente: Elaboración Dr Colque.

Las funciones del MSD definidas por la Ley de Organización del Poder Ejecutivo (LOPE, 2006) son:

- Formular, ejecutar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco de las políticas de desarrollo del país.
- Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto plazo, público y privado, con y sin fines de lucro y medicina tradicional.
- Vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.
- Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.
- Ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.
- Formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de gestión y atención en salud.
- Promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental, en el marco de la interculturalidad y adecuación cultural de los servicios.
- Formular políticas, estrategias y planes de nutrición y seguridad alimentaria en el marco de la soberanía nacional.
- Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con discapacidad.
- Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con un consumo problemático de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Promover la organización de instancias nacionales, departamentales, municipales y comunitarias, para el control social y revisión de políticas y estrategias de salud preventiva.

- Armonizar la cooperación internacional en el sector salud con las políticas, prioridades y normas establecidas por el Gobierno Nacional.
- Regular el funcionamiento de las entidades formadoras y capacitadoras del sector salud, exceptuando las universidades públicas, en coordinación con el Ministerio de Educación y Culturas.
- Formular políticas y ejecutar programas que fomenten la cultura física, actividades deportivas, formativas, competitivas, profesionales y de recreación, promoviendo la salud física y mental.
- Elaborar y ejecutar programas de infraestructura y equipamiento, para la práctica del deporte y el desarrollo de la cultura física a nivel nacional.

Estas funciones se expresan en el Plan Estratégico de Salud 2006 – 2010, y en la visión del MSD:

*“En el año 2010 se finalizará la implementación de un sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional; inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes; que actúa sobre los determinantes de salud; con participación de una población con hábitos saludables comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizada por el ejercicio pleno de su derecho a la salud, que vive bien”.*³³

Las políticas y estrategias planteadas para cumplir estos objetivos son:

- **Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud**, cuya estrategia es la universalización del acceso. Se implementará el modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural; gestión de calidad con enfoque de género y generacional, y extensión de coberturas.
- **Rectoría**, permitirá recuperar la capacidad de gestión para garantizar la sostenibilidad financiera del sector y que el sistema cuente con un marco jurídico normativo administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos. Los programas y/o proyectos planteados son: Seguro Universal de Salud, fortalecimiento de la capacidad de gestión y gestión de tecnología e investigación.
- **Movilización Social**, plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud, creando consejos de salud a nivel nacional,

³³ Ministerio de Salud y Deportes. Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010. Bolivia. 2006.

departamental y municipal. Se implementará el programa de Gestión social, movilización social y control social.

- **Promoción de la Salud**, propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud. Se implementarán los proyectos: Promoción de la Salud, Salud-Deporte y Municipios Saludables.
- **Solidaridad**, desarrollará una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientada a eliminar la exclusión social en salud.

Existen publicaciones recientes y periódicas sobre el análisis de la situación de salud. El sistema nacional de información en salud (SNIS) provee información sobre la producción de servicios y morbilidad sujeta a la acción programática y de vigilancia, desagregada por Servicio Departamental de Salud, red de salud, municipio, establecimiento de salud, subsector, institución, según nivel de atención, por año y por mes.

TABLA 11. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD. BOLIVIA, 2002

Indicadores	Acceso	
	Hombres	Mujeres
Períodos		
1990-1994	ND	ND
1995-1999	ND	ND
2000-2005	53.81%	54.65%
Grupo poblacional		
Menores de 5 años	57.8%	59.9%
Personas de 5-17 años	44.6%	44.8%
Personas de 17-45 años	51.4%	53.6%
Personas de 45-65 años	62.0%	57.01%
Personas de 65 años o más	63.9%	64.6%
Zonas geográficas		
Urbana	58.25%	62.12%
Rural	47.98%	44.92%
Pertenencia Étnica		
Indígenas	51.2%	50.4%
No Indígenas	60.7%	62.8%
Nivel Económico		

Indicadores	Acceso	
	Población con pobreza extrema	ND
Población pobre	48.2%	46.6%
Población no pobre	65.1%	68.6%
Nivel de atención		
Primer Nivel	41.42%	43.63%
Segundo Nivel	58.58%	56.37%

Se entiende por acceso a servicios de salud como la probabilidad de obtener atención de salud cuando se requiere.
Fuente: Procesamiento especial de la base de datos MECOVI (ENCUESTA DE MEJORAMIENTO DE CONDICIONES DE VIDA. 2002. mvc02-Individuos, obtenido de la página web: www.ine.gov.bo)

Los recursos de la cooperación externa son:

TABLA 12. RECURSOS FINANCIEROS DE LA COOPERACIÓN EXTERNA (EN Bs.)

Períodos Recursos	1990-1994	1995-1999	2000-2005
Reembolsables	ND	ND	211.613.728
No Reembolsables	ND	ND	84.439.305
TOTAL	ND	ND	296.053.033

Fuente: OPS/OMS. Análisis del Sector Salud. 2003.

La Cooperación Externa se desarrolla de acuerdo a las siguientes características:

Agencia	Área de Cooperación	Proyecto / Programa	Área de Intervención
AGENTES MULTILATERALES			
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	Fortalecimiento de la capacidad institucional del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Mejoramiento de la calidad de los servicios de la salud sexual y reproductiva.	Programa de Salud Sexual y Reproductiva.	Nacional
Delegación de la Comisión Europea	Fortalecimiento institucional. Infraestructura y equipamiento.	Proyecto de Higiene y Salud Base. PROHISABA	Tarija y Potosí
Banco Interamericano de Desarrollo	Control vectorial de la enfermedad de Chagas y tratamiento a niños menores de 5 años. Control de la calidad de la sangre en bancos de sangre y centros de transfusión. Sistema de vigilancia epidemiológica y Red de laboratorios.	Programa Nacional de Chagas. Programa Ampliado de Inmunizaciones. Programa Nacional de Bancos de Sangre. SINAVIS -INLASA	Nivel central y nacional.
Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS)	Desarrollo de sistemas de salud Apoyo al desarrollo de políticas de salud. Salud ambiental. Medicamentos Esenciales. Análisis de la situación de salud y sus tendencias. Preparativos y respuestas ante desastres. Disseminación de información científico técnica. Cooperación técnica entre países.	Ministerio de Salud y Deportes.	Nivel central y nacional.

Programa Mundial de Alimentos (PMA)	Nutrición, programa nacional de micro nutrientes. Apoyo a seguridad alimentaria. Desarrollo del capital humano de los niños y niñas pre-escolares mediante la nutrición, educación y capacitación.	Programa Nacional de Nutrición.	La Paz, Cochabamba Oruro, Chuquisaca, Potosí y Tarija.
United Nations Children's Fund (UNICEF)	Definición de políticas orientadas a la salud y nutrición de la niñez, adolescencia y mujeres. Capacitación institucional y comunitaria, IEC, comunicación social, insumos esenciales, planificación descentralizada.	Programa Nacional de Nutrición Programa VIH / SIDA.	Nivel central y nacional.
AGENTES BILATERALES			
Reino de Bélgica	Fortalecimiento de la capacidad institucional. Bancos de sangre. Investigación de enfermedades tropicales. Sistemas racionales de suministro de medicamentos esenciales. Enfoque integral de desarrollo.	Proyecto SILOS. Proyecto PSRIS. CUMETROP - CENETROP Proyecto Hospital del Alto. Proyecto Mancomunidad Chayanta.	Deptos.- Santa Cruz, Cochabamba, Chuquisaca y Potosí. Municipios.- El Alto
Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)	Fortalecimiento de la salud materno -infantil. Formación de Recursos Humanos.	Unidad de Gestión y Capacitación de Recursos Humanos - MSyD. Sistema Nacional de Información en Salud. SNIS	La Paz, Potosí Chuquisaca y la Chiquitania
Cooperación Japonesa (JICA)	Fortalecimiento de redes de salud, a través de gerencia, mantenimiento de equipo biomédico y calidad de atención. Apoyo a la formación de RR.HH. Apoyo al desarrollo de estrategias de atención primaria de salud.	Ministerio de Salud y Deportes. Servicios Departamentales de Salud.	Santa Cruz, La Paz, Cochabamba y Beni.
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)	Salud sexual y reproductiva. ITS/VIH/SIDA. Salud infantil. Enfermedades infecciosas (malaria, tuberculosis, leishmaniasis).	PROCOSI PROSALUD CIES CPC	Nivel central y nacional.
	Supervivencia infantil. Salud sexual y reproductiva. ITS/VIH/SIDA Enfermedades infecciosas. Apoyo al sistema nacional de información en salud. Apoyo a estrategias de participación comunitaria.	PROSIN Servicios Departamentales de Salud Programa Centinela Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Programa Nacional VIH / SIDA	La Paz, Beni, Pando Chuquisaca Potosí, Tarija y Cochabamba.
Cooperación Francesa (IRD)	Investigación sobre transmisión congénita de chagas. Investigación sobre las consecuencias del paludismo durante el embarazo. Caracterización y control de población de vectores.	INLASA	Municipios: Yacuiba, Bermejo, Carapari y Guaramerin. Deptos.- La Paz y Beni.

2.1.3 Regulación

De acuerdo a Ley LOPE (Ley 3351 del 21 de 2006) la jerarquía de las normas legales del Poder Ejecutivo es la siguiente: Decreto Supremo y Decreto Presidencial, Resolución Suprema, Resolución Multiministerial, Resolución Biministerial, Resolución Ministerial y Resolución Administrativa. En el ámbito departamental se emiten resoluciones prefecturales. El marco regulatorio vigente esta conformado por:

- **CODIGO DE SALUD.** Aprobado mediante decreto Ley No. 15629 del 18 de julio de 1978.³⁴ Este denominó “Autoridad de Salud” al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, asignándole la responsabilidad de la “definición de la política nacional de salud, la norma, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción”. Además, estableció la “regulación jurídica de las acciones de conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población”, como parte de sus funciones.
- **LEY 1551 DE PARTICIPACIÓN POPULAR (1994)**³⁵, que municipaliza el país, redistribuye los recursos económicos en forma proporcional al número de habitantes. Legitimó a las Organizaciones Territoriales de Base (OTBs),³⁶ cuya representación se expresa a través de los Comités de Vigilancia cuyas funciones son: fiscalización, planificación participativa y la ejecución de acciones relacionadas con las necesidades propias de cada región. Se transfirió a título gratuito en favor de los Gobiernos Municipales, el derecho de propiedad de la infraestructura de los servicios públicos de salud y su mantenimiento.
- **LEY No. 1654 DE DESCENTRALIZACIÓN ADMINISTRATIVA (1994)**, que consiste en la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico-administrativo a nivel departamental. El prefecto tiene las siguientes atribuciones respecto del sector salud: a) formular y ejecutar los planes departamentales de desarrollo económico y social, de acuerdo a normas del Sistema Nacional de Planificación; en coordinación con los Gobiernos Municipales. b) administrar, supervisar y controlar, por delegación del Gobierno Nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al

³⁴ Pantoja Ruiz M. Actualización complementación del Código de Salud de la República de Bolivia. Informe de Consultoría. 2001.

³⁵ Ministerio de Desarrollo Humano. 3 leyes para el cambio. 1997

³⁶ Como ser comunidades indígenas, campesinas y originarias y juntas vecinales.

funcionamiento de los servicios personales de educación, salud y asistencia social en el marco de las políticas y normas para la provisión de estos servicios.

- **CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL.** En 1956 se promulga el Código de Seguridad Social (14 de diciembre) basado en los principios de: solidaridad, universalidad, economía, unidad legislativa y de gestión. Está vinculada con el trabajador bajo el concepto de “Tesis Laboral”, es decir, “La protección de los trabajadores dependientes, sujetos a horario y sobre todo a salario”.
- **LEY 2028 DE MUNICIPALIDADES (1999)**³⁷, establece que el Gobierno Municipal debe contribuir al pago de prestaciones de salud a la niñez, a las mujeres, a la tercera edad, a los discapacitados y a la población en general, mediante mecanismos privados y públicos de otorgamiento de cobertura y asunción de riesgos colectivos. Además, debe construir, equipar y mantener la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud. Suministrar y supervisar el uso de de medicamentos y otros insumos que usan los servicios de salud.

2.1.4 Desarrollo de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)

En el año 2001 la autoridad de salud en Bolivia evaluó las once funciones esenciales de salud pública definidas en el correspondiente instrumento de evaluación del desempeño impulsado por la OPS/OMS.³⁸ En la visión general del desempeño de las once FESP, se puede apreciar que las siguientes funciones se encuentran en el cuartil de desempeño medio superior:

- FESP 1: Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud;
- FESP 2: Vigilancia de salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública;
- FESP 3: Promoción de salud;
- FESP 4: Participación de los ciudadanos en salud;
- FESP 5: Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en salud pública;
- FESP 6: Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y

³⁷ Desarrollo democrático participación ciudadana. Marco Legal para la gestión municipal participativa en salud. Vol 4 Tomo I. 1ª. Edición. 2002.

³⁸ OPS/OMS, CDC, CLAISS: Instrumento para la Medición del Desempeño de las Funciones Esenciales de Salud Pública, mayo 2001.

fiscalización en salud pública;

- FESP 8: Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública;

Las siguientes funciones se encuentran en nivel de desempeño medio inferior:

- FESP 7. Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios;
- FESP 9. Garantía y mejoramiento de la calidad de servicios de salud individual y colectiva;
- FESP 10. Investigación en salud pública;
- FESP 11. Reducción del impacto de emergencias y desastres en salud.

2.1.5 Orientación del Financiamiento

Actualmente el MSD tiene como objetivo recuperar la soberanía y la rectoría del sistema, liderando la intersectorialidad para la salud; y desarrollar mayor capacidad de gestión para garantizar la sostenibilidad financiera del Sector. En este sentido el MSD ha propuesto la Ley del Seguro Universal de Salud, que plantea la creación del Fondo Único Solidario Nacional que redistribuirá en forma equitativa los recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH). Las fuentes de financiamiento de este seguro son: 10% coparticipación tributaria municipal; 14% del total de recursos prefecturales del IDH; y Fondo Solidario Nacional. El último estudio de cuentas nacionales en salud data del año 2002.

2.1.6 Garantía del Aseguramiento

El Ministerio de Salud y Deportes informa a todos los habitantes acerca de bienes y servicios de salud a que tienen derecho bajo un plan garantizado de prestaciones. Existe una amplia difusión de los servicios ofertados por el Seguro Universal Materno Infantil, vigente hasta el momento. La difusión se hace a través de medios masivos escritos, radiales y la televisión. Por otro lado, la Ley 3131 (Ley del Ejercicio profesional médico) obliga a implementar programas de gestión de calidad, además establece los derechos y deberes de los pacientes.

En caso de existir problemas y reclamos el Defensor del Pueblo se encarga de la canalización de reclamos y adjudicación de quejas. Fue creado por la Ley 1818 del 20 de diciembre de 1997. Asimismo, está en proceso de implementación el Programa Nacional de Control de Calidad (PRONACS), que se encargará de aplicar estándares de acreditación y gestión de calidad.

El INASES regula y fiscaliza las actividades de los entes gestores encargados de prestar servicios de salud del sistema de corto plazo (Cajas Nacionales de Salud). Los Servicios Departamentales de Salud se encargan de los servicios públicos y privados. Está en proceso de elaboración normas de atención para todas las especialidades.

2.1.7 Armonización de la Provisión de Servicios de Salud

El nuevo modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural, orienta las acciones de la Política Nacional Sectorial de Salud, para satisfacer las necesidades y demandas de la persona, la familia y la comunidad. Establece:

- **NIVEL DE GESTIÓN COMPARTIDA:** impulsa la toma de decisiones conjuntas en la gestión de salud entre el personal de salud, la comunidad y el gobierno municipal. Establece los siguientes niveles: autoridad local de salud, comité local de salud, red social, consejo social municipal, consejo social departamental, consejo social nacional y Asamblea Nacional de Salud.
- **MODELO DE ATENCIÓN,** organizado y dirigido a prestar servicios de salud integrales e interculturales comprendiendo no sólo a la enfermedad, sino a la persona en su ciclo de vida, su alimentación, su espiritualidad y cosmovisión relacionadas al espacio socio económico, cultural y geográfico de donde proviene el usuario, la familia y la comunidad. Los principios de atención en el establecimiento son: universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, continuidad en la atención, respetar y aceptar las prácticas culturales en salud tomando en cuenta las decisiones y voluntad del usuario, cumplir los compromisos adquiridos con la comunidad, reconocer a la familia como núcleo principal de trabajo en función de su entorno.

2.2. Financiamiento y Aseguramiento

2.2.1 Financiamiento

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

informales o tradicionales respectivamente.

TABLA 12. INDICADORES DE GASTO EN SALUD POR SUB-SECTOR. BOLIVIA, 1995-2002

INDICADOR	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gasto Nacional en Salud (miles de \$us.)	293,460	342,962	373,246	421,655	512,405	509,467	513,055	541,546
- Gasto Público en Salud	81,345	83,554	82,756	97,430	116,604	116,389	105,765	113,416
- Gasto de la Seguridad Social en Salud	109,841	148,450	155,656	179,089	195,318	202,643	210,586	222,410
- Gasto Privado en Salud	102,274	110,958	134,835	145,136	200,482	190,435	196,705	205,720
PIB (miles de \$us.) /a	6,706,710	7,385,288	7,921,075	8,489,662	8,269,521	8,377,353	8,011,335	7,790,132
Tipo de Cambio	4.8064	5.0826	5.2574	5.5152	5.8233	6.1933	6.6169	7.1800
Población	6,987,201	7,186,898	7,392,302	7,603,576	7,820,889	8,044,413	8,624,268	8,823,743
Gasto Nacional en Salud como % del PIB	4.38%	4.64%	4.71%	4.97%	6.20%	6.08%	6.40%	6.95%
- Gasto Público en Salud como % del PIB	1.21%	1.13%	1.04%	1.15%	1.41%	1.39%	1.32%	1.46%
- Gasto de la Seguridad Social en Salud como % del PIB	1.64%	2.01%	1.97%	2.11%	2.36%	2.42%	2.63%	2.86%
- Gasto Privado en Salud como % del PIB	1.52%	1.50%	1.70%	1.71%	2.42%	2.27%	2.46%	2.64%
Gasto Nacional en Salud per cápita (\$us.)	42.00	47.72	50.49	55.45	65.52	63.33	59.49	61.37

Fuente: Estudio CNFGS. a/ Preliminar gestiones 2001 y 2002. * Se han ajustado el PIB, Tipo de Cambio y Población con los últimos datos provenientes de fuentes de información, INE y UDAPE.

El Gasto Nacional en Salud como % del PIB ha evolucionado en forma positiva; en el año 1995 era 4.38% y llegó el año 2002 a 6.95%. El gasto nacional en salud per cápita (\$us) se ha incrementado de \$us 42 en 1995 a \$us 61.37 el 2002.

TABLA 13. FINANCIAMIENTO DEL MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES. BOLIVIA, 2004 (en miles de dólares americanos)

FUENTE	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tesoro General Nación	7.182	6.999	5.761	8.146	8.534	9.079	11.977
Recursos Propios	413	1.315	1.946	1.308	3.131	2.335	1.724
Transferencia Caja Seguros	0	1.615	11.708	9.016	6.584	5.999	5.027
Crédito	5.585	4.931	9.548	11.836	8.841	12.075	11.724
Donación	4.445	9.011	9.552	8.682	7.162	9.487	12.193
TOTAL	17.625	23.871	38.515	38.988	34.252	38.975	42.645

Fuente(s): OPS/OMS. Análisis del Sector Salud. 2003

2.2.2 Aseguramiento

Se cuenta con dos sistemas que prestan servicios de salud: la seguridad social y los seguros públicos.

La Seguridad Social, ha tenido un cambio importante con la vigencia de la "Ley de Pensiones" (Ley No. 1732, de noviembre de 1996), que separa la administración en corto y largo plazo. Los seguros de salud de corto plazo son administrados por las diferentes cajas de salud, alcanzando el 2006 su población protegida a 2'796.842 asegurados, con una cobertura a nivel nacional de 29.1%. Se financia con el 10% de la totalidad de los salarios sujetos a cotización, a cargo exclusivamente del empleador. Su tutela en el área de salud es ejercida por el Ministerio de Salud y Deportes, la fiscalización y el control a cargo del INASES.

La existencia de Seguros Públicos en el país, se remonta a los años 90, con la creación de Fondos Comunitarios de Salud en los municipios de Tupiza, Patacamaya, Capinota y Viacha. En julio de 1996 mediante Decreto Supremo N° 24303, se implementó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez con carácter gratuito, dirigido a las mujeres gestantes, los recién nacidos y los niños menores de 5 años, con el objetivo de reducir los índices de mortalidad materna y neonatal. Como consecuencia de la implementación de éste seguro se incrementaron la atención de partos, consultas prenatales y atenciones pediátricas de IRAS Y EDAS.

El **Seguro Básico de Salud**, se crea con la promulgación del Decreto Supremo N° 25265 del 31 de diciembre de 1998 habiendo estado vigente hasta el 31 de diciembre de 2002, como un servicio público, de acceso universal para la población objetiva y destinada a otorgar prestaciones esenciales en salud, con calidad y adecuación cultural. Se otorgaban 102 prestaciones incluyendo a los programas nacionales y se amplía a la población general que vive en zonas endémicas. Todas sus acciones estaban orientadas a reducir la mortalidad en el neonato, los menores de 5 años y la mortalidad materna.

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

TABLA. 14. EVOLUCIÓN DE LOS SEGUROS PÚBLICOS

CARACTERÍSTICA	SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ	SEGURO BASICO DE SALUD	SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL
POBLACIÓN OBJETIVO	Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años	Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años. Población general para ciertas prestaciones.	Mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto y niños menores de 5 años.
PRESTACIONES OTORGADAS	32 correspondientes al I y II nivel de atención	92 intervenciones correspondientes al I y II nivel de atención. Incluye prestaciones de los programas para población general.	Universal, con pocas exclusiones.
FINANCIAMIENTO	3.2% del 85% de coparticipación tributaria.	6.4% del 85% de coparticipación tributaria	10% de coparticipación tributaria. 10% del fondo solidario nacional.

CARACTERÍSTICA	SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ	SEGURO BASICO DE SALUD	SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL
ORIGEN DE RECURSOS	Per cápita a los municipios	Per cápita a los municipios	Per cápita a los municipios + demanda del fondo solidario nacional
MECANISMO DE PAGO	Pago por prestación otorgada	Pago por prestación otorgada	Pago por prestación otorgada

Fuente: Elaboración Dr Colque

El Decreto Supremo 24448, promulgado el 24 de mayo de 1996, creó el **Seguro de Vejez**. Actualmente se ha transformado en el Seguro Social para el Adulto Mayor (SSPAM) que desde febrero de 2007, protegerá a 650.000 adultos mayores. Su administración está a cargo de los municipios.

2.3. Provisión de Servicios de Salud

2.3.1 Oferta y Demanda de Servicios de Salud

Se considera oferta de servicios de salud al conjunto de recursos, tecnología, normas y logística que conforman la estructura global del sistema sanitario. Está representada por la totalidad de establecimientos de salud en el país, incluyendo las variables de localización, nivel de complejidad, dotación de camas y recurso humano de todos los actores denominados para objeto del presente documento subsectores del sistema sanitario del país.

El sistema nacional de salud está conformado por un conjunto de servicios y establecimientos de salud, organizados en redes que corresponden a diferentes niveles de atención y escalones de complejidad. Están conformados por el sistema público de salud, la seguridad social y establecimientos de salud de la iglesia, privados con o sin fines de lucro y de medicina tradicional según convenio.

Se reconocen dos tipos de redes:³⁹

- **A nivel departamental:** Conformada por las redes de servicios de salud municipales y los hospitales e institutos de tercer nivel de atención, ubicados en las ciudades capitales de cada departamento. Abarca a todas las personas

³⁹ DS 26875. Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud. 21-12-2002.

e instituciones que prestan servicios de salud en el ámbito de jurisdicción territorial del departamento.

- **A nivel municipal**, está conformada por uno o varios establecimientos de salud de primer nivel y por un establecimiento de salud de referencia de mayor nivel que brinda servicios de salud de acuerdo a su grado de complejidad. Abarca a todas las personas e instituciones que prestan servicios de salud en el ámbito de jurisdicción territorial municipal.

El Modelo de Gestión vigente establece 4 ámbitos que son:⁴⁰ a) **Nacional** dependiente del Ministerio de Salud y Deportes, b) **Departamental**, correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la prefectura, c) **Municipal**, correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS) y (d) **Local**, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El acceso al Sistema Nacional de Salud se inicia en los establecimientos del primer nivel de atención y brigadas móviles, quienes otorgarán la atención de acuerdo a su capacidad de resolución y en caso necesario referirán al segundo o tercer nivel de atención que corresponda de acuerdo a la estructura de la red y a normas y protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud y Deportes. El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia.

De acuerdo a cada nivel de atención se tiene la siguiente oferta:

- **Primer nivel:** Se enmarca predominantemente en el autocuidado de la salud, consulta ambulatoria y la internación de tránsito. Está conformado por: Brigadas Móviles de Salud, Puesto de Salud, Centro de Salud con o sin camas, Policlínicas y Policonsultorios, sean estos públicos, de la Seguridad Social, las Iglesias, ONGs, Privados y de Medicina Tradicional y/o alternativa.
- **Segundo nivel:** Se realiza atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las cuatro especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia, con apoyo de anestesiología y opcionalmente traumatología) y sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento. Este nivel está conformado por el hospital de segundo nivel.
- **Tercer nivel:** Corresponde a la consulta ambulatoria de alta complejidad y de internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades. Está conformado por el Hospital General e Institutos y Hospitales Especializados.

⁴⁰ PARDO E, RAMOS E. Implementación del modelo de gestión, redes de salud, DILOS, SUMI y SNUS. Modulo de inducción. 2003.

Se han identificado un total de 2.983 establecimientos de salud en el país (2006). De los que corresponden a I nivel el 91.8% y 1.94% al III nivel.⁴¹ Se observa que la oferta de establecimientos de salud es relativamente alta para los Centros Ambulatorios. (0.33 para centros de nivel primario con personal residente no profesional y 0,14 con medicina general). La oferta privada es baja en relación a la población que cubre este subsector. Sin embargo, la oferta de camas se concentra en Hospitales de Alta complejidad con 1.56 camas por 1000 habitantes. La disponibilidad por mil habitantes es:

**TABLA 15. NÚMERO Y CAPACIDAD DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES.
BOLIVIA, 2006**

Sector Público	Nº Centros x 1000 Hab.	Nº Camas x 1000 Hab.
Hospitales		
- Alta complejidad	0,01	1.56
- Mediana (especialidades básicas)	0.01	0.4
- Baja (medicina general)	ND	ND
Total Hospitales	149	
Centros Ambulatorios		
- Centros con especialidades	ND	ND
- Centros de nivel primario con medicina general	0,14	0.38
- Centros de nivel primario con personal residente no profesional	0,33	0.34
TOTAL CENTROS AMBULATORIOS	1.377	
SECTOR PRIVADO		
Hospitales		
- Alta complejidad	0,01	ND
- Mediana (especialidades básicas)	0,08	ND
- Baja (medicina general)	ND	ND
Total Hospitales	93	ND
Centros Ambulatorios		
- Centros con especialidades	ND	ND
- Centros de nivel primario con medicina general	0,08	ND
- Centros de nivel primario con personal residente no profesional	ND	ND
Total centros ambulatorios	77	ND

Fuente: SNIS. www.sns.gov.bo.

⁴¹ SNIS. Página web www.sns.gov.bo.

2.3.2 Desarrollo de la Fuerza de Trabajo en Salud

2.3.2.1. Formación de recursos humanos

Se ha identificado a 28 Universidades que ofertan alguna de las carreras en Ciencias de la Salud a nivel de pre-grado, de las que 56.0% corresponden a universidades del sistema privado⁴². Se ha establecido que en el país funcionan 81 carreras de Ciencias de la Salud a nivel licenciatura, de acuerdo al siguiente detalle:

TABLA 16. DISTRIBUCIÓN DE LA OFERTA DE CARRERAS A NIVEL LICENCIATURA EN CIENCIAS DE LA SALUD. BOLIVIA, 2003

Carrera	No.	Porcentual
Medicina	20	24.7
Odontología	19	23.5
Enfermería	17	21.0
Bioquímica-Farmacia	14	17.3
Nutrición y Dietética	3	3.7
Fisioterapia	8	9.9
TOTAL	81	100,0

Las carreras que son ofertadas en mayor proporción son: Medicina (24.7%), Odontología (23.5%) y Enfermería (21.0%). En el periodo comprendido entre 1995 al 2003 se han titulado un total de 20.326 profesionales en Ciencias de la Salud. Cuatro son las carreras que concentran más del 85% de los titulados: medicina (37.8%), odontología (19.7%), bioquímica-farmacia (18.0%) y licenciatura en enfermería (17.2%).

Se ha establecido que 16 universidades presentan oferta de cursos de postgrado, con preeminencia del sistema público (68.7%). Se identificaron un total de 110 cursos de los que el 83.6% fueron de especialidad y el resto de maestría.

2.3.2.2. Gestión de recursos humanos y condiciones de empleo

La gestión de recursos humanos y condiciones de empleo, es uno de los puntos conflictivos del sistema de salud, toda vez que no se tienen estudios que demuestren con certeza y veracidad los indicadores de empleo, subempleo y multiempleo, así como en lo que respecta a la disponibilidad, distribución, y flujo de recursos humanos.

⁴² MSD, OPS/OMS. PERFIL NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, BOLIVIA. 2005. Mimeo.

La regulación del ejercicio profesional, esta caracterizada por los siguientes aspectos:

- El licenciamiento de los profesionales en salud esta a cargo del MSD a partir de la extensión de la matricula profesional, siendo este de carácter nacional. Los colegios de profesionales certifican su profesionalización a través del registro y extensión de carnet de colegiada (o) que es de carácter departamental y nacional.
- No existen mecanismos de certificación de la capacidad técnica.

Existen reglamentos de las especialidades en áreas de los profesionales de enfermería y medicina, odontología, farmacia y bioquímica y otras profesiones a través de las sociedades científicas que regulan su formación y educación permanente.

El control ético de la actuación de los profesionales de la salud, esta dado por los códigos de ética de los respectivos colegios de profesionales y los tribunales de honor nacional y departamental respectivos, los que a una denuncia de la mala praxis o conducta inmorales determinan las sanciones respectivas.

El Comité Nacional de Integración Docente Asistencial (CNIDAI) es la instancia que reúne a las universidades y organismos de planificación estatal para definir necesidades de recursos humanos a nivel de las especialidades y, en el nivel de pre grado la responsabilidad recae en el Comité Ejecutivo de la Universidad Boliviana.

2.3. Oferta y distribución de recursos humanos ⁴³

De un total de 45.189 recursos humanos que trabajan en salud se tenía la siguiente distribución por sub-sectores al año 2004:

- El sector público era el mayor empleador con un total de 15.916 empleados (35.22%).
- La Seguridad Social aportaba el 27.55% y las ONGs el 2.37%.
- En el sector privado desempeñaron sus actividades 15.752 personas, que correspondían al 34.86% de la fuerza laboral del sector salud.
- Existían 18.369 profesionales, que tenían como grupo representativo a los médicos (24.13%). Le seguían en importancia las Licenciadas en Enfermería con 10.51%.

⁴³ MSD, OPS/OMS. Perfil nacional de Desarrollo de Recursos Humanos, Bolivia. 2005. Mimeo.

- Las auxiliares de enfermería eran el 22.23% de toda la fuerza laboral del sector.

El personal médico se concentra en el tercer nivel de atención con 43.7%, en el II nivel se tiene al 18.7%. Las licenciadas en enfermería, también se concentra en el tercer nivel de atención con el 49.9% y en el primer nivel 26%. Las auxiliares de enfermería se concentra en el primer nivel de atención con el 56.1%. En el segundo nivel se ubica al 13.9% y en el tercero a 30%.

En el sistema público la disponibilidad de médicos es de 6.5 por 10.000 hab., licenciadas en enfermería 2.5 por 10.000 hab. y auxiliares de enfermería de 7,6 por 10.000 hab. Se observa que médicos y licenciadas en enfermería tienen una alta tasa de disponibilidad en los municipios con menor proporción de pobres, mientras en los municipios con un grado de pobreza mayor a 98% existe menor proporción de estos profesionales. Las auxiliares de enfermería mantienen una proporcionalidad similar para todos los grupos de municipios.

2.3.3 Medicamentos y Otros Productos Sanitarios

Se tiene un total de 11.931 productos farmacéuticos registrados, de los que corresponden a medicamentos de marca el 54.91%, y 16.46% a medicamentos genéricos.

TABLA 17. CARACTERÍSTICAS DE LOS PRODUCTOS FARMACEÚTICOS REGISTRADOS EN LA DIRECCIÓN NACIONAL DE MEDICAMENTOS. BOLIVIA, 1995-2005

Indicador	1995 -1999	2000-2005
Nº total de productos farmacéuticos registrados	6.470	11.931
Porcentaje de medicamentos de marca	38.23%	54.91%
Porcentaje de medicamentos genéricos	13.41%	16.46%

Fuente :www.sns.gov.bo. Dirección Nacional de Medicamentos.

El país ha implementado una política nacional de medicamentos esenciales, cuyo listado nacional de medicamentos esenciales (LINAME) se actualiza a cada 2 años. No existe una política de precios de medicamentos. La presencia de un profesional farmacéutico es obligatoria en las farmacias privadas y públicas.

No se cuenta con información sobre disponibilidad de equipamiento en el sector salud. No se dispone de información sobre el presupuesto de operación y mantenimiento.

2.3.4 Calidad de los Servicios

Se elaboraron y aplican normas de diagnóstico y tratamiento de las especialidades básicas: pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, medicina interna y anestesiología. Se han diseñado estándares de la calidad para la acreditación, certificación y evaluación de satisfacción de usuarios. No existe una instancia de acreditación independiente al MSD. No existen instrumentos para medir el desempeño de los servicios de salud en relación al cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. Tampoco en relación a recursos humanos capacitados, recursos humanos suficientes, recursos financieros suficientes, insumos y tecnología adecuada y periodicidad del monitoreo.

III. MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAMBIO/REFORMA

3.1. Efecto sobre las Funciones del Sistema de Salud

El “derecho a la salud como derecho fundamental de la persona y la obligación del estado de defender el capital humano” está establecido en la Constitución Política del Estado desde el año 1938, y en las modificaciones de 1961, 1967 y 2004.

Los procesos de reforma del estado se han iniciado el año 1994 con la promulgación de la Ley de Participación Popular (Ley 1551), luego la Ley de Descentralización Administrativa (1995) y la Ley de Municipalidades de 1999. Este nuevo marco legal ha producido una descentralización fragmentada del sistema de salud puesto que se transfiere al municipio la competencia de realizar la gestión de la infraestructura y equipamiento del sistema de salud; y a las prefecturas se transfiere, por delegación, la administración, supervisión y control del gobierno nacional, los recursos humanos y las partidas presupuestarias asignadas al funcionamiento de los servicios. Este hecho genera conflictos en el proceso de gestión del sistema de salud.

Si bien se ha incrementado el gasto en salud como % del PIB, de 4.38% en 1995 a 6.95% en el año 2002, este incremento no se expresa en un aumento del gasto público en salud puesto que:

- el año 1995 correspondía al 27,6% del Gasto en Salud,
- en el periodo 1996-2000 se tuvo un promedio de 23%,
- y subió ligeramente entre el año 2001 a 2002 a 23.3%.

Este hecho se expresa, en los principales programas verticales del MSD⁴⁴ como de control de Chagas, malaria, tuberculosis y Programa Ampliado de Inmunizaciones los que tienen una gran dependencia financiera de la cooperación internacional (50.5% por concepto de crédito y donaciones). El Tesoro General de la Nación sólo aporta el 8.2%.

3.2. Efecto sobre los Principios Orientadores de las Reformas

La cobertura de partos institucionales ascendió desde 32.6% el año 1996, a 54.0% el año 2000, hasta llegar a 61.5% el año 2006. En los mismos periodos la cobertura de atención prenatal adecuada (4 controles) fue de 26.0%, 33.0% y 53.6%, respectivamente. Sin embargo, persisten todavía barreras de acceso en relación al enfoque de género, la interculturalidad y la calidad de atención.⁴⁵

La cobertura de vacunación con 3ra dosis de DPT/Pentavalente en menores de 1 año, se ha incrementado de 70.6% en 1996 a 84% en el año 2005. IPA ha disminuido de 19.4 en 1996 a 5.2 el 2006.

La tasa de médicos por 10.000 habitantes se ha incrementado de 4.7 a 6.5 luego de la implementación de los ítems HIPC. Sin embargo, más de la mitad de estos médicos fueron a trabajar al III nivel de atención. Existe una amplia brecha entre la disponibilidad de este recurso en los municipios de acuerdo al nivel de pobreza del municipio, pocos médicos en municipios muy pobres y mayor cantidad en municipios con menor nivel de pobreza.

Se ha incrementado la disponibilidad de establecimientos de salud de:

- 775 Centros de Salud en 1996 a 1.234 el año 2006.
- 1.135 puestos de salud en 1996 a 1.430 el año 2006.
- El número total de camas subió de 8.503 el año 1996 a 24.631 el año 2006.

No se cuenta con información sobre la reducción de brechas en cuanto a la posibilidad de que el/la paciente pueda obtener atención el mismo día que solicita servicios de atención primaria y sobre el número de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (idioma, horario, género).

La evaluación del impacto de los seguros públicos⁴⁶ establece que:

- Se han incrementado significativamente el número de prestaciones otorgadas

⁴⁴ UDAPE. Financiamiento de Programas Públicos de Salud en Bolivia. Casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunización. 1999-2005. Dic. 2005.

⁴⁵ Gobierno Municipal de La Paz. Prefectura de La Paz. OPS/OMS. Servicios de Salud con Enfoque de Género en el marco de la Atención Primaria de Salud. Bolivia. 2004.

⁴⁶ MSD, UNICEF, UDAPE. Bolivia: Evaluación de impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. Diciembre 2.006.

a las mujeres embarazadas y niños menores de 5 años.

- Se ha incrementado el uso de servicios de salud, que sin embargo, no llega a la población más pobre, sino que se concentra en población con mayores recursos económicos.
- La mortalidad infantil ha disminuido. El impacto es significativo en el área urbana. En el área rural no se establece una disminución significativa.
- El impacto en los indicadores evaluados en el área rural es leve y existen brechas importantes con el área urbana (mortalidad, parto institucional, cuarto control prenatal y vacunación de pentavalente).

No es posible evaluar el comportamiento de las muertes por neoplasias de mama y de cuello de útero en la mujer por la no disponibilidad de información.

La evolución de la incidencia del IPA ha disminuido de 8.8 por mil (2000) a 4.7 por mil (2005). La incidencia de tuberculosis en todas sus formas ha disminuido de 111 por 100.000 habitantes (2000) a 100.3 por 100.000 habitantes el 2005. La incidencia de infección por VIH/SIDA ha mostrado una evolución progresiva.

Los procesos de participación social en salud se han estructurado a partir de la conformación de los DILOS. Un análisis prospectivo y retrospectivo⁴⁷ realizado en el SEDES La Paz en el año 2004, se establecen como conclusiones:

- El Gerente de Red adquiere un papel protagónico, puesto que orienta la solución a los problemas y el resto de los componentes del DILOS, tienen una alta dependencia de su accionar.
- Los representantes de la Alcaldía, Comité de Vigilancia y del SEDES desconocen y no cumplen su mandato.

El Gerente de Red no cuenta con orientación específica de parte del DILOS.

⁴⁷ Prefectura del Departamento de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Directorios Locales de Salud. Propuesta de Implementación renovada de gestión compartida, concurrente con participación popular. La Paz, Enero 2.005.

3.3. Efecto sobre el Sistema de Salud

TABLA. 18. EVOLUCIÓN DEL MODELO DE GESTIÓN. BOLIVIA 2007

PERIODO DE GOBIERNO			
1994-1997	1997-2002	2003-2004	2006
3 niveles	4 niveles	4 ámbitos	gestión compartida
	Área de Salud	Local: Establecimiento de Salud	Local: Comunidad, Establecimiento de Salud
Distrito de salud	Distrito		
		Municipal: Directorio Local de Salud (DILOS)	Municipal: Directorio Local de Salud (DILOS)
Secretaría Regional de Salud (Departamental)	Servicio Departamental de Salud	Servicio Departamental de Salud	Servicio Departamental de Salud (SEDES)
Secretaría Nacional de Salud	Ministerio de Salud y Previsión Social	Ministerio de Salud y Deportes	Ministerio de Salud y Deportes

Fuente: Elaboración Dr Colque

El modelo de gestión, siempre ha contemplado al menos dos niveles: Nacional y departamental. El distrito municipal desaparece para ceder su lugar a los municipios, que incorpora a los DILOS (2003) constituyéndose como máxima autoridad en la gestión compartida con participación popular en salud, para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud.

TABLA 19. EVOLUCIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN. BOLIVIA, 2006

1994-1997	1997-2002	2003-2004	2006
4 niveles	4 niveles	3 niveles	3 niveles
PRIMER NIVEL: Puesto de Salud Consultorio de Área Centro de Salud de Área	PRIMER NIVEL: Puesto de Salud Centro de Salud Familiar	PRIMER NIVEL: Medicina tradicional Brigada móvil de salud Puesto de salud Consultorio médico Centro de salud con o sin camas Policlínicas y policonsultorios	PRIMER NIVEL: Puesto de Salud Centro de Salud
SEGUNDO NIVEL Hospital de Distrito	SEGUNDO NIVEL Policonsultorio, Hospital de Distrito	SEGUNDO NIVEL Hospital básico de apoyo	SEGUNDO NIVEL Hospital Básico
TERCER NIVEL Hospital Regional Maternidades Hospitales Pediátricos	TERCER NIVEL Hospitales generales y de especialidad	TERCER NIVEL Hospitales generales Institutos Hospitales de especialidades	TERCER NIVEL Hospitales generales e institutos especializados
CUARTO NIVEL Institutos de investigación	CUARTO NIVEL Institutos Nacionales		

Fuente: Elaboración Dr Colque.

El modelo de atención no ha sufrido transformaciones profundas, en la gestión actual se está por implementar el modelo de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural, que tiene como objetivo “garantizar el ejercicio del derecho a la salud y la vida, como derecho social, a través de la promoción y consolidación de un sistema de salud único, intercultural comunitario”. Los ejes transversales de este modelo son: la participación social, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad.

Están en proceso de formación 120 médicos especialistas en Salud Familiar Comunitaria e Intercultural. Se está planificando la incorporación de otros componentes del equipo de salud a éste programa.

3.4. Análisis de Actores

TABLA 20. CONFORMACIÓN DEL SECTOR SALUD A NIVEL NACIONAL Y DEPARTAMENTAL. BOLIVIA 2003

INSTRUMENTOS NORMATIVOS	ACTORES INSTITUCIONALES	ACTORES SOCIALES
<p>Constitución Política del Estado Código de Salud Código de Seguridad Social Ley 1551 Participación Popular Ley 1654 Descentralización Ley LOPE Ley 2426 SUMI Ley 2028 Municipalidades Ley 1178 SAFCO</p> <p>OTROS SECTORES BÁSICOS PARA EL LOGRO DE OBJETIVOS DEL SECTOR SALUD</p> <div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>Ministerio de Educación Ministerio de Vivienda Ministerio de Asuntos Indígenas Ministerio de Trabajo Ministerio de Finanzas Ambiente</p> </div>	<p>Ministerio de Salud y Deportes</p> <p>Cajas Nacionales (9)</p> <p>Instituto Nacional de Seguridad Social, INASES</p> <p>Iglesia</p> <p>Fuerzas Armadas de la Nación</p> <p>ONG's</p> <p>Policía</p> <p>Medicina Tradicional</p> <p>Subsector Privado</p> <p>Universidad</p> <p>Instituciones formadoras de recursos humanos en salud</p> <p>Cooperación internacional</p>	<p>Colegios Profesionales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colegio Médico • Colegio de Enfermeras • Colegio de Odontólogos • Colegio de Nutricionistas • Colegio de Trabajadoras Sociales • Colegio de Bioquímico Farmacéuticos <p>Confederación de Trabajadores en Salud.</p> <p>Juntas vecinales</p> <p>Comité de Vigilancia</p> <p>COB</p> <p>CSUTCB</p> <p>CIDOB</p> <p>CNColonizadores</p> <p>FS Mujeres Bartolina Sisa</p> <p>CONAMAQ</p> <p>Federación de Cocaleros del Trópico</p> <p>COFECAY</p> <p>Federación de Asociaciones de Municipios de Bolivia, AM</p> <p>AMB Asociación de Municipios de Bolivia</p> <p>SOBOMETRA – Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional</p> <p>Mecanismo de Control Social</p>

Fuente: OPS/OMS. Análisis del Sector Salud. 2003.

TABLA 21: MAPEO DE LA AUTORIDAD SANITARIA

AREA FUNCIONAL : CONDUCCIÓN									
ACTIVIDAD	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA
Análisis de situación de salud	DS. 26875	Ministerio de Salud y Deportes	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	DS. 26875	Servicio Departamental de Salud	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	DS. 26875	Directorio Local de Salud (DILOS)	Gerencia de Red
Definición de prioridades y objetivos sanitarios	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87 inciso a)	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	Ley 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto) DS. 25060 Estructura de las Prefecturas.	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Directorio Local de Salud (DILOS)	Gerencia de Red
Formulación de las políticas, planes, programas y estrategias de salud.	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87 inciso c)	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	Ley 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto) DS. 25060 Estructura de las Prefecturas.	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Directorio Local de Salud (DILOS)	Gerencia de Red
Dirección, concertación y movilización de actores y recursos	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006. Art. 87 inciso e)	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	Ley 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto) DS. 25060 Estructura de las Prefecturas.	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Directorio Local de Salud (DILOS)	Gerencia de Red

Promoción de la salud y participación social en salud	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Promoción de la Salud y Deportes	Ley 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Red Social de Salud	Gerencia de Red
Coordinación política y técnica en organismos de integración económica a nivel regional y subregional.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Evaluación del desempeño del sistema de salud (funcionamiento sectorial de sus instituciones)	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	Ley No. 1654 Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Dirección de Desarrollo Social	DS. 26875	Directorio Local de Salud (DILOS)	Gerencia de Red
Monitoreo y evaluación.	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	Ley No. 1654 Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Dirección de Desarrollo Social	DS. 26875	Directorio Local de Salud (DILOS)	Gerencia de Red

REFERENCIAS:

DS = DECRETO SUPREMO

AREA FUNCIONAL : REGULACIÓN									
ACTIVIDAD	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA
Desarrollo y perfeccionamiento de la legislación nacional de salud.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Regulación de los seguros de salud públicos	Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Ley No. 2426 del 21 de noviembre de 2002.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	DS. 26875	Servicio Departamental de Salud	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Regulación de los seguros de salud privados	Ley de Seguros de la República de Bolivia. Ley No. 1883, del 25 de junio de 1998	Superintendencia de Pensiones Valores y Seguros	Intendencia de Seguros	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Regulación y control de insumos médicos	Resolución Ministerial No. 0735 Reglamento del Sistema Nacional Único de Suministros	Ministerio de Salud y Deportes	Dirección Nacional de Medicamentos Central de Abastecimiento de Suministros	Resolución Ministerial No. 0735 Reglamento del Sistema Nacional Único de Suministros	Servicio Departamental de Salud	Central de Abastecimiento de Suministros. Regional	Resolución Ministerial No. 0735 Reglamento del Sistema Nacional Único de Suministros	Directorio Local de Salud	Gerencia de Red.
Regulación y control de tecnología sanitaria	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Regulación y control de bienes de consumo e insumos básicos	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Dirección de Desarrollo Social	Ley 2028 de Municipalidades, del 28 de octubre de 1999.	Municipio	Alcalde Municipal
Regulación y control sanitario de establecimientos públicos	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de	Prefectura del Departamento de Salud	Dirección de Desarrollo Social	Ley 2028 de Municipalidades, del 28 de octubre de	Municipio	Alcalde Municipal

	de marzo 2006			julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)			1999.		
Regulación y control sanitario del medio ambiente	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Dirección de Desarrollo Social	Ley 2028 de Municipalidades, del 28 de octubre de 1999.	Municipio	Alcalde Municipal
Regulación y certificación de recursos humanos en salud	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87. Ley 3131. Ley del Ejercicio Profesional Médico. 8 de agosto de 2005	Ministerio de Salud y Deportes Ministerio de Educación y culturas Colegio Médico.	Vice Ministro de Salud Comité Nacional de Integración Docente Asistencial	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Servicio Departamental de Salud	Comité Regional de Integración Docente Asistencial	-----	-----	-----
Regulación y control de los programas de formación y educación continua en ciencias de la salud	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes. Ministerio de Educación y culturas	Vice Ministro de Salud. Vice Ministro de Educación Superior	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Armonización de la legislación de salud con la de los países participantes en los procesos de integración regional	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

REFERENCIAS:

DS = DECRETO SUPREMO

AREA FUNCIONAL : EJECUCIÓN DE LAS FUNCIONES ESENCIALES DE SALUD PÚBLICA									
ACTIVIDAD	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA
FESP 1 Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FESP 2 Vigilancia de la salud pública, investigación y control de riesgos y daños en salud pública.	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Dirección de Desarrollo Social	Ley 2028 de Municipalidades, del 28 de octubre de 1999.	Municipio	Alcalde Municipal
FESP 3 Promoción de la salud	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Promoción de la Salud y Deportes	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Red Social de Salud	Gerencia de Red
FESP 4 Participación de los ciudadanos en la salud	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Promoción de la Salud y Deportes	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Red Social de Salud	Gerencia de Red
FESP 5 Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación y gestión en materia de salud pública	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FESP 6 Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación y fiscalización en materia de salud pública	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FESP 7 Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FESP 8 Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública	Ley de Organización del Poder	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud Comité	Ley No. 1654 de Descentralización administra-	Servicio Departamental de Salud	Comité Regional de Integración	-----	-----	-----

	Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006 Art. 87. Ley 3131. Ley del Ejercicio Profesional Médico. 8 de agosto de 2005	Ministerio de Educación y culturas Colegio Médico.	Nacional de Integración Docente Asistencial	tiva del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)		Docente Asistencial			
FESP 9 Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FESP 10 Investigación en Salud Pública	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
FESP 11 Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

REFERENCIAS:

DS = DECRETO SUPREMO

AREA FUNCIONAL : FINANCIAMIENTO									
ACTIVIDAD	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA
Formular políticas para modular y corregir las distorsiones del financiamiento sectorial	DS 29272 del 12 de septiembre de 2007, Plan Nacional de Desarrollo	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud.	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Red Social de Salud	Gerencia de Red
Vigilar el proceso de financiamiento sectorial	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Definir mecanismos redistributivos del gasto corriente y del gasto de inversión, a fin de compensar las inequidades que puedan ser generadas por los procesos descentralizados.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
Influir en la distribución presupuestaria	DS 29272 del 12 de septiembre de 2007, Plan Nacional de Desarrollo	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud.	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Red Social de Salud	Gerencia de Red

REFERENCIAS:

DS = DECRETO SUPREMO

AREA FUNCIONAL : GARANTÍA DEL ASEGURAMIENTO									
ACTIVIDAD	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA
Definir el contenido de los conjuntos garantizados de prestaciones	Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Ley No. 2426 del 21 de noviembre de 2002.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	DS. 26875	Servicio Departamental de Salud	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Vigilar el cumplimiento de la cobertura de los planes, garantizando, que ningún ciudadano sea excluido	Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Ley No. 2426 del 21 de noviembre de 2002.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	DS. 26875	Servicio Departamental de Salud	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Definir el grupo poblacional, el territorio y los mecanismos de vigilancia que asegurará a la población su aseguramiento.	Ley del Seguro Universal Materno Infantil. Ley No. 2426 del 21 de noviembre de 2002.	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministerio de Salud	DS. 26875	Servicio Departamental de Salud	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)

REFERENCIAS:

DS = DECRETO SUPREMO

AREA FUNCIONAL : PROVISIÓN DE SERVICIOS									
ACTIVIDAD	NIVEL CENTRAL			NIVEL INTERMEDIO/REGIONAL			NIVEL LOCAL		
	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA	MARCO LEGAL	INSTITUCION RESPONSABLE POR LEY	INSTITUCION EJECUTORA
Organizar los planes de acción y redes de servicios de instituciones públicas y privadas para evitar la duplicación de los servicios de salud en el país.	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Establecer criterios de contratos de compromisos de gestión de servicios que sirvan de base para la asignación de recursos frente a una serie de medidas de desempeño expresado tanto en términos de procesos como de resultados.	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Definir criterios de calidad de atención en salud.	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Definir criterio de acreditación de instituciones prestadoras	Ley de Organización del Poder Ejecutivo Ley 3351 DS No. 28631 del 8 de marzo 2006	Ministerio de Salud y Deportes	Vice Ministro de Salud	Ley No. 1654 de Descentralización administrativa del 28 de julio de 1995. Art 5. Atribuciones del Prefecto)	Prefectura del Departamento de Salud	Servicio Departamental de Salud	DS. 26875	Municipio	Directorio Local de Salud (DILOS)
Establecer criterios de incorporación de tecnología en salud.	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

REFERENCIAS:

DS = DECRETO SUPREMO

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) INE. El proceso de urbanización en Bolivia, 1992 – 2001. 3ra edición. Junio 2004.
- 2) INE. Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. Distribución de la Población.
- 3) INE. Bolivia: Niveles, tendencias y diferenciales de la fecundidad. La Paz-Bolivia. Noviembre 2003.
- 4) INE, DHS. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1994, 1998, 2003.
- 5) UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio asociados al desarrollo humano. Bolivia. 2006.
- 6) UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio asociados al desarrollo humano. Bolivia. 2006.
- 7) Ministerio de Salud y Previsión Social. Anuario Epidemiológico 2.000. La Paz. Junio 2001.
- 8) OPS/OMS. Análisis del Sector Salud 2003. Informe Final de Consultoría. Mayo 2004.
- 9) UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe. Bolivia 2006.
- 10) OPS/OMS. Boletín Epidemiológico. Análisis Coyuntural de la Mortalidad en Bolivia. Vol 23 No. 2. Junio 2002.
- 11) Ministerio de Salud y Deportes. Situación de Salud. Bolivia 2004. La Paz. 2006.
- 12) UDAPE, NNUU, OIT. Pueblos Indígenas originarios y objetivos de desarrollo del milenio. 2006.
- 13) UDAPE. Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Cuarto Informe. Bolivia 2006.
- 14) OPS. UNFPA. UNIFEM. Género, Salud y Desarrollo en las Américas. Indicadores básicos. 2005.
- 15) Ministerio de Salud y Deportes. Bases para el Plan Estratégico de Salud 2006-2010. Bolivia. 2006.
- 16) Desarrollo democrático participación ciudadana. Marco Legal para la gestión municipal participativa en salud. Vol 4 Tomo I. 1ª. Edición. 2002.
- 17) DS 26875. Modelo de Gestión y Directorio Local de Salud. 21-12-2002.
- 18) PARDO E, RAMOS E. Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS. Modulo de inducción. 2003.
- 19) SNIS. Página web www.sns.gov.bo.
- 20) MSD, OPS/OMS. PERFIL NACIONAL DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS, BOLIVIA. 2005. Mimeo.
- 21) UDAPE. Financiamiento de Programas Públicos de Salud en Bolivia. Casos: Chagas, Malaria, Tuberculosis e Inmunización. 1999-2005. Dic. 2005.
- 22) Gobierno Municipal de La Paz. Prefectura de La Paz. OPS/OMS. Servicios de Salud con Enfoque de Género en el marco de la Atención Primaria de Salud. Bolivia. 2004.
- 23) Prefectura del Departamento de La Paz. Servicio Departamental de Salud. Directorios Locales de Salud. Propuesta de Implementación renovada de gestión compartida, concurrente con participación popular. La Paz, Enero 2005.