



OPS/OMS
ESTRATEGÍA DE COOPERACIÓN
CON EL PAÍS

BOLIVIA

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización mundial de la Salud

2004

ACRONIMOS

| | |
|---------|--|
| AIEPI | Atención Integral de Enfermedades Prevalentes de la Infancia |
| APA | Atención Primaria Ambiental |
| APO | Oficial Profesional Asociado - Associate Professional Officer |
| BID | Banco Interamericano de Desarrollo |
| BM | Banco Mundial |
| CDF | Marco de Desarrollo de País – Country Development Framework |
| CELADE | Centro Latinoamericano de Demografía |
| CIS | Cooperación Internacional en Salud |
| COB | Central Obrera Boliviana |
| CONAMAQ | Consejo Nacional de Markas y Ayllus del Q´ollasuyo |
| CONJUVE | Confederación Nacional de Juntas Vecinales |
| DFID | Ministerio Británico Para el Desarrollo Internacional – United Kingdom Department for International Development |
| DILOS | Directorio Local de Salud |
| EBRP | Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza |
| ECP | Estrategia de Cooperación de País |
| EXTENSA | Programa Nacional de Extensión de Cobertura en Salud |
| FAM | Federación de Asociaciones Municipales |
| FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| FMI | Fondo Monetario Internacional |
| HIPC | Países Pobres Altamente Endeudados – Heavily Indebted Poor Countries |
| IFI | Instituciones de Financiamiento Internacional |
| INASES | Instituto Nacional de Seguros en Salud |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| ITS | Infección de Transmisión Sexual |
| MSD | Ministerio de Salud y Deportes |
| NMR | Nuevo Marco de Relacionamiento |
| NNUU | Naciones Unidas |
| OECD | Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo – Organization for Economic Cooperation and Development |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización No Gubernamental |
| OPS | Organización Panamericana de la Salud |
| OSP | Oficina Sanitaria Panamericana |
| OTB | Organizaciones Territoriales de Base |
| PAI | Programa Ampliado de Inmunizaciones |
| PIB | Producto Interno Bruto |
| PMA | Programa Mundial de Alimentos |
| SEDES | Servicio Departamental de Salud |
| STP | Profesional de Corto Plazo – Short Term Professional |
| SUMI | Seguro Universal Materno Infantil |
| UDAPE | Unidad de Análisis de Políticas Económicas |
| UE | Unión Europea |
| UNDAF | Marco de las Naciones Unidas para el Desarrollo – United Nations Development Assistance Framework |
| UNICEF | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia |
| USAID | Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional – United States Agency for International Development |

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Síntesis Ejecutiva | 4 |
| Sección I. INTRODUCCION | 8 |
| Sección II. DESAFÍOS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO | 10 |
| 2.1 Perfil general de país y su entorno de desarrollo | 10 |
| 2.2 Perfil de salud | 12 |
| 2.2.1 Morbimortalidad | 12 |
| 2.2.2 Sector salud | 16 |
| 2.3 Actores, roles y responsabilidades | 18 |
| 2.3.1 Actores institucionales | 18 |
| 2.3.2 Actores sociales | 19 |
| 2.3.3 Actores de la cooperación externa | 19 |
| 2.4 Principales problemas de salud | 19 |
| Sección III. COOPERACION INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO | 22 |
| 3.1 Marco de referencia de la Cooperación Internacional en Bolivia | 22 |
| 3.2 Actores | 26 |
| 3.3 Flujos de recursos provenientes de la cooperación internacional en salud | 27 |
| 3.4 Administración nacional de la cooperación internacional en salud | 29 |
| Sección IV. PROGRAMA DE COOPERACION TECNICA DE OPS/OMS | 31 |
| Sección V. MARCO GENERAL DE COOPERACION DE OPS/OMS | 34 |
| Sección VI. AGENDA ESTRATEGICA DE COOPERACION CON BOLIVIA | 36 |
| Sección VII. IMPLICACIONES PARA LA COOPERACION TECNICA | 47 |
| 7.1 Implicaciones de la Agenda Estratégica de Cooperación propuesta. | 47 |
| 7.1.1 A lo interno de la Oficina de País | 47 |
| 7.1.2 A lo externo de la Oficina de País | 47 |
| 7.2 Perfil del personal de país | 48 |
| 7.3 Asignación de recursos | 49 |
| 7.4 Repensamiento crítico sobre la implementación del Programa | 49 |
| 7.5 Reflexión final | 50 |

ANEXO 1. Matriz de Revisión de Principales lineamientos que orientan el accionar de la OPS/OMS en Bolivia hacia inicios del siglo XXI.

ANEXO 2. Análisis de consistencia de los componentes prioritarios de la Estrategia de Cooperación con el País.

SINTESIS EJECUTIVA

Durante el año 2003 se realizó en Bolivia el ejercicio denominado “Country Cooperation Strategy” (CCS). Dos misiones de trabajo, de cinco días de duración cada una, fueron realizadas en los meses agosto y noviembre de ese año. Las misiones estuvieron integradas por funcionarios de la OMS y de la OPS. Participaron en las mismas, por la OMS, el Ing. Peter Mertens, y por la OPS, la Dra. Carolina Bascones; el Dr. Oscar Feo; el Dr. John Ehrenberg, y el Dr. Roberto Borth.

Las agendas de trabajo de ambas misiones incluyeron reuniones con autoridades de salud del país; personal profesional y técnico de la Representación de OPS/OMS en Bolivia; representantes y funcionarios de las diferentes agencias de cooperación internacional en salud, tanto bilaterales como multilaterales; otras autoridades del poder ejecutivo del Gobierno de Bolivia, quienes de una u otra forma tienen relación con la problemática de salud del país; así como, una amplia consulta con delegados de las diferentes instituciones y organizaciones de la sociedad civil a nivel nacional. En total participaron en este ejercicio 412 personas

Previo a la llegada de la primera misión al país se realizó un trabajo preparatorio, coordinado entre la Oficina de País, y la Unidad de Apoyo a los Países (CSU) de la Oficina Regional de OPS. En la Oficina de País se elaboraron varios documentos básicos, tales como: Análisis de Situación de Salud del Bolivia; Proyección de Alianzas Estratégicas con otras Instituciones y Organizaciones Nacionales e Internacionales; y Propuesta de Observatorio para el Monitoreo y Evaluación de la Participación de OPS/OMS en el Marco del Proceso de Reforma de Naciones Unidas”. Por otro lado, desde la Oficina Regional, CSU elaboró a mediados de año una matriz, con participación de todas las Areas y Unidades, donde se consolidaron los principales contenidos de la cooperación técnica que en ese momento se realizaba con Bolivia, así como los criterios evaluativos más sobresalientes sobre la marcha de dicha cooperación. Para la realización del ejercicio CCS se contó con la anuencia explícita de las autoridades superiores del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

Los resultados de la CCS coincidieron en tiempo con el momento en que la Oficina de País estaba preparando su Programa y Presupuesto Bianual (BPB) de cooperación técnica para el 2004- 2005, considerándose este hecho muy positivo para la calidad analítica y programática de ambos ejercicios. Por otro lado, se destaca que las orientaciones estratégicas derivadas del CCS tienen una proyección 2004-2007, coincidente con el período de gestión del actual Gobierno, lo cual igualmente se considera muy favorable para la cooperación técnica de OPS/OMS..

Del CCS se obtuvieron los siguientes productos:

- a) Documento “Estrategia de Cooperación Centrada en el País Bolivia 2004-2007”.
- b) Una propuesta de Alianzas Estratégicas en Salud entre la OPS/OMS y otros actores nacionales e internacionales (en proceso de elaboración; prevista su terminación para finales del primer trimestre del 2004);

- c) Una propuesta de Estudio de Caso para la implementación de un Observatorio de Monitoreo y Evaluación de la participación de OPS/OMS en el marco de la Reforma de Naciones Unidas (se está realizando el Estudio de Caso, y se pretende comenzar a implementar la propuesta para mediados del 2004).

El presente documento, referido al principal producto del ejercicio CCS (Estrategia de Cooperación Centrada en el País Bolivia 2004-2007) contiene todos los elementos sugeridos por la Guía Metodológica de la OMS para los CCS. En este documento se hace un análisis general de la situación de salud de Bolivia, destacándose los desafíos para la salud y el desarrollo; se evalúa el marco de referencia en que se está dando la cooperación internacional en Bolivia, los flujos de recursos provenientes de dicha cooperación, y la administración nacional de la misma. Además, se plantea el programa de cooperación de OPS/OMS con el país, el marco general en que se tiene que ejecutar dicha cooperación, y se hace una propuesta estratégica para los años 2004-2007, especificándose las implicaciones que la misma para la cooperación técnica de OPS y OMS.

El análisis de situación de salud concluye señalando que los principales problemas que enfrentará Bolivia para los próximos cuatro años serán: **Salud Materno Infantil** (altas tasas de mortalidad materna e infantil, en gran proporción por causas evitables; desnutrición infantil; y altas tasas de fecundidad). **Exclusión de grupos poblacionales** (mayor riesgo de enfermedad y muerte en poblaciones indígenas, campesinas, originarias y población pobre, principalmente en las zonas rurales y periurbanas). **Enfermedades transmisibles** (alta incidencia de Tuberculosis; alta prevalencia de Enfermedad de Chagas; riesgo de incremento de casos de malaria; riesgo de brotes de Dengue Hemorrágico; incremento de casos de ITS, y VIH/SIDA; alta incidencia de enfermedades de origen hídrico y transmitidas por alimentos; persistencia de casos de rabia humana y otras zoonosis, principalmente fiebre aftosa; focos de Leishmaniasis en determinadas zonas del territorio nacional; persistencia de la Lepra como problema de salud pública; y necesidad de conocer el comportamiento de ciertas enfermedades, tales como la neurocisticercosis, parasitosis intestinales como la fasciolosis hepática, la peste, la fiebre hemorrágica y otras). **Enfermedades No Transmisibles** (alto riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino; alta prevalencia de Diabetes Tipo II; alta prevalencia de hipertensión arterial y obesidad; alto riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares, y elevado riesgo de exposición a radiaciones ultravioletas y sus efectos sobre la salud humana). **Estilos de Vida y Comportamientos** (alta prevalencia de violencia intrafamiliar y doméstica; maltrato infantil; alto riesgo de mortalidad por accidentes de tránsito; alta frecuencia de consumo de alcohol; incremento del consumo de cigarrillos, principalmente en jóvenes; incremento de la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas y falta de información sobre buenos hábitos alimentarios).

Especial atención ha merecido la problemática relacionada con la **gestión del sistema nacional de salud**, donde se observan los siguientes problemas: Limitada capacidad de análisis de la situación de salud y vigilancia de la salud pública e investigación; insuficiente implantación de políticas, programas y procesos de promoción de la salud y participación popular; poco énfasis en la fiscalización y control de la autoridad sanitaria; acceso inequitativo a los servicios de salud; débil capacidad de gestión y desarrollo del recurso humano vinculado al sector salud; poca capacidad para asegurar la calidad de los servicios

de salud y la satisfacción de los usuarios; incipiente capacidad en la preparación para la reducción del impacto de las emergencias y desastres; dificultades para una óptima disponibilidad y accesibilidad a medicamentos esenciales; debilidad en la implementación de políticas de atención integral a la mujer; escaso conocimiento de la situación de salud de los trabajadores; baja cobertura de saneamiento básico y ambiental; dificultad financiera para mantener altas coberturas de vacunación; insuficiente disponibilidad de sangre segura; y limitada capacidad de acceso a la información de salud y de gestión del conocimiento científico.

