



Bolivia



© United Nations Cartographic Section

| | |
|---|------------------|
| Población total (2005) ¹ | 9.182.000 |
| % de población menor de 15 años (2005) ¹ | 38 |
| % de población rural (2005) ¹ | 36 |
| Esperanza de vida al nacer (2005) ² | 64,9 |
| Tasa de mortalidad en menores de 1 año por 1.000 nacidos vivos (2004) ² | 54 |
| Razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos (2004) ² | 230 |
| Gasto total en salud como % del Producto Interno Bruto (2004) ³ | 6,8 |
| Gasto Nacional como % del gasto total en salud (2004) ³ | 12,8 |
| Posición del Índice de Desarrollo Humano en relación a 177 países (2003) ⁴ | 113 |
| Ingreso Nacional Bruto (INB) per capita US\$ (2003) ² | 2,490 |
| % de población bajo el umbral de la pobreza nacional (1995-2002) ² | 14.4 |
| Tasa de alfabetización de Adultos (15+) alfabetiza (2005) ² | 88.3 |
| % de población con acceso sostenible a fuente de agua mejorada (2002) ⁴ | 85 |
| % población con acceso sostenible a saneamiento mejorado (2002) ⁴ | 45 |

SALUD Y DESARROLLO

En el 2005, se estimaba una población de 9.182.000 habitantes, distribuida así: 64.4% en zona urbana y 35.6% en zona rural. En el censo del 2001, 31% de la población se auto denominó como Quechua, 25% como Aymaras, 6% como Guaranís y de otras etnias minoritarias de la amazonía y 38% no se identificó como de algún grupo étnico. Bolivia tiene una población muy joven, 60% tiene menos de 25 años y solo 7% es mayor de 65. Esta crece en una tasa promedio anual de 2.7%.

En el censo del 2001, 64% de la población carecía del ingreso para responder a las necesidades básicas. Las proyecciones estiman que para el 2006 la incidencia de pobreza será de 63 % en condiciones de pobreza moderada y de estos 35% en extrema pobreza. Esta población está concentrada en municipios de los valles interandinos altos y el altiplano, población principalmente Quechua y Aymara. También en la zona de los llanos, el Chaco y principales ciudades del país hay pobreza, debido a la migración. En 2003 el ingreso promedio per capita fue de US\$900, pero la distribución del ingreso demostró que en promedio el 20% más rico de la población tiene un ingreso 13 veces mayor que el 20% más pobre.

La población indígena está excluida y no tiene acceso a salud ni servicios básicos. En un estudio hecho en 50 municipios (de un total de 327 en el país) cuya población se encuentra en los niveles altos de extrema pobreza y acoge a la población monolingüe nativa, la mortalidad infantil es 2 veces mayor que en los 138 municipios donde la situación de pobreza es la más baja.

La esperanza de vida al nacer ha variado de 63 años (2001) a 65 años (2005). El bajo incremento se debe a la elevada mortalidad infantil, 54 por 1000 nacidos vivos, y esta a su vez por la mortalidad neonatal. La tasa cruda de natalidad sigue alta (28,5 nacidos por cada 1000 habitantes). Esto se debe a la alta población joven, altas tasas de fecundidad (3,7 hijos por mujer) y la falta de autonomía de las mujeres para decidir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. La dinámica de los nacimientos y muertes determina que Bolivia esté creciendo como lo hacían los países desarrollados en la década de los 50 y 60.

La actual distribución de la mortalidad, con la información reportada, deja apreciar un predominio de causas cardiocirculatorias (40%), seguidas de enfermedades transmisibles (13%) y causas externas (12%). La tasa de mortalidad es más alta en los hombres que en las mujeres (1102 vs. 897 por cien mil). Para 2003, había 27% de niños con desnutrición crónica y de ellos 8% tenían desnutrición severa.

Solo 26% de la población está cubierta por el sistema de seguros de salud y más de la mitad de la población es practicante de la medicina tradicional. Se estima que de 5 a 10% demanda servicios del sector privado, por lo que el 70 % restante de la población deber ser cubierta por el sector público de salud. Limitaciones de acceso al sistema dejan estimar que solo la mitad de la población correspondiente al sector público accede al mismo, quedando un 35 a 40% de la población sin cobertura en el país.

| OPORTUNIDADES | DESAFIOS PARA LA OPS/OMS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Nuevo gobierno con una sólida base en las poblaciones indígenas y originarias y con un mandato de cambio socio sanitario coincidente los principios de Alma-Ata Plan Nacional de Desarrollo que reconoce la intrínseca relación entre los determinantes sociales y las inequidades en salud, y con enfoque de derecho Proceso constituyente de carácter participativo que plantea un nuevo modelo de distribución de responsabilidades con rectoría sectorial Asignación de nuevos recursos fiscales para salud con base en la estrategia de redistribución de la riqueza a nivel descentralizado Adopción del principio de <i>soberanía sanitaria</i> que implica el reconocimiento y fortalecimiento del rol rector del Ministerio frente a la cooperación internacional. Valorización del apoyo de la OPS/OMS en el proceso de transformación participativa del Estado Revisión del rol de la OPS/OMS en la cooperación, especialmente con países prioritarios | <ul style="list-style-type: none"> Participar y acompañar desde lo político-técnico el proceso constituyente Reforzar el rol rector y la capacidad institucional del Ministerio en el ejercicio de la soberanía sanitaria Fortalecer mecanismo para canalizar demandas de grupos excluidos a niveles de toma de decisión Identificar y fortalecer las capacidades institucionales de la OPS/OMS en el contexto de transformación del país Equilibrar los mandatos regionales con las nuevas prioridades del país Identificar, sistematizar y compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas a nivel global y regional y las del propio proceso nacional Precisar el rol de la OPS/OMS en relación con las nuevas modalidades y actores de cooperación internacional Considerar las actuales prioridades nacionales para la elaboración de los instrumentos de cooperación de la OPS/OMS (BPB de país, BPB sub-regionales, proyectos TCC, movilización de otros recursos) |

Fuente:

¹ División de Población de Naciones Unidas

² Situación de salud de las Américas. Indicadores Básicos 2005. Organización Panamericana de la Salud

³ Datos de la OMS sobre las cuentas nacionales de salud

⁴ Informe de Desarrollo Humano 2005

COOPERACION EXTERNA

El país rescata el principio de *soberanía sanitaria* coherente con el Plan Nacional de Desarrollo, que significa una revisión y evaluación del rol de las agencias de cooperación técnica. Esto incide significativamente en el escenario de la cooperación internacional, sus nuevas modalidades y actores, como son las cooperaciones bilaterales entre países de la Región (Argentina, Brasil, Cuba, Venezuela). En este contexto resalta el nuevo rol para las Naciones Unidas, con especial incidencia para la OPS/OMS.

AGENDA ESTRATEGICA OPS/OMS (2006-2010)

Con base al CCS anterior, la estrategia actualizada de cooperación de la OPS/OMS busca posicionar estratégicamente a la Institución en apoyo al proceso político de refundación del Estado boliviano. En el ámbito sectorial, este proceso esta cimentado en los principios de: *soberanía nacional y sanitaria*, enfoque de derechos y de determinantes sociales, interculturalidad, equidad y solidaridad.

En este marco, se propone la siguiente agenda estratégica:

1. Trabajar con base en el enfoque de salud como derecho humano y determinantes sociales de la salud explícitos en el Plan Nacional de Desarrollo y el Plan de Estratégico de Salud. Ello incluye los temas de reducción de las inequidades y la exclusión en general y de los pueblos indígenas y originarios y de género en particular, reducción de la desnutrición a nivel cero y de la violencia intrafamiliar, entre otros.
2. Apoyar el proceso de la Constituyente desde lo técnico y lo político en especial en el ámbito de la participación en los Congresos Pre-constituyentes y a continuación de dicho proceso, en la formulación de la nueva Ley General de Salud.
3. Prestar cooperación técnica para el desarrollo del Seguro Universal de Salud y del Sistema Único de Salud y en la formulación de una política de financiamiento y desarrollo de recursos humanos que los haga sustentables y viables.
4. Apoyar en el desarrollo de un modelo de salud familiar y comunitaria que trascienda lo curativo y privilegie el rescate de la interculturalidad y la medicina tradicional y en la formulación e implementación de una política de recursos humanos y de servicios que sean acordes con dicho modelo.
5. Continuar impulsando el desarrollo de la estrategia de municipios saludables, en los municipios priorizados, entendiendo estos como espacio clave para estimular la gestión, la participación y el control social.
6. Apoyar en la definición coherente de los niveles de gestión local/departamental/central, el desarrollo de la red de servicios, la integración de programas y la interacción entre niveles. Una línea de acción importante para estos fines es el análisis del ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública a nivel local.
7. Incentivar la gestión de conocimiento a través de las Salas de Situación y la Biblioteca Virtual en Salud Pública
8. Apoyar el desarrollo sectorial y fortalecimiento de la rectoría en salud

Las autoridades nacionales indicaron como prioridades inmediatas para la cooperación de la OPS/OMS los ítems 2, 3 y 4 de la agenda. La agenda estratégica de cooperación involucra: a) modos de cooperación tradicional (consultorías, asesorías, capacitación, entre otras) y no tradicional, este último sustentado en la inserción en el proceso político de la salud, articulación de actores, movilización de capacidades, procesos y recursos dentro de la agenda internacional de salud y sus nuevas modalidades y bajo la rectoría de la autoridad sanitaria (en ello se inscribe el impulso al enfoque sectorial y la armonización y alineamiento de la cooperación); b) apoyo en la respuesta a situaciones de emergencia y coyuntura sanitaria; c) participación comunitaria y d) fortalecimiento de la gestión administrativa, que permita aumentar las capacidades nacionales que apunten a la institucionalización de mecanismos, normas, procedimientos administrativos en apoyo al Plan Estratégico en salud.

A tal fin, es necesario articular esfuerzos colaborativos entre los distintos niveles de la Organización, bajo un marco común de programación y monitoreo. Es la manera de responder con oportunidad y flexibilidad a la dinámica nacional. Asimismo, es necesario estrechar el intercambio de información con las otras Representaciones, de manera a acompañar las iniciativas de cooperación bilateral.

INFORMACION ADICIONAL

Página Web de País de la OMS <http://www.who.int/countries/bol/es>

Página Web de la Representación de País <http://www.ops.org.bo>

© Organización Mundial de la Salud, 2006 - Se reservan todos los derechos.

Este documento no es una publicación oficial de la OMS y no representa necesariamente las decisiones ni la política de la Organización. La presentación de los mapas que aparecen en él no implica, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

Revisión: agosto de 2006