Para enfrentar estos problemas el Gobierno de Bolivia dispone de diversos mecanismos. La mayor parte de ellos en estrecha dependencia de la cooperación internacional. Debe destacarse que el Gobierno de Bolivia ha establecido un Marco de Relacionamiento con la Cooperación Internacional que pretende efectivizar, en la mayor medida posible, los insuficientes recursos disponibles. También posee una Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) donde el eje central de las acciones está relacionado con el cumplimiento de los objetivos y metas de desarrollo del milenio, aprobados en el seno de la Asamblea General de Naciones Unidas. Se destaca que el flujo de recursos de la cooperación internacional, dirigidos al sector salud, no es suficiente para producir un cambio en el mejoramiento de la situación de salud al corto plazo. En este sentido, la decisión de la OPS/OMS de colocar a Bolivia como uno de los países prioritarios para la cooperación técnica hasta el 2007, refleja y responde de manera acertada a esta problemática.

El Programa de Cooperación Técnica de OPS/OMS , en consistencia con los problemas de salud antes mencionados, y con las políticas y programas nacionales, ha considerado siete (7) componentes principales para el período 2004-2007: 1) Desempeño del Sistema Nacional de Salud; 2) Salud Materno-Infantil; 3) Prevención y Control de Enfermedades; 4) Atención Integral a la Salud en todo el Ciclo Vital; 5) Salud Ambiental y Preparativos para Desastres; 6) Gestión del Conocimiento Científico Técnico; 7) y Alianzas Estratégicas y Cooperación Enfocada al país.

En relación con dichos componentes, y en el marco de la Estrategia de Cooperación Centrada en el País, se han definido ocho (8) funciones esenciales para la cooperación técnica . Estas funciones así definidas son el resultado del análisis y la fusión de las funciones de cooperación técnica planteadas por la OMS y la OPS en sus actuales políticas y programas de trabajo: 1) proporcionar visión estratégica a la cooperación en salud; 2) articular políticas de salud; 3) apoyar técnicamente para el desarrollo de capacidades y competencias a nivel nacional; 4) gestionar la información y el conocimiento científico; 5) movilizar recursos; 6) forjar alianzas y asociaciones estratégicas; 7) formular normas, criterios y procedimientos; y 8) estimular la adopción de tecnologías e instrumentos integrales e innovadores.

Los componentes y funciones señalados han constituido los aspectos de referencia fundamental para la estructuración del programa y presupuesto bianual de cooperación técnica (2004-2005), y tiene implicaciones inmediatas, y a mediano plazo (hasta el 2007) a lo interno y externo de la Oficina de País. A lo interno de la Oficina de País se debe impulsar una reorientación de las capacidades y experiencia acumulada en el equipo

técnico, haciendo al mismo lo más productivo posible; y a lo externo, estos elementos se convierten en eje articulador entre la Sede de la OMS, la Oficina Regional OPS y la Oficina de País, posibilitando la elaboración y ejecución de un programa y presupuesto único para todos los niveles de la Organización.

En este esfuerzo por hacer del equipo técnico de país lo más eficiente y productivo posible, se sugiere mantener un cuadro básico de consultores internacionales en la Oficina de País, en las áreas de: 1) desarrollo de políticas, sistemas y servicios de salud; 2) prevención y control de enfermedades; 3) salud de la familia, y 4) salud ambiental. El trabajo de estos cuatro profesionales deberá ser reforzado en algunos otros contenidos, tales como: 1) economía de la salud, alianzas estratégicas y movilización de recursos; 2) análisis de situación de salud y vigilancia de la salud pública; 3) vigilancia de la muerte materna; 4) información científico técnica y gestión del conocimiento científico; 5) tecnologías de información y comunicación; 6) medicamentos esenciales y medicina tradicional; 7) atención integral a las enfermedades prevalentes en la infancia; 8) desarrollo de recursos humanos en salud; 9) enfermedades no transmisibles; 10) salud pública veterinaria; 11) preparativos para desastres; 12) VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual; y 13) nutrición.

El apoyo que estaríamos solicitando a la OMS, como resultado de lo antes mencionado se concreta en los siguientes puntos:

- a) Recursos financieros por un monto de US\$ 45,000, por cuatro años (US\$ 180,000) para la contratación de un profesional nacional en Economía de la Salud, quien además tendrá la responsabilidad de coordinar el desarrollo de las alianzas estratégicas en salud y para la movilización de recursos financieros extrapresupuestarios con otros organismos bilaterales y multilaterales de la cooperación, incluyendo el proceso de monitoreo y evaluación de la participación de OPS/OMS en el marco de las reformas del Sistema de Naciones Unidas.
- b) Realización en la Sede de OMS de un ejercicio especial de interiorización sobre la situación de salud de Bolivia, y el establecimiento de compromisos de cooperación extraordinarios por parte de las diferentes Unidades de OMS, en coordinación con la Oficina Regional OPS, para responder a los principales problemas y necesidades prioritarias para la cooperación técnica.
- c) Acompañar un segundo ejercicio CCS a mediados del año 2007, coincidiendo con la finalización del período en el cual se inserta la presente Estrategia de Cooperación Centrada en el País, y el inicio de una nueva gestión de Gobierno Boliviano.

SECCION 1

INTRODUCCION

La Estrategia de Cooperación con el País (ECP) se basa en los objetivos de la Organización Mundial de la Salud, dirigidos a fortalecer su desempeño a nivel de los países. La ECP es un ejercicio de planificación con visión estratégica cuyo propósito es construir propuestas integradas de cooperación centradas en las necesidades de los países.

Bolivia es un país prioritario en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007, por eso ha sido seleccionado para que se implemente este proceso de ECP.

La ECP se desarrolla a partir de un conocimiento profundo de la realidad del país y de sus condiciones de salud, e involucra la participación activa de las autoridades nacionales y otros actores involucrados en el sector salud y de la sociedad civil.

La ECP resume las directrices, diseñadas por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, para dar respuesta a las necesidades de cooperación técnica con el país de manera integrada.

Bolivia atraviesa una severa crisis económica, política y social que dificulta su gobernabilidad. El presente documento se inscribe en un esfuerzo tendiente a contribuir a la superación de la crisis, en el marco de un proceso de consolidación de una democracia más justa y participativa. Estamos convencidos de que para los próximos 4 años, la salud puede hacer una contribución fundamental a la unidad nacional, la reducción de las inequidades y al fortalecimiento de la institucionalidad democrática.

Los principios y filosofía de “Salud para Todos”, atención primaria de la salud y los objetivos y metas para el desarrollo del milenio, así como, la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), adquieren para el país, en este contexto, una renovada trascendencia.

Entre los meses de abril y noviembre de 2003, se desarrolló en Bolivia este ejercicio de planificación en el marco de un proceso ampliamente participativo, que ha permitido consensuar las propuestas y conclusiones que se presentan en este documento. Este proceso se inició con la preparación por parte de la Oficina de País de los términos de referencia, documento en el cual se incluyó una descripción de cómo este ejercicio se inscribe en el marco de un proceso de revisión de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP) y de las políticas de salud del país.

Asimismo, este proceso de construcción de la ECP significó el diseño de una metodología de trabajo que se está referida a la recopilación, sistematización y ordenamiento de la

información relevante a la situación de salud (información secundaria), organización de grupos de trabajo multidisciplinarios e interinstitucionales, procesos sucesivos de abstracción y síntesis de la información y creación de consensos y generación de consultas.

A nivel regional se organizó un proceso de recopilación y sistematización de la información de la cooperación técnica que las diferentes Áreas y Unidades desarrollaban en el país. Esto incluyó el desarrollo de un taller de trabajo preparatorio a la primera misión de la ECP, luego de esta primera misión se procedió a informar sobre los resultados de la misma a las Áreas y Unidades del nivel regional como un método de retroalimentación. El propósito de todo este esfuerzo fue convocar a la casa a conjugar esfuerzos para mejorar el impacto de las intervenciones de cooperación técnica con Bolivia y obtener un aprendizaje colectivo.

Además, los términos de referencia para la preparación de la ECP Bolivia identificaron al menos cuatro subproductos: a) un documento de análisis sobre potenciales alianzas estratégicas para la cooperación de OPS/OMS, b) una propuesta de estudio de caso de un observatorio para el monitoreo y evaluación de la participación de OPS/OMS en el marco del proceso de Reforma de NNUU, c) una propuesta que oriente la cooperación técnica para la preparación del BPB 04-05 y una propuesta de ajustes organizacionales en la Oficina de País para responder a los compromisos de la ECP.

Este documento está organizado en siete secciones. La primera, constituida por esta breve introducción, la segunda sección presenta una síntesis de la situación de salud y una sistematización de los principales problemas de salud en el país. Una tercera sección, se refiere a la cooperación internacional en salud en el país, describiendo el marco de referencia que regula las relaciones de cooperación y el flujo de recursos. La cuarta y quinta secciones, hacen referencia al programa actual de cooperación técnica de OPS/OMS y sus directrices regionales y globales. En la sexta sección se desarrolla la agenda estratégica de cooperación con Bolivia para el periodo 2004-2007. Finalmente, la sección séptima, resume las implicaciones para la OPS y la OMS de los resultados obtenidos en el proceso de ECP.

SECCION 2

DESAFÍOS PARA LA SALUD Y EL DESARROLLO

En la presente sección se abordará de forma resumida el perfil general del país y su entorno de desarrollo, el perfil específico de salud; los principales actores, sus roles y sus responsabilidades; así como los principales problemas de salud que orientaran la cooperación de OPS/OMS para el período 2004-2007.

2.1. Perfil general de país y su entorno de desarrollo

Bolivia ocupa la parte central de América del Sur, limita con Brasil, Paraguay, Argentina, Chile y Perú. Tiene una extensión territorial de 1.098.581 km² de los cuales el 65% corresponde al llano (departamentos de Beni, Pando y Santa Cruz) y concentra el 26% de la población; el 19% de la superficie corresponde a los valles interandinos (departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija) concentrando el 29% de la población y por último el 16% el territorio corresponde a la mesa altiplánica (Departamentos de La Paz, Oruro y Potosí) con el 45% de la población¹.

El Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, determina una población de 8.274.325 habitantes y una tasa anual de crecimiento de 2.74 para el último período inter censal (1992-2001). El 62.4% de la población boliviana reside en área urbana.

En el país se reconocen tres grupos étnicos principales, quechuas, aymaras y guaraníes, alrededor de 36 grupos étnicos minoritarios, y 10 familias lingüísticas en el Chaco y Oriente Boliviano².

La estructura de población es joven, el 60 % tiene menos de 25 años. Complementa ello la migración selectiva de varones en edad de trabajar hacia la llanura oriental; por ejemplo en el área rural de Pando existen 133 hombres por cada 100 mujeres, en el área rural de Beni 127 y en Santa Cruz 122 hombres por cada 100 mujeres.³

La población de 60 años y más, constituye el 7% de la población total, con una proporción de 86 hombres por cada 100 mujeres, esto representa, en el período inter censal 1992 – 2001 que la población mayor de 60 años se incrementó a una tasa anual de 3.54%, a un ritmo de crecimiento evidentemente superior al de la población total que fue de un 2.74%.⁴

Bolivia aun no ha logrado desarrollar plenamente un sistema de estadísticas vitales. Según estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Centro Latinoamericano de

¹ Instituto Nacional de Estadística (INE). Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE. La Paz, Bolivia. 2002.

² idem

³ idem

⁴ idem

Demografía (CELADE), la tasa de mortalidad general es de 8.2 por mil habitantes para el quinquenio 2000-2005, con una esperanza de vida de 63.6 años y una tasa de Mortalidad Infantil de 66 por mil nacidos vivos.

Como determinante económico, la pobreza medida por la vía del ingreso señala que el 63% de la población boliviana es pobre, más de la mitad de ellos viven en pobreza extrema (37% de la población). La mayor parte de los pobres viven en el área rural, alcanzando éstos el 82% de la población total, de los que el 59% son indigentes⁵.

El PIB per cápita promedio en el año 2001 fue de \$US 956⁶. Las estimaciones refieren la necesidad de un crecimiento sostenido del PIB de cerca del 5% hasta el año 2015, para incidir efectivamente en la reducción de la pobreza. Hoy la inversión pública alcanza solo al 16% del PIB. Parecería imprescindible alcanzar una inversión pública de 30% del PIB para aproximarse al crecimiento del 5% del PIB⁷. Asimismo, es importante incrementar la inversión extranjera directa diversificada y generadora de empleo, actualmente en 8% del PIB⁸.

Más de la mitad de la población está al margen de las oportunidades y capacidades de desarrollo. La diferencial de la tasa de analfabetismo hombre/mujer es de 8 puntos porcentuales en desventaja de esta última, esta diferencia por género en el área rural llega a 26 puntos porcentuales⁹.

Bolivia también se ha caracterizado por sus denodados esfuerzos en tratar de revertir la inestabilidad política, social y económica. La recuperación de la democracia a principios de los años 80 ha implicado que el país reconozca la importancia de institucionalizar y sostener el dialogo político, sea a través de la participación de los partidos políticos como en el reconocimiento de diferentes formas de asociación dentro de la sociedad civil. Cabe señalar reformas importantes como la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa y la Ley del Diálogo Nacional que no solo se orientan a mejorar coyunturalmente aspectos de la vida social y económica del país, sino también a definir la manera en que los diálogos políticos, productivo y social se deben producir.

Los últimos acontecimientos políticos y sociales registrados en el país (2002-2003), han alertado, sobre los riesgos existentes para la consolidación de la democracia y la institucionalidad del país.

Actualmente, el gobierno de la República de Bolivia impulsa iniciativas tendientes al logro de la unidad nacional, el fortalecimiento de las capacidades deliberativas, y el desarrollo de la dinámica de relacionamiento entre Estado y sociedad civil. Aspectos relacionados con la explotación de los recursos del gas, la revisión y eventual modificación de la Ley de

⁵ Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE). “Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza”. UDAPE. La Paz. Bolivia. 2002.

⁶ Organizaciones de las Naciones Unidas en Bolivia. “Segundo informe: Progreso de los objetivos de desarrollo del milenio”. Plural Editores. LA Paz. Bolivia. 2002-

⁷ idem

⁸ idem

⁹ Op Cit. 1

Hidrocarburos y la convocatoria a una Asamblea Constituyente forman parte de la actual agenda política del país.

2.2. Perfil de salud

2.2.1. Morbimortalidad

Tal como señalamos con anterioridad, Bolivia aun carece de un sistema de estadísticas vitales, por lo que las causas de mortalidad no se conocen con exactitud. Un estudio realizado en el año 2000 por el Ministerio de Salud Pública y Previsión Social y la OPS, tomando como fuente los registros de 21 cementerios de las principales ciudades del país describe que el 30.3% de las muertes fue de origen cardiocirculatorio, 12.0% por enfermedades transmisibles, 10.7% por causas externas, 8.7% neoplasias, 5.4% por afecciones del período perinatal y 22.2 % por las demás causas. Las causas mal definidas representaron el 10.8% de los registros de mortalidad.

2.2.1.1. Enfermedades Transmisibles

Los condicionantes sociales contribuyen al incremento de las enfermedades transmisibles como Chagas, tuberculosis, malaria, así como otras enfermedades emergentes y reemergentes entre las que se encuentran el VIH-SIDA, algunas transmitidas por vectores como el dengue, fiebre amarilla, la leishmaniasis, y otras zoonosis como rabia humana y la hantavirosis.

En el año 2002, se notificaron 14.276 casos de malaria por *P. vivax* y 702 por *P. Falciparum*, sin embargo, el comportamiento de los índices malaricos indica una proporción importante de casos no detectados en la población. Para el primer semestre de 2003, se presenta un incremento del 24% en la transmisión de la malaria en comparación con el año anterior.

El 60% del territorio boliviano es considerado endémico de Chagas por la presencia del vector *Triatoma infestans*, en aproximadamente 700.000 viviendas ubicadas en 169 municipios, 13.776 comunidades y una población estimada de 4.000.000 de habitantes en riesgo de enfermar. Según diferentes estudios¹⁰ realizados un 40% de esta población estaría infectada, y un 24% de ella presenta alguna alteración electrocardiográfica compatible con Chagas.

En los últimos 7 años se han confirmado 245 casos de fiebre amarilla en Bolivia, 6 casos el año 2003¹¹. Los departamentos más afectados son, Cochabamba y Santa Cruz. En el último decenio la tasa de letalidad por esta patología se ha mantenido por encima del 60 %.

¹⁰ Ministerio de Salud y Deportes. Programa Nacional de Chagas. Dirección General de Epidemiología. La Paz. Bolivia. 2002

¹¹ Ministerio de Salud y Deportes, Dirección Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, Sistema Nacional de Información en Salud SNIS, VALA, La Paz, noviembre 2003.

La ampliación de las coberturas de vacunación en los últimos años ha contribuido a la reducción de brotes desde el año 2000.

Entre 1987 y 1998 se registra la re-emergencia de Dengue en los departamentos de Santa Cruz, Tarija y el Beni. En el año 2001 fueron confirmados 27 casos y en el año 2002 fueron confirmados 278 casos. En el segundo semestre del año 2002, se presentaron los dos primeros casos de dengue hemorrágico en Santa Cruz, con un fallecimiento, detectándose por primera vez la circulación del virus serotipo III.

En los primeros 6 meses del año 2003 se ha notificado 6.254 casos de dengue clásico¹².

Entre en los años 2000 al 2003, se han notificado 19 casos hantavirus, todos en el sur del país en el Departamento de Tarija¹³.

La Leishmaniasis en Bolivia se encuentra geográficamente distribuida en el área rural de las zonas tropicales y subtropicales de los departamentos de La Paz, Beni, Pando, Santa Cruz, Cochabamba, Tarija y Chuquisaca. En el año 2002 se han notificado en todo el país un total de 2.627 casos de leishmaniasis.

Con respecto al cólera, entre 1991 y 1995 se registraron 40.221 casos de cólera con 814 defunciones equivalente a 2% de letalidad. El séptimo y último brote epidémico en Bolivia comenzó en el mes de enero 1998. Desde el año 2000 el país no reporta ningún caso de cólera.

La tuberculosis es una de las enfermedades que más afecta a la población boliviana. En el 2001, el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 8.761 casos de todas las formas de TB. El 76% de los casos diagnosticados a nivel nacional se encuentran en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Más del 80% de los enfermos notificados con tuberculosis se encuentran en los grupos de edad productiva. Aunque se reconoce un diagnóstico tardío de la tuberculosis, la cobertura de diagnóstico bacteriológico fue del 73% en el 2002 y el éxito del tratamiento de un 85.8%.

Se han reportado 24 casos de rabia humana desde 1998, con una letalidad del 100%. En los años 1999 y 2000 se registró una tasa de rabia canina de 1.2 y 1.8 casos por 10.000 canes.

Entre 1984 y el mes de Junio de 2003 se han registrado 1,106 casos de VIH/SIDA. En el año 2002, la tasa de incidencia era de 23 por un millón de habitantes. Mientras que por todas las infecciones de transmisión sexual en el año 2000 se registraron 55.000 casos en la población entre 15 y 64 años de edad para una tasa de 11.7 por 100.000 personas. La mayor parte de las personas con VIH/SIDA fueron registradas en Santa Cruz, La Paz, Cochabamba y Oruro, de ellas, más del 40% presenta síntomas de SIDA, el 72% son hombres, el 40% tiene entre 25 y 34 años de edad y el 23% tiene 15-24 años. El 85% de las personas registradas indicó como probable vía de transmisión la sexual, 3% la vía sanguínea, 2% la vía perinatal y 11% no sabía o no respondía cual pudo haber sido la vía

¹² Ministerio de Salud y Deportes. Sistema Nacional de Información en Salud. La Paz, Bolivia. 2003.

¹³ Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Epidemiología. La Paz. Bolivia. 2002

probable de transmisión del VIH. La epidemia del VIH en Bolivia se caracteriza por un estado concentrado con prevalencias de VIH que superan el 5% en algunos grupos de la población.

El país ha alcanzado logros en la reducción de las enfermedades inmunoprevenibles y el progreso hacia la erradicación del Sarampión en consonancia con los países de América.

Considerando también dentro de los determinantes de la situación en salud los aspectos ambientales y la situación del saneamiento básico, se observa según datos de 1998¹⁴, que el 73.5% de la población accede al agua potable, 93.1% en el área urbana y sólo el 44.0% en la zona rural. Con relación a la cobertura de servicio de alcantarillado, alcanza un 63.5% en total diferenciado el 82.3% en el área urbana y 35.3% en el área rural. Se ha registrado en zonas específicas del país, contaminación del agua por metales pesados derivada de la explotación minera.

2.2.1.2. Enfermedades no Transmisibles

La Primera Encuesta Nacional de Diabetes, Hipertensión, Obesidad y Factores de Riesgo Asociados realizada con el apoyo de OPS/OMS en las ciudades de La Paz, El Alto, Santa Cruz y Cochabamba en 1998, reportó una prevalencia de diabetes tipo II del 7.6% en mujeres y del 6.8% en hombres, esta prevalencia aumenta progresivamente con la edad y se encuentra relacionada con el sobrepeso y la obesidad. La prevalencia total de hipertensión arterial encontrada fue del 18.6%, siendo superior en los hombres con un 20.9% que en las mujeres con un 16.3%.

El Cáncer de Cuello Uterino constituye la principal causa de mortalidad por cáncer en las mujeres. La tasa de incidencia es de 58.1 por 100,000 mujeres, estimándose un total de 661 muertes al año, convirtiendo al cáncer de cuello uterino en un problema de salud pública¹⁵.

La violencia intrafamiliar es otro de los problemas de salud pública relevantes, de cada 10 mujeres casadas o en unión 5-6 reportan ser víctimas de alguna forma de violencia en el hogar y 1-2 de cada 10 hombres también reportan violencia psicológica en el hogar¹⁶. Según datos obtenidos del Comando General de la Policía Nacional, en el 2002 se reportaron 32.692 denuncias por agresiones recibidas en el hogar, superando en 36.1% las denuncias en el 2001; 24% de estas denuncias se produjeron por violencia sexual.

En el año 2002 se registraron 742 defunciones por accidentes de tránsito, para una tasa de 9.6 por 100,000 habitantes¹⁷.

¹⁴ OPS/OMS; Indicadores Básicos, 2002,

¹⁵ Ministerio de Salud y Previsión Social: "Servicios de previsión y tratamiento del Cáncer de Cuello uterino en Bolivia - Un diagnóstico estratégico". Separata. MSPS-Engender Health-OPS-OMS. La Paz. Bolivia. Marzo. 2003

¹⁶ Ministerio de Salud y Deportes. Organización Panamericana de la Salud. "Las Mujeres de Bolivia". La Paz, Bolivia 2002.

¹⁷ Policía Nacional. Departamento de Estadísticas. La Paz. Bolivia. 2002.

2.2.1.3. Grupos vulnerables

La *población infantil* se ve principalmente afectada por causas de mortalidad evitables. En los menores de 5 años estas causas se distribuyen proporcionalmente de la siguiente manera: 36% atribuibles a la enfermedad diarreica, 20% a las neumonías, 16% a las causas neonatales, el 3% a enfermedades inmunoprevenibles y el 25% restante a las demás causas¹⁸.

El mayor riesgo de morir en los niños se presenta en el primer mes de vida, representando el 40% de las muertes de los menores de 5 años, la mayor proporción de estas muertes (32%) se deben a cuadros de origen infeccioso, causas relacionadas relacionados con la duración corta de la gestación y bajo peso al nacer, y trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal¹⁹.

La Encuesta de Demografía y Salud de 1998, determina que un 67% de menores de 3 años en todo el país sufren anemia, en algunos departamentos como Cochabamba y Potosí ésta llega al 76 y 77% respectivamente; concomitantemente la desnutrición crónica en el mismo grupo de edad tiene una prevalencia alta que llega a 26 % en 1998.

La deficiencia de hierro es la principal causa de anemia; los niños y las mujeres gestantes son los grupos más vulnerables. 70% de menores de 3 años padecen de anemia, y esta proporción sube a 75% en menores de 2 años. Una de cada tres mujeres en edad fértil presenta algún grado de anemia. Solo un 61% de los niños de 0 a 3 meses reciben lactancia materna exclusiva²⁰.

La *población joven y adolescente* si bien representa una gran proporción de la población boliviana²¹, no es sujeto de políticas de salud específicas. Este grupo poblacional tiene escaso acceso a servicios de salud incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva. Esta población está en alto riesgo para el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias que producen adicción. Según el informe del análisis de situación de salud en las Américas, 2002, se reporta que en Bolivia el inicio al consumo de alcohol en las zonas rurales se presenta entre los 12 y 17 años.

El 49% de *las mujeres* en Bolivia se encuentra entre los 15 y 49 años de edad, 28 % de ellas son “cabeza” de familia. En relación con su historia reproductiva, el 30 % utilizan algún medio de anticoncepción pero solo el 16% utiliza métodos modernos. La atención del parto por personal calificado sólo alcanza el 60.5%. Entre las principales causas de mortalidad materna se encuentran las hemorragias incluidas las del primer trimestre, la eclampsia y las infecciones puerperales²².

¹⁸ Ministerio de Salud y Previsión Social. “Información Urgente. Situación de la Salud de la niñez boliviana frente al nuevo milenio”. La Paz. Bolivia. 2000

¹⁹ Ministerio de Salud y Previsión Social. OPS. “Estudio sobre causas de mortalidad hospitalaria en menores de cinco años. Bolivia 1998-2000”.

²⁰ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. 1998. La Paz. Bolivia. 2000.

²¹ Op Cit. 15

²² Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Mortalidad Post Censal 2001. La Paz. Bolivia. 2002

Otros grupos poblacionales como los *indígenas*, *originarios* y *campesinos* presentan mayores riesgos de morir que la población general, tanto en las zonas rurales como en las zonas periurbanas de las grandes ciudades.

Aunque se ha avanzado en la legislación relacionada con la creación de las aseguradoras de riesgos profesionales, aún es escaso el conocimiento sobre la situación de salud de *los trabajadores* en el país, de su accidentalidad, causas de ausentismo y principales causas de enfermedad profesional.

2.2.2. Sector Salud

Forman parte del sector salud boliviano, los subsectores: público, de la seguridad social, privado y medicina tradicional.

Un 26% de la población boliviana está cubierta por el sistema de seguros de salud (21% la Caja Nacional de Salud y 5% distintas Cajas pequeñas)²³ y más de la mitad de la población es practicante de la medicina tradicional.²⁴

Se estima que un 5 a un 10% demanda servicios del sector privado, por lo que el 70% restante de la población debe 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 población sin cobertura en el país²⁵.

La fragmentación del sistema de salud constituye una de las mayores dificultades para el logro de una cobertura universal de los servicios de salud.

Recae en el Ministerio de Salud y Deportes la rectoría y regulación del sistema de salud, a través de la emisión de políticas, normas y su implementación.

En los últimos años el régimen jurídico en salud ha venido siendo modificado: La disposición legal más importante fue la Ley de Participación Popular de 1994, la que transfirió la administración de la infraestructura de salud del sector público así como los gastos operativos a los Gobiernos Municipales, dejando la gestión de personal bajo la administración central del Ministerio de Salud y Deportes, a través de las Prefecturas Departamentales.

La Ley de Participación Popular ha viabilizado un proceso de descentralización, del sistema de salud, traducido en la práctica, en el desarrollo de un sistema de gestión compartida y concurrente en el espacio local, en el que participan el Municipio, el Ministerio de Salud y Deportes a través de los Servicios Departamentales de Salud prefecturales y los Comités de Vigilancia, estos últimos en representación de la sociedad civil.

²³ MSPS, INASES, Anuario estadístico, Instituciones Seguros de Salud 2002

²⁴ En el último censo nacional de población y vivienda 60% de la población se autoidentifica en alguno de los grupos étnicos de Bolivia.

²⁵ OPS/OMS, Análisis de Situación de Salud, BPP, 2003 – 2004

Los recursos de coparticipación tributaria para la salud, asignados a los gobiernos municipales por la Ley de Participación Popular con criterio per capita, han dado origen a un sistema de aseguramiento público denominado inicialmente Seguro Básico de Salud y actualmente Seguro Universal de Salud (SUMI), a través del cual, tanto los servicios del sector público como los de la Caja Nacional de Salud (CNS) ofrecen atención a las mujeres gestantes hasta 6 meses de producido su parto y a los niños menores de 5 años, a través de un paquete básico de prestaciones. Puede admitirse que esta constituye un primer esfuerzo de integración entre los servicios del sector público y los de la seguridad social, abriendo la posibilidad de una mayor integración hacia la resolución de la cobertura universal en salud.

El 47% de los 28.224 recursos humanos en salud corresponden a la seguridad social, el 49% al sector público y el 4% a organismos no gubernamentales en salud. La seguridad social tiene una tasa de 14 médicos por 10.000 habitantes y el sector público 3.2. En la seguridad social existen 1,7 odontólogos, 6 licenciadas enfermeras y 11 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes; en el sector público la tasa alcanza a 0,4, 1,6, y 4.7 respectivamente.²⁶

La integración de los subsectores en un contexto de la racionalización y uso equitativo de los recursos, constituye uno de los principales retos de la política del sector en el país.

El gasto nacional en salud para el año 1998 alcanzó a US \$ 421.655.000. La estimación del gasto total en salud en Bolivia a partir de la metodología "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto" es de 5% del PIB, equivalente a un gasto per cápita en salud de US \$ 53 por habitante.

El gasto per cápita en otros países de la región²⁷ para el año 2001 alcanza a US \$: Argentina: 58, Chile: 55, Colombia: 63.6, Perú: 58.4, Paraguay: 51 por habitante.

Tabla 1. Financiamiento del sector salud

| Financiamiento del Sector Salud – Bolivia 1998²⁸ | (Miles de USD) | Porcentaje |
|--|-----------------------|-------------------|
| Sector Público | 97.430 | 23.1% |
| Seguridad Social | 179.089 | 42.4% |
| Privado | 145.766 | 34.5% |
| Total | 422.285 | |
| Gasto Salud como % del Gasto Público | 6.1% | |
| Gasto anual per capita-salud | US\$ 53.04 | |

²⁶ MSPS, OPS/OMS, UMSA, IINSAD. Estudio de Mercado de la Fuerza Laboral del Sector Salud. Bolivia, Julio 2002.

²⁷ OPS/OMS, PAHO NATIONAL HEALTH EXPENDITURE DATA BASE (NHEXP)Table 4. Public Health expenditure as percentage of Total Health Expenditure for countries in the American Region, 2001 citado en: <http://www.paho.org/English/DPM/SHD/HP/nhexp-datab-intr.htm>

²⁸ OPS/ OMS. "Perfil del sistema de servicios de salud". Bolivia. Noviembre 2001

| | |
|------------------------|-------|
| Gasto salud como % PIB | 4.9 % |
|------------------------|-------|

Considerando los resultados de la medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública²⁹ identifica el mejor desempeño en las funciones de participación de los ciudadanos en salud y desarrollo de políticas y capacidad de planificación. Un desempeño medio a inferior de las funciones (i) investigación, soluciones innovadoras (ii) acceso equitativo a los servicios (iii) garantía y mejora de la calidad y (iv) desarrollo de recursos humanos. Este diagnóstico es compatible con las dificultades de integración y extensión de cobertura del Sistema Boliviano de Salud.

2.3. Actores, roles y responsabilidades

Bolivia es un país que se caracteriza por su alto dinamismo y variedad de actores en el proceso nacional de desarrollo. A continuación mencionaremos los principales actores que en el espectro público y privado nacional e internacional tienen una fuerte influencia en la organización y provisión de salud.

Estos actores en combinación con los esfuerzos ordenados de la cooperación internacional representan la fuerza fundamental para la resolución de los problemas que mayormente aquejan a la población.

Se han agrupado en tres categorías los principales actores. Estas categorías son: actores institucionales, actores sociales, actores de la cooperación externa.

2.3.1. Actores institucionales

- El Ministerio de Salud y Deportes (MSD).
- En el nivel regional y local: i) Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES); y ii) Los Directorios Locales de Salud (DILOS). Los SEDES dependen de las Prefecturas y representan al MSD en el nivel regional, cumpliendo un rol de articulación entre el ente normativo del nivel central con los gobiernos locales.
- Los Directorios Locales de Salud (DILOS), están conformados por el Alcalde, el representante del SEDES y un representante de la comunidad, constituyen la instancia local con poder decisión en el sector salud.
- Los seguros de salud, se sustentan bajo un régimen de cotización regulado por el Código de Seguridad Social y el Instituto Nacional de Seguros en Salud (INASES). La Caja Nacional de Salud (CNS) es la entidad de mayor cobertura alcanzando al 21% de la población total del país. Existen otras Cajas con coberturas de menor población como la Caja Petrolera, la Caja de la Banca Estatal de Salud, Caja de la Banca Privada, Caja de Salud de Caminos, Caja de Salud de CORDES, (Ex Corporaciones de Desarrollo), Seguro de Salud SINEC y Seguro Social Universitario³⁰.

²⁹ Ministerio de Salud y Deportes. Organización Panamericana de la Salud 2001. Informe del Ejercicio de Medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública. La Paz, Bolivia. 2002.

³⁰ Ministerio de Salud y Previsión Social, Instituto Nacional de Seguros de Salud: Anuario Bioestadística. Instituciones de los Seguros de Salud 2002.

- Las Universidades cuya responsabilidad es la formación del recurso humano de salud, (facultades de medicina y enfermería). Asimismo, los post-grados relacionados con salud son espacios donde se puede influir en el tipo de orientación y énfasis que se le da al recurso humano de salud.
- Los agentes del sector privado son aquellas instituciones prestadoras de servicios con fines de lucro.
- Instituciones públicas tanto del nivel central como descentralizadas que son primordiales para el trabajo intersectorial, como son: los otros ministerios (Finanzas, Educación, Vivienda, etc), Congreso de la República, Despacho de la Primera Dama, etc.

2.3.2. Actores Sociales

- Las Organizaciones No Gubernamentales Nacionales (ONGs), que ejercen una influencia en cooperación y salud.
- Sociedad Civil, entre ellas destaca la Central Obrera Boliviana (COB), el Consejo Nacional de Markas y Ayllus del Q'ollasuyo (CONAMAQ), el Consejo de Pueblos Originarios del Oriente (CIDOB) y la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB), son las instancias que representan a los pueblos originarios en las áreas geográficas del altiplano, valles y llanos.
- Las Organizaciones Territoriales de Base (OTB), la Federación de Juntas Vecinales (FEJUVE), la Federación de Asociaciones Municipales (FAM), los Comités de Vigilancia, el Movimiento sin Tierra y CONJUVE.
- Las Iglesias y agrupaciones religiosas.
- Los Colegios y Sociedades Profesionales. Tanto el Colegio Médico como el Colegio de Enfermeras son dos instancias importantes en el quehacer de salud. Así como la Sociedad Boliviana de Ingenieros Sanitarios.

2.3.3. Actores de la cooperación externa

Los agentes de la cooperación internacional pueden agruparse en tres categorías: i) cooperación multilateral; ii) cooperación bilateral y iii) ONGs internacionales. Esto será ampliado más adelante.

2.4. Principales problemas de salud

Los principales problemas de salud en Bolivia, están relacionados principalmente a la falta de capacidades y oportunidades para el desarrollo humano. Esto se refleja en la falta de equidad en el acceso y uso de los servicios de salud. En función de lo anterior, se han identificado 44 problemas de salud - enfermedad, los que han sido agrupados en 6 categorías. Estas categorías son las siguientes: grupo materno infantil, población excluidas, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, estilos de vida y comportamientos, y problemas relacionados con la gestión del sistema de salud. Esta clasificación se ha realizado de forma heurística, de acuerdo al análisis de situación de salud

nacional, y con base en la experiencia del equipo de profesionales de la Representación de OPS/OMS, en coordinación con las autoridades nacionales.

DEL GRUPO MATERNO INFANTIL

- Altas tasas de Fecundidad.
- Altas tasas de mortalidad infantil con predominio neonatal, en gran proporción por causas evitables.
- Altas tasas de mortalidad materna en gran proporción por causas evitables.
- Desnutrición Infantil.

EN GRUPOS DE POBLACION EXCLUIDA³¹

- Mayor riesgo de enfermedad y muerte en poblaciones indígenas, campesinas, originarias y población pobre, principalmente en las zonas rurales y peri urbanas.
- Discriminación de la mujer.
- Importante proporción de población joven y adolescente que no esta cubierta por atención integral de salud.

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

- Alta incidencia de Tuberculosis.
- Alta prevalencia de enfermedad de Chagas.
- Riesgo de incremento de casos de Malaria.
- Riesgo de brotes de Dengue Hemorrágico.
- Incremento de casos de ITS, VIH - SIDA.
- Alta incidencia de enfermedades de origen hídrico y transmitidas por alimentos.
- Persistencia de casos de rabia humana y otras zoonosis, principalmente fiebre aftosa.
- Focos de Leishmaniasis en determinadas zonas del territorio nacional.
- Persistencia de la lepra como problema de salud pública.
- Necesidad de conocer el comportamiento de ciertas enfermedades, tales como la neurocisticercosis, parasitosis intestinales como la fasciolosis, la peste, y la fiebre hemorrágica, entre otras.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

- Alto riesgo de muerte por cáncer de cuello uterino.
- Alta prevalencia de Diabetes Tipo II.

³¹ Se define exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos o grupos de la sociedad disfrutan. Conceptualmente la característica principal de la pobreza es la de privación, mientras que la exclusión se asocia a la ausencia de membresía o pertenencia a una red social, a un grupo o a una institución. La pobreza genera exclusión en salud y la exclusión en salud exacerba la situación de pobreza. Citado en: OPS/OMS: Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe, Serie N°1, Extensión de la Protección Social en Salud, WDC. 2003.

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

ESTILOS DE VIDA Y COMPORTAMIENTOS

- Alta prevalencia de violencia intrafamiliar y doméstica.
- Maltrato infantil.
- Alto riesgo de mortalidad por accidentes de tránsito.
- Alta frecuencia de consumo de alcohol.
- Incremento en el consumo de cigarrillos principalmente en jóvenes.
- Incremento en la prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas.
- Falta de información sobre buenos hábitos alimentarios

RELACIONADOS CON LA GESTION DEL SISTEMA DE SALUD

- Limitada capacidad de análisis de la situación de salud y vigilancia de la salud pública e investigación.
- Insuficiente implantación de políticas, programas y procesos de promoción de la salud y participación popular.
- Fiscalización y control de la autoridad sanitaria en todos los niveles del sistema, requiere mayor énfasis.
- Acceso inequitativo a los servicios de salud y necesidad de articulación de la red de servicios de salud.
- Débil capacidad de gestión y desarrollo del recurso humano vinculado al sector.
- Poca capacidad para asegurar la calidad de los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios.
- Incipiente capacidad en la preparación para la reducción del impacto de las emergencias y desastres.
- Dificultades para una óptima disponibilidad y accesibilidad a medicamentos esenciales.
- Debilidad en la implementación de políticas de atención integral a la mujer, principalmente en salud sexual reproductiva.
- Escaso conocimiento de la situación de salud de los trabajadores y necesidad de definir políticas y programas.
- Escaso conocimiento de la situación de salud de los ancianos y necesidad de fortalecer el Seguro Gratuito de Vejez.
- Baja cobertura de Saneamiento Básico y ambiental.
- Dificultad financiera para mantener las altas coberturas de vacunación.
- Insuficiente disponibilidad de sangre segura.
- Limitada capacidad de acceso a la información de salud y de gestión del conocimiento científico.

SECCION 3

COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO

3.1. Marco de referencia de la cooperación internacional en

Bolivia

Bolivia cuenta con una política nacional de cooperación y relaciones internacionales, conocida como el Nuevo Marco de Relacionamiento (NMR). Esta política fue propuesta en Junio de 1999, durante la reunión del Grupo Consultivo que se realizó en París con el objetivo de “convocar el apoyo internacional en la reducción de los niveles de pobreza”.³²

En ese sentido, Bolivia ha logrado mantener y estructurar una política de Estado que regula sus relaciones de cooperación internacional, la que se ha ido construyendo a lo largo de la experiencia adquirida en pasadas gestiones de gobierno y que ha sido retomada y actualizada por la presente administración.

El objetivo del NMR es aumentar significativamente la efectividad de la cooperación, que sumada al esfuerzo local, podrá disminuir con mayor rapidez los índices de pobreza, consolidando niveles de crecimiento y desarrollo sostenibles en el Siglo XXI. Por su parte, los actores de la cooperación internacional han desarrollado iniciativas/propuestas que sirven para enmarcar el diálogo con las contrapartes nacionales tales como:

- Naciones Unidas a través del Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo (United Nations Development Assistance Framework, UNDAF³³), y la Evaluación Común de País (Common Country Assessment, CCA) proporcionan el marco de planificación del Sistema de NNUU en el país, a través del cual se organiza la respuesta del Sistema para alcanzar objetivos comunes de desarrollo. Sirve también para la programación de recursos, y establece métodos para el monitoreo y la evaluación de esta cooperación.
- El Banco Mundial por su parte en el contexto del Marco de Desarrollo con el País (Country Development Framework, CDF) define una propuesta para mejorar la eficiencia de la participación de la comunidad internacional en acciones para el desarrollo. Este marco

³² Narváez, R. “Alianzas Para Implementar la Estrategia de Cooperación Centrada en el País”. Versión Preliminar. OPS/OMS La Paz, Bolivia. 2003.

³³ Naciones Unidas. “La Experiencia de la Coordinación Interagencial en Bolivia. Evolución y Perspectivas”. La Paz, Bolivia. Marzo 2003,

tiene como objetivo el enfoque por resultados en el alivio de la pobreza³⁴ a través de la inclusión de consideraciones macroeconómicas y estructurales dentro de una estrategia integral.

- La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) ha planteado a través del documento “El Papel de la Cooperación Internacional para el Desarrollo en los Albores del Siglo XXI”, una nueva estrategia para el futuro basada en la definición de los roles que deben desempeñar los principales socios bilaterales para el desarrollo contemplando estrategias integrales que incorporen elementos económicos, sociales y políticos.
- A su vez, cada agencia bilateral de cooperación cuenta con marcos y procedimientos específicos que definen la forma de prestar cooperación técnica y financiera al país. Estos marcos de referencia orientan al propio cooperante para establecer líneas y/o programas de cooperación en función al cumplimiento de metas globales, como es el caso de las Metas del Milenio.

Bolivia emprendió a partir de 2000 el desarrollo de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). Esta Estrategia tuvo como instrumento el Dialogo Nacional, un proceso ampliamente participativo en el que la sociedad civil determinó áreas de intervención para el uso de los recursos disponibles para la lucha contra la pobreza (HIPC). La estrategia HIPC es una iniciativa del Banco Mundial y el FMI, fuertemente respaldada por los donantes bilaterales, que tiene el objetivo de lograr una reducción de la proporción Deuda/Exportación. De esta manera Bolivia recibió inicialmente una condonación a la deuda por el equivalente de 1.137 millones de dólares. Bajo la iniciativa HIPC II se estima que recibirá una condonación de por lo menos 1.543 millones de dólares, y mediante el proceso denominado “Más allá del HIPC” se estima una condonación de más de 2.000 millones de dólares hasta el año 2015.

Recientemente³⁵, se ha actualizado la EBRP para el periodo 2004-2007, la misma que “propone un desarrollo de base ancha que privilegia la creación de empleo e ingresos de miles de actores de la micro, pequeña y mediana empresa para lograr impactos acelerados en lo social y económico”.³⁶

Parte de este esfuerzo del país, lo constituye el reconocimiento de los Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio, como un medio para cubrir las inequidades. Bolivia ha elaborado la segunda revisión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio³⁷, las que se han constituido en el motor de la EBRP y han sido definidas de la siguiente manera. (ver cuadro No. 1, a continuación).

³⁴ Sanchez, M. Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo de Bolivia. “Nuevo Marco de Relacionamiento” en <http://www.vipfe.gov.bo/ryp/publicaciones/index.html> accedido el 09/09/03

³⁵ El documento se elaboró en Septiembre de 2003.

³⁶ Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. “Revisión de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza 2004-2007. Oferta Estratégica para el Diálogo Nacional 2003” La Paz, Bolivia. 2003.

³⁷ INE, UDAPE, Naciones Unidas – Bolivia. “Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Bolivia 2002”. Edit. Oficina del Coordinador Residente de las NNUU en Bolivia. La Paz, Bolivia. 2003.

Cuadro No. 1.
Objetivos y Metas del Milenio
en la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza

| Objetivo | Meta |
|--|---|
| Objetivo 1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre. | Meta 1. Hasta el año 2015, reducir la incidencia de la pobreza moderada a 41% y la pobreza extrema a 20%. En 1999 la incidencia de pobreza era del 62% y la extrema pobreza de 36%. |
| Objetivo 2. Alcanzar la educación primaria universal. | Meta 3. Aumentar el porcentaje de niños y niñas con el ciclo completo de primaria (hasta el 8vo. Grado), de 52% en 1990 hasta 89% en el 2015. |
| Objetivo 3. Promover la equidad de género y la autonomía de la mujer. | Meta 4. Eliminar la disparidad de género en la educación primaria (la brecha promedio de la tasa de término a octavo de primaria es de 5.1%). |
| Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil y de la niñez. | Meta 5. Reducir la tasa de mortalidad infantil de 75 por mil en 1990 a 45 por mil en el año 2015. |
| Objetivo 5. Mejorar la salud materna. | Meta 6. Reducir la mortalidad materna de 416 a 200 por cien mil nacimientos entre 1990 y 2015. |
| Objetivo 6. Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. | Meta 8. Combatir el VIH/SIDA, infecciones de transmisión sexual (ITS) y otras enfermedades endémicas. Se establece el compromiso de disminuir el número de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3% de 48 a 0. |
| Objetivo 7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente. | Meta 10. Incrementar la cobertura del agua potable de 72% en 2001 a 84% en el año 2015. La cobertura de agua potable era de 57% en 1990. Meta 11. Incrementar la cobertura de |

| | |
|--|--|
| | saneamiento básico de 42% en 2001 a 64% en 2015. |
| Objetivo 8. Desarrollar un acuerdo global para el desarrollo. Orientar esfuerzos especialmente a países menos desarrollados, altamente endeudados y mediterráneos. | * ³⁸ |

En cuanto al área social, a continuación se presentan las prioridades, programas y actores que conforman este acápite de la EBRP³⁹ en la cual los actores son el Gobierno Central, las Prefecturas, los Gobiernos Municipales y la Sociedad Civil.

Cuadro No. 2.
Prioridades y Programas del
Gobierno de Bolivia

| Prioridades | Programas |
|---|---|
| 1. Redes de Protección Social | <ul style="list-style-type: none"> • Plan Nacional de Empleo. • Bono Solidaridad |
| 2. Educación Primaria y Técnica | <ul style="list-style-type: none"> • Reforma Educativa y Programa de Educación Técnica |
| 3. Salud Materno Infantil y Enfermedades Transmisibles | <ul style="list-style-type: none"> • Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) • Programa Nacional de Extensión de Cobertura (EXTENSA). • Programas Nacionales de Chagas, Tuberculosis, Malaria, PAI-II |
| 4. Agua y Saneamiento Básico | <ul style="list-style-type: none"> • PROAGUAS |

En conclusión el país cuenta con una compleja agenda de relacionamiento y reconoce la importancia de hacer esfuerzos para integrar, coordinar y regular sus relaciones de cooperación alrededor de una propuesta amplia de desarrollo.

³⁸ EL objetivo No. 8 no tiene metas a nivel de país, por su característica de “acuerdo global” en el que intervienen muchos gobiernos, de países donantes y receptores.

³⁹ Fuente: UDAPE. Estrategia de Reducción de la Pobreza 2004-2007. La Paz, Agosto 2003.

3.2. Actores

Los principales actores de la cooperación internacional los hemos agrupado en tres: i) cooperación multilateral; ii) cooperación bilateral y iii) ONGs internacionales.

Cooperación multilateral

Esta cooperación se subdivide en Instituciones Financieras Internacionales (IFI), las Agencias que componen el Sistema de Naciones Unidas y otros agentes como la Unión Europea. Con respecto a las IFIs, las agencias que se encuentran prestando apoyo al sector salud son: i) El Banco Mundial (BM); ii) El Banco Interamericano de Desarrollo (BID).

Con respecto a las agencias y programas del Sistema de Naciones Unidas, UNICEF y UNFPA son muy activos en salud principalmente a nivel local. El PMA y el PNUD son agencias con las que se han desarrollado experiencias específicas en temas relacionados a salud ambiental y control de desastres. Finalmente, la FAO es una agencia que si bien no esta vinculada a acciones específicas de salud, tiene un rol importante para el desarrollo de propuestas integrales en el campo de la seguridad alimentaría nutricional, y para el desarrollo de comunidades productivas.

Por su parte la Unión Europea (UE), esta iniciando esfuerzos importantes de cooperación en el campo de la salud. Actualmente ejecuta un proyecto sustantivo en los Dptos. de Tarija y Potosí. Consideramos a la UE como un aliado importante para la coordinación y trabajo conjunto en la cooperación de salud.

Cooperación bilateral

Entre las agencias bilaterales, destaca la presencia de Estados Unidos (USAID) y el Reino Unido (DFID) como los países que prestan y ofertan cooperación en salud. USAID se caracteriza mayormente por trabajar en áreas tradicionales de salud como son salud materna infantil, salud reproductiva, prestación de servicios de salud. El DFID trabaja fundamentalmente con desarrollo de servicios y enfermedades transmisibles.

Japón, dirigen su cooperación bilateral al desarrollo de la infraestructura de salud y especialmente al nivel terciario de atención. Alemania, Canadá, y Bélgica, e Italia, entre otros , orientan su apoyo a aspectos complementarios a lo que define el plan nacional de salud.

ONGs internacionales

El conjunto de las ONGs internacionales juega un rol importante en el sector salud. Principalmente trabajan a nivel local y con actores importantes de la sociedad civil boliviana y tienen un rol de interfase con la cooperación bilateral. Destacan los proyectos que se ejecutan con: CARE, Cruz Roja, Medico sin Frontera, Medicus Mundi, entre otros.

Luego de esta revisión, hemos observado que los actores de la cooperación, establecen vínculos programáticos con las autoridades del país y son capaces de mantener un nivel alto de concertación en función de los marcos de referencia que tienen.

No obstante, se aprecia la necesidad de lograr un mayor ordenamiento y direccionalidad de la cooperación internacional en salud. Las capacidades institucionales del Ministerio de Salud y Deportes deberán fortalecerse para jugar un rol más activo y efectivo en la definición de políticas y programas claramente establecidos que orienten la acción de la cooperación internacional.

3.3. Flujos de los recursos provenientes de cooperación internacional en salud⁴⁰

El monto total desembolsado por concepto de cooperación (que incluye donaciones y créditos) entre 1998-2002 alcanzó la cifra de \$US 3.070 millones. De los cuales \$US 1.068 millones correspondieron al área social (salud, educación, saneamiento básico y desarrollo rural).

El sector salud contó con desembolsos (1998-2002) que alcanzaron la cifra de \$US 163 millones, representando un 6% del total de recursos desembolsados por la cooperación internacional en el periodo analizado, siendo el sector con menor desembolso relativo dentro del área social.

Esta situación aparentemente podría revertirse en la programación de recursos de la cooperación para el periodo 2003-2006, donde el sector salud podría incrementar en 1% en financiamiento externo con respecto al periodo 1998-2002.

⁴⁰ Narváez, R. "Alianzas Estratégicas para implementar la Estrategia de Cooperación Centrada en el País OPS/OMS". Versión Preliminar. Documento preparado para uso interno. OPS/OMS. La Paz. 2003

Tabla No. 2

RECURSOS DE LA COOPERACION INTERNACIONAL POR AREAS TEMÁTICAS
Recursos desembolsados 1998 – 2002 y Recursos programados 2003 – 2006
(en miles de dólares).

| AREAS TEMATICAS | Desembolsos % | Programación % | | |
|---|----------------------|-----------------------|------------------|---------------|
| | 1998-2002 | | 2003-2006 | |
| AREA SOCIAL | 1.067.606 | 38,4% | 1.134.491 | 36,7% |
| Salud | 163.289 | 5,9% | 212.290 | 6,9% |
| Saneamiento Básico | 180.973 | 6,5% | 210.649 | 6,8% |
| Educación | 243.112 | 8,7% | 184.947 | 6,0% |
| Desarrollo Rural | 480.232 | 17,3% | 526.605 | 17,1% |
| AREA ECONOMICO FINANCIERA | 1.712.087 | 61,6% | 1.953.936 | 63,3% |
| Infraestructura urbana | 24.707 | 0,9% | 85.405 | 2,8% |
| Productividad y Competitividad | 38.884 | 1,4% | 99.375 | 3,2% |
| Medio Ambiente | 68.247 | 2,5% | 153.277 | 5,0% |
| Sist. Financiero, Pensiones, Valores y Seg. | 102.669 | 3,7% | 94.030 | 3,0% |
| Desarrollo Alternativo | 110.348 | 4,0% | 131.213 | 4,2% |
| Fortalecimiento Institucional | 414.227 | 14,9% | 525.765 | 17,0% |
| Infraestructura vial | 469.205 | 16,9% | 474.112 | 15,4% |
| Apoyo a Programas Económicos | 483.800 | 17,4% | 390.759 | 12,7% |
| TOTAL AGENCIAS ANALIZADAS | 2.779.693 | 100,0% | 3.088.427 | 100,0% |
| Ajustes Otras agencias | 289.851 | | 401.126 | |
| TOTAL DESEMBOLSOS | 3.069.544 | | 3.489.553 | |

La participación porcentual en los desembolsos por fuente cooperante en el sector salud muestra un cambio importante. Mientras que en el periodo 1998-2002, los desembolsos realizados por las agencias bilaterales representaban el 52% del total, en la programación para 2003-2006, éstos representan tan sólo el 26%.

Tabla No. 3

**PARTICIPACIÓN PORCENTUAL EN LOS DESEMBOLSOS
por tipo de agencia**

| TIPO DE AGENCIA | RECURSOS TOTALES | | RECURSOS SALUD | |
|------------------------|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| | Desembolsos 1998-2002 | Programación 2003-2006 | Desembolsos 1998-2002 | Programación 2003-2006 |
| Multilaterales | 55% | 67% | 48% | 74% |
| Bilaterales | 45% | 33% | 52% | 26% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente: Elaboración propia en base a información (BM/BID, 2003)

Entre los desembolsos programados por las Instituciones Financieras Internacionales (IFIs) para 2003-2006, el BM es el organismo que mayor cantidad de recursos ha entregado en calidad de préstamo al sector salud, seguido del BID.

En cuanto a la cooperación bilateral, en la programación 2003-2006, se observa que no se cuenta con nuevos programas de cooperación. Debe destacarse que algunas agencias que tradicionalmente han cooperado con el sector salud en Bolivia, han decidido priorizar otros sectores, lo cual desde nuestra perspectiva no se corresponde con las necesidades que el país presenta en el campo del desarrollo sanitario nacional.

3.4 Administración Nacional de la Cooperación Internacional en

Salud

El Ministerio de Hacienda coordina el flujo de recursos por concepto de cooperación para el desarrollo. Los diferentes sectores igualmente juegan un papel de orientación y coordinación con la cooperación internacional. Ese es el caso del Ministerio de Salud y Deportes que cuenta con una Oficina de Asuntos Internacionales para estas funciones. Sin embargo, esta oficina carece de una infraestructura mínima en materia de recursos humanos y logísticos para asumir este rol por lo que se circunscribe principalmente al relacionamiento público. Además es necesario proveer para el cumplimiento del rol coordinador de elementos de carácter metodológico y gerencial para reforzar los procesos de convocatoria, negociación, seguimiento y evaluación de la CIS.

En Ministerio de Relaciones Exteriores (Cancillería) está encargado de dar seguimiento a los mandatos que como país se asumen en los foros mundiales y establecen tratados y convenios en consonancia con la política internacional del país. En lo que es a las acciones específicas de cooperación que se llevan a cabo en el sector salud, no tiene una presencia significativa en el proceso de coordinación global.

Es muy importante fortalecer la capacidad nacional de coordinar y monitorear la formulación, ejecución y evaluación de los proyectos y compromisos de cooperación

internacional en salud. Asimismo se deben fortalecer lo mecanismo de acompañamiento y diálogo con los diversos actores nacionales que intervienen en este proceso.

SECCION 4

PROGRAMA DE COOPERACIÓN TÉCNICA DE LA OPS/OMS

El Programa de Cooperación Técnica de OPS/OMS para el bienio 2004- 2005 con Bolivia contempla la ejecución de siete (7) proyectos. Estos son: a) Desarrollo de políticas, sistemas y servicios de salud; b) Salud Ambiental y Preparativos para Casos de Desastres; c) Prevención y Control de Enfermedades; d) Ciclo Vital Saludable; e) Gestión y Coordinación del Programa de País; f) Información Científico Técnica y Comunicación en Salud, y g) Apoyo al Desarrollo Nacional de Salud.

Los propósitos del programa de cooperación técnica para cada uno de sus proyectos son los siguientes:

- a. Avanzar hacia el logro del acceso universal a un sistema de salud integrado, equitativo, solidario, y de eficiente desempeño.
- b. Contribuir al desarrollo de las capacidades nacionales para mejorar la salud ambiental, así como para la mitigación, preparativos y respuestas en situaciones de desastres.
- c. Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, y factores de riesgo asociados, que afectan principalmente a la población boliviana en condiciones de mayor vulnerabilidad.
- d. Contribuir a la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de salud para los principales grupos humanos en todo el ciclo vital con especial atención en madres, niños y población socialmente excluida.
- e. Fortalecer la gestión política, técnica y administrativa de la Oficina de País, conduciendo con efectividad y eficiencia el programa nacional de cooperación.
- f. Mejorar e incrementar el acceso a la información científico técnica, promoviendo la implementación y uso de tecnologías de información, la gestión del conocimiento, y la comunicación social en salud.
- g. Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la esperanza de vida de la población boliviana.

Consideramos que con dichos proyectos, y sus resultados esperados, estaremos respondiendo de forma consistente con las principales necesidades y prioridades identificadas para el desarrollo sanitario de Bolivia en los próximos años.

Desde el punto de vista de los temas organizacionales críticos para el funcionamiento de la Oficina de País hemos identificado las siguientes áreas que serán tenidas en consideración como parte del Plan de Desarrollo de la Representación. Son estas:

- Superar las brechas de información y comunicación, maximizando el uso de las tecnologías, ampliando la capacidad de la Representación para recopilar y difundir información acerca de la salud en el país, e integrando las estrategias comunicacionales en todas las fases de la cooperación técnica.
- Mejorar la capacidad de previsión, con la finalidad de estar mejor preparados para responder como colectivo de OPS/OMS en el país, respecto a los escenarios futuros en el proceso de desarrollo sanitario nacional y local, y generar consensos acerca de los futuros deseables e impulsar las acciones correspondientes.
- Fortalecer las capacidades del equipo de trabajo de la Oficina para una mayor creatividad, competencia y compromiso posible, maximizando los conocimientos necesarios para el desempeño de sus funciones, y apoyando la dotación de aptitudes óptimas, individuales y colectivas, para cumplir con los deberes.

Los proyectos de cooperación técnica, en torno a los cuales se organizará la respuesta de cooperación técnica para el bienio 2004-2005, se proponen lograr 62 resultados en todo el período. Los mismos intentan dar respuestas a las principales necesidades y prioridades en salud del país, en correspondencia con las políticas nacionales, los mandatos internacionales y las principales orientaciones políticas y técnicas de la OPS y la OMS.

En principio se ha proyectado un monto presupuestario de US\$ 6.562.150 para la ejecución de los siete (7) proyectos señalados. Un 49% de los mismos son recursos regulares de OPS/OMS (sin incluir el costo de los miembros del staff, y un 51% a recursos extrapresupuestarios.

La Representación de OPS/OMS en Bolivia cuenta con un total de 52 funcionarios. De éstos 8 son consultores internacionales (6 personal de planta, 1 STP, y 1 APO); 3 funcionarios bajo contrato con NNUU (administrador y 2 servicios generales); 18 funcionarios asignados por el MSD (jefe de unidades administrativas, secretarias, choferes) y 12 profesionales nacionales.⁴¹

El programa de cooperación técnica de OPS/OMS con Bolivia está desarrollando la estrategia de Descentralización (DCT). En los últimos 18 meses esta experiencia se ha venido implementando en cuatro (4) Departamentos del país (Santa Cruz, Tarija,

⁴¹ También en la Oficina de País se utiliza las contrataciones mediante agencia de empleo para servicios temporales, a la fecha de este informe se tienen 11 personas bajo esta modalidad.

Cochabamba y Beni), y se tiene proyectado extender en el transcurso del bienio al resto de los departamentos.

.

SECCION 5

MARCO GENERAL DE COOPERACIÓN OPS Y OMS – ORIENTACIONES

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

En el pasado reciente, las bases y orientaciones para las actividades de la Organización, se han dado en periodos cuatrienales a través de los documentos de Orientaciones y Prioridades Programáticas para la OPS (1987 – 2001). El ultimo de ellos, denominado “Orientaciones Estratégicas y Programáticas” 1998 – 2002, señala las siguientes orientaciones⁴²: (i) Salud en el desarrollo humano, (ii) Desarrollo de los sistemas y servicios de salud, (iii) Promoción y protección de la salud, (iv) Prevención y control de enfermedades y (v) Protección y desarrollo ambiental.

A partir del año 2003 las orientaciones estratégicas y programáticas de OPS han sido reemplazadas por el Plan Estratégico 2003 – 2007 de la Oficina Sanitaria Panamericana (quinquenal). A diferencia de los anteriores documentos base, el Plan Estratégico define áreas prioritarias de intervención⁴³: (i) Prevención, control reducción de enfermedades transmisibles, (ii) Prevención y control de enfermedades crónicas no transmisibles, (iii) Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables, (iv) Crecimiento y desarrollo sanos, (v) Promoción de entornos físicos seguros, (vi) Preparativos, gerencia y respuesta en caso de desastres, (vii) Acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles, (viii) Que el tema salud se tome en cuenta en la formulación de políticas sociales, económicas, ambientales y de desarrollo.

La Dirección de la OPS/OMS en el marco de una nueva conducción de la Oficina ha enfatizado la reorientación del trabajo dirigido a maximizar la eficiencia de la Oficina Panamericana de la Salud frente a los desafíos del nuevo siglo.

Como orientación estratégica para el desarrollo de políticas hacia el logro de “Salud para Todos”, se plantea organizar la cooperación técnica alrededor de cuatro grandes estrategias: el reforzamiento y renovación del compromiso con la Atención Primaria de la Salud; el desarrollo de modelos de atención integral a la salud priorizando a la promoción; el reforzamiento de la salud como derecho humano y bien público global que debe ser garantizado por el Estado; y la extensión de la protección social en salud como instrumento para la lucha contra la exclusión social. Asumiendo la gestión del conocimiento como instrumento central para el logro de estos objetivos.

⁴² OPS/OMS, Orientaciones Estratégicas y Programáticas” 1998 – 2002

⁴³ OPS/OMS, 130 Sesión del Comité Ejecutivo, Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003 – 2007, W.D.C. EUA Junio 2002

Organización Mundial de la Salud (OMS)

El Programa General de Trabajo, 2000 – 2005 resume la estrategia institucional de la OMS. La planificación cuatrienal sirve para integrar de manera práctica las políticas con el presupuesto por programas. El Programa General de Trabajo 2000 – 2005 busca promover poblaciones y comunidades sanas y combatir la enfermedad, para ello la OMS define cuatro orientaciones estratégicas como un amplio marco para centrar la labor técnica de la OMS⁴⁴: (i) Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas, (ii) Promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y comportamental, (iii) Desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos, (iv) Configurar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector de la salud, y promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y de desarrollo. Las cuatro orientaciones están interrelacionadas.

Las orientaciones estratégicas 2000 – 2005 se complementan con las siguientes prioridades generales⁴⁵: (i) Paludismo, tuberculosis, VIH/SIDA, (ii) Cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, (iii) Tabaco, (iv) Salud materna, (v) Inocuidad de alimentos, (vi) Salud mental, (vii) Seguridad de la sangre, (viii) Sistemas de salud, (xi) Invertir en el cambio en la OMS⁴⁶.

La OMS ha asumido un proceso de reforma interno en el cual está enfatizando el trabajo centrado en el país y el concepto de una sola OMS con mayor intercambio entre las regiones.

⁴⁴ OMS, Consejo Ejecutivo, Programa General de Trabajo 2000 – 2005, Informe de la Directora General, EB107/34, 28 de noviembre de 2000

⁴⁵ Idem.

⁴⁶ OMS, Consejo Ejecutivo, Prioridades para el bienio 2004 – 2005, Informe de la Directora General, EB109.

SECCION 6

AGENDA ESTRATÉGICA DE COOPERACIÓN CON BOLIVIA 2004-2007.

La agenda estratégica de cooperación con Bolivia, para el período 2004-2007, ha sido elaborada y consensuada a través de un proceso ampliamente participativo, donde se han identificado los principales problemas de salud del país y sus determinantes, y se han definido las prioridades y estrategias de intervención y alianzas necesarias, para enfrentar y resolver dichos problemas.

Para llegar a estos resultados se ha tenido en consideración una amplia gama de factores, entre los cuales podríamos destacar los macro acuerdos globales para el desarrollo y la lucha contra la pobreza y la exclusión social (objetivos y metas de desarrollo del milenio); el programa general de trabajo de la OMS 2000-2005; el Plan Estratégico de Cooperación de la Oficina Sanitaria Panamericana 2003-2007; así como, aspectos específicos relacionados con las principales políticas y orientaciones de desarrollo económico y social del país hasta el 2007, tales como la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), el Nuevo Marco de Relacionamiento del Gobierno con la Cooperación Internacional (NMR); el Plan Sectorial de Salud 2003-2007, y los programas relacionados con HIPC II.

Por otro lado, se ha tenido también en consideración las propuestas de Evaluación Común de País (CCA) y el Marco de Asistencia de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDAF), en el contexto de las iniciativas de Reforma del Sistema de Naciones Unidas en Bolivia.

La experiencia y lecciones aprendidas con la ejecución de programas anteriores de cooperación técnica de OPS/OMS con el país han resultado de un valioso aporte y referenciamiento histórico. Dada la diversidad y magnitud de las prioridades nacionales, la OPS/OMS, no pudiendo abarcar todas ellas, han decidido concentrarse en aquellas áreas en las que puede incorporar valores agregados y demostrar una clara ventaja en comparación con otros actores nacionales e internacionales.

En esa perspectiva la OPS y OMS han definido los siguientes **componentes** prioritarios para la cooperación técnica en los próximos cuatro años (2004-2007):

1. Desempeño del Sistema Nacional de Salud.
2. Salud materno - infantil.
3. Prevención y control de enfermedades.
4. Atención integral a la salud en todo el ciclo vital.
5. Salud ambiental y preparativos para desastres.
6. Gestión del conocimiento científico.
7. Alianzas estratégicas y cooperación enfocada al país.

Así también se han identificado un conjunto de **estrategias** para ofrecer una respuesta de cooperación técnica y estas son:

- Descentralización de la cooperación técnica.
- Abogacía para una mayor coordinación entre los organismos que desarrollan cooperación internacional en salud.
- Implantación de un foro permanente para las deliberaciones en salud.
- Promoción del enfoque de interculturalidad.
- Enfocar las acciones de cooperación técnica en aquellos grupos sociales de mayor exclusión social.
- Promoción de la cooperación técnica entre países y apoyo a los procesos de integración regional y subregional.
- Promoción de la intersectorialidad, la gestión compartida y la construcción de redes sociales

En el proceso de construcción de esta agenda estratégica debe contemplarse la correspondencia entre los mandatos constitucionales de OPS y OMS –ya descritos en la Sección 5- las funciones definidas en los programas de trabajo de la Organización y como se organiza la respuesta de cooperación técnica a los problemas de salud identificados en el país.

En este esfuerzo de correspondencia, se ha identificado un conjunto de **funciones** de OPS y OMS. La OMS considera 6 funciones básicas de las cuales, según indican, algunas son de carácter normativo y otras de cooperación técnica. Entendiéndose que las funciones normativas se realizan principalmente a nivel de la sede (Ginebra) y las de cooperación técnica son inherentes a las oficinas regionales y de país⁴⁷. Por su parte, la OPS identifica que para lograr la misión se debe, conjuntamente con los Estados Miembros, desempeñar también 6 funciones⁴⁸. A continuación se presenta la Correlación entre las Funciones establecidas por el Programa General de Trabajo de la OMS 2000-2005 y el Plan Estratégico de la OPS para el 2003-2007 para el desarrollo de la Cooperación Técnica

⁴⁷ OMS.. Consejo Ejecutivo. 107va. Reunión: EB107-34 “Programa General de Trabajo, 2000-2005”. (Pag. 3), 28 de noviembre de 2003.

⁴⁸ OPS/OMS. 26va Conferencia Sanitaria Panamericana. 54va. Sesión del Comité Regional: CSP26/10 “Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana para el periodo 2003-2007”. 15 de agosto de 2002.

| OMS (6 funciones) | OPS (6 funciones) |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Articular políticas • Gestión de Información • Apoyo técnico normativo para crear capacidades a nivel nacional • Negociar y sostener formulas de asociación • Establecer, validar normas y criterios • Estimular desarrollo y experimentación de tecnologías, instrumentos y directrices | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar visión estratégica • Generar y compartir información • Construcción de capacidades nacionales y regionales • Movilización de recursos y forja de alianzas • Formular normas y procedimientos • Adoptar soluciones técnicas integrales e innovadoras |

Como se observa, las funciones de OPS y de OMS son compatibles entre ellas y en la medida que se acerquen más a una identificación con el plano nacional (oficina de país), se logrará visualizarlas de manera más tangible. Para esto, se decidió hacer un ejercicio metodológico de integración de las funciones de la cooperación técnica de OMS y OPS para armar una sola lista de referencia para la Oficina de País. Quedando entonces **8 funciones de Cooperación Técnica:**

1. Proporcionar visión estratégica (PVE)
2. Articular políticas (AP)
3. Gestión de Información y conocimiento (GIC)
4. Apoyo técnico para el desarrollo de capacidades y competencias a nivel nacional (DCCN)
5. Movilización de recursos (MR)
6. Forja de alianzas y asociaciones (AE)
7. Formular normas, criterios y procedimientos (FNCP)
8. Estimular la adopción de tecnologías e instrumentos integrales e innovadores (TIII)

Para fines de este ejercicio de ECP, definimos que es importante, no sólo contar con las funciones de CT, sino que también se identifiquen para cada uno de los componentes que forman parte de la agenda estratégica de cooperación técnica, aquellas funciones que requiere ser aplicadas con mayor especificidad, de manera de concretar aún más sustantivamente el abordaje de CT.

A continuación procedemos a presentar las principales funciones de la Oficina de País por cada uno de los componentes prioritarios para la ECP (2004-2007).

COMPONENTE 1

Desempeño del Sistema Nacional de Salud

Las políticas de salud de Bolivia definen como prioritario mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles, principalmente en los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y Directorios Locales de Salud (DILOS), dirigidos al logro del acceso universal a un sistema de salud integrado, equitativo, solidario y eficiente.

Una tarea de primordial importancia es el establecimiento de políticas y estrategias dirigidas a la integración y regulación de los diversos segmentos que hoy conforman el Sistema de Salud (público, privado, y de la seguridad social).

Este componente deberá enfatizar el compromiso de salud para todos, con una estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) renovada y capaz de responder a los desafíos que plantean las nuevas condiciones de un mundo globalizado, y en correspondencia con las iniciativas, acuerdos y compromisos de la OPS/OMS de cara a los retos planteados por el nuevo Siglo.

Mejorar el desempeño del Sistema Nacional de Salud implica fortalecer la capacidad de la autoridad sanitaria nacional para el ejercicio de su función rectora, y en particular para garantizar la implementación de las funciones esenciales de salud pública.

Siendo la exclusión social en salud uno de los problemas más acuciantes que debe enfrentar el Gobierno Boliviano, es indispensable el desarrollo de las estrategias de extensión de la protección social en salud, sobre todo a aquellos grupos de población altamente marginados, tales como, los pueblos originarios, los campesinos, mujeres y niños.

Principales funciones de la Oficina de País

- Movilización de recursos y transferencia de conocimientos para el desarrollo de capacidades y competencias institucionales que fortalezcan la función rectora y faciliten la ejecución de las funciones esenciales de salud pública.
- Generación y divulgación de información sobre exclusión social en salud en el país, y promoción del acceso equitativo y universal a los servicios de salud.
- Desarrollo de competencias nacionales en la fuerza de trabajo a todos los niveles del sistema de salud, para enfrentar los nuevos retos de la salud pública.

- Proveer una visión estratégica para soluciones integrales e innovadoras, adaptadas a las diferentes coyunturas locales, para el fortalecimiento de la gestión municipal en salud.

COMPONENTE 2

Salud Materno Infantil

Bolivia es uno de los países de la Región de las Américas que presenta mayores tasas de mortalidad materna e infantil, siendo la mayor parte de ellas por causas evitables, y para las cuales la OPS/OMS disponen de conocimiento y tecnologías que pueden ser efectivamente aplicadas, en el marco del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) definido como estrategia prioritaria del Gobierno desde el pasado año 2001.

En coherencia con las políticas de salud del país, y siendo dos de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio la reducción de la mortalidad materna, y la mortalidad infantil, consideramos indispensable comprometer esfuerzos y recursos hacia el logro de las mismas.

El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), asimismo, se ha concebido como mecanismo que permita la creación progresiva de condiciones para alcanzar un Seguro Universal de Salud, que garantice atención social a los grupos más desfavorecidos.

Como uno de los problemas prioritarios del Programa General de Trabajo de la OMS (2000-2005) se identifica la salud materna como aspecto que demuestra las profundas diferencias entre países desarrollados y en vías de desarrollo. También la OPS incorpora este problema entre sus principales objetivos de cooperación técnica para el 2003-2007. Se observa una relación directa entre salud materna infantil y el desempeño de los sistemas de salud, aspecto que deberá ser tenido en consideración a la hora de implementar los componentes 1 y 2 de la presente agenda.

Principales funciones de la Oficina de País

- Forja de alianzas nacionales y subnacionales dirigidas a la consolidación y expansión del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).
- Movilización de recursos y construcción de capacidades nacionales y subnacionales para la formulación e implementación de planes y programas de salud sexual y reproductiva, en estrecha coordinación con el resto de las agencias de cooperación internacional que trabajan en esta misma área, y garantizando los enfoques interculturales propios del país.
- Promoción de la estrategia de Atención Integral de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia (AIEPI) para su consolidación y expansión nacional en el marco del SUMI.

- Investigación y diseminación de información sobre aspectos de la salud materna e infantil, la nutrición, y las tecnologías de salud perinatal.
- Abogacía y apoyo técnico para el desarrollo de capacidades nacionales y locales dirigidas al desarrollo de programas de educación en salud materno infantil.

COMPONENTE 3

Prevención y control de enfermedades

Una de las características resaltantes de los perfiles de morbi-mortalidad de la población boliviana es la coexistencia de enfermedades infeccioso-carenciales con patologías crónico degenerativas, en correspondencia con el incremento de la pobreza, y los fenómenos de modernización, urbanización y cambio en los estilos de vida. La OPS/OMS ha considerado necesario priorizar la elaboración e implementación de programas nacionales dirigidos a la prevención, control y atención de las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles que conforman ese nuevo panorama epidemiológico.

Como parte de las metas de desarrollo del milenio se registra el combate contra la malaria, la tuberculosis, el SIDA y otras enfermedades. Bolivia es uno de los países de la Región de las Américas con mayor incidencia y prevalencia de malaria, chagas y tuberculosis. La epidemia de SIDA en el país ha pasado de la fase incipiente a la fase concentrada. Todo esto demanda esfuerzos mayores por parte del Gobierno y de la comunidad internacional.

Los sistemas de vigilancia epidemiológica son débiles y la capacidad de reaccionar con efectividad ante el surgimiento de brotes epidémicos debe ser fortalecida. Los laboratorios de la red nacional no están suficientemente organizados para responder a las demandas epidemiológicas del país. Los programas de sangre deben ser optimizados.

Se observa una tendencia creciente en las manifestaciones de violencia en todas sus formas, principalmente la violencia doméstica, aspectos que reclaman una mayor atención y acceso a los servicios de salud, e innovadores mecanismos de organización de la sociedad para enfrentar este mal.

Principales funciones de la Oficina de País

- Articulación de políticas y planes para el fortalecimiento de las capacidades institucionales del Sistema Nacional de Salud para prevenir y controlar las enfermedades prevalentes.
- Investigación y diseminación de información científico-técnica respecto a las principales enfermedades transmisibles y no transmisibles que se presentan en la población boliviana, priorizando las enfermedades tropicales tales como malaria, dengue, tuberculosis, chagas, lepra y leishmaniasis.

- Promover el desarrollo de capacidades nacionales y subnacionales de vigilancia epidemiológica y control de brotes epidémicos, y mejoramiento de las capacidades diagnósticas y terapéuticas de la red de servicios de salud, en relación a enfermedades prioritarias.
- Abogacía y promoción de políticas, planes y acciones de salud para la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles.

COMPONENTE 4

Atención integral a la salud en todo el ciclo vital

Una de las características de los modelos de atención dominantes en algunos países de la Región ha sido la fragmentación de los programas y servicios de salud, resultando una prioridad el fortaleciendo del concepto de atención integral a la salud, generando un modelo de atención que de respuesta integrada a todo el ciclo vital.

En otros componentes de la agenda estratégica propuesta para la cooperación de OPS/OMS (2004-2007) se ha tenido en cuenta a la población infantil hasta cinco años de edad y a las mujeres en edad reproductiva. No obstante, los grupos humanos tales como escolares, jóvenes y adolescentes, trabajadores, y personas de la tercera edad, no han sido considerados adecuadamente, convirtiéndose en grupos humanos a ser tomados en cuenta en el marco de una concepción integral de la salud.

La concepción integral de la salud implica desarrollar programas y actividades que van desde la promoción, prevención y atención a la salud, hasta la rehabilitación. Con este enfoque se tratará de responder con la cooperación técnica a las principales necesidades y prioridades nacionales, que podemos resumir en lo siguiente: a) las políticas, planes y programas de servicios de salud no están teniendo actualmente en consideración la protección de la población escolar; b) la población joven y adolescente representa una alta proporción de la población boliviana y sin embargo no son sujetos de políticas de salud específicas; c) existe escaso conocimiento sobre la situación de salud de los trabajadores; y d) ante el crecimiento de la población de adultos mayores se hace necesario incluir a este sector en el diseño e implementación de políticas y programas de salud.

Principales funciones de la Oficina de País

- Investigación y diseminación de información sobre los conceptos de integralidad y ciclo vital, y su aplicabilidad en el diseño de políticas y programas, que faciliten el desarrollo de un modelo de atención integral.
- Abogacía para la incorporación en los programas integrales de salud de los escolares, jóvenes, adolescentes, trabajadores y adultos mayores, convirtiéndolos en sujetos de las políticas y planes de salud.

- Movilización de recursos nacionales e internacionales, y establecimiento de alianzas para el apoyo en la elaboración y ejecución de programas y proyectos dirigidos a estos grupos de población.
- Promoción de alianzas para la incorporación de estos grupos sociales, facilitando su participación activa en todas las etapas del proceso de salud.

COMPONENTE 5

Salud ambiental y preparativos para desastres

Una de las características fundamentales del actual modelo de desarrollo es el deterioro del medio ambiente y su impacto negativo sobre la salud humana. Al mismo tiempo, ha sido una preocupación de la comunidad internacional la promoción de un modelo de desarrollo ambiental sustentable. Algunas de las metas de desarrollo del milenio están enfocadas a garantizar la sostenibilidad del medio ambiente, al incremento de las coberturas de agua potable y saneamiento, así como, mejorar la calidad integral de vida en poblaciones marginales que habitan en tugurios urbanos y suburbanos.

En Bolivia, dada la alta mortalidad infantil, y la incidencia de enfermedades relacionadas con el medio ambiente, es importante el incremento de las coberturas de agua y saneamiento y el mejoramiento de la calidad de estos servicios. Por otro lado, se observa una preocupante contaminación ambiental (suelo, aire y agua) y una repercusión negativa de esto en la calidad de vida y en la situación de salud, principalmente de los menores de cinco años de edad.

Asimismo, son cada día más frecuentes los fenómenos naturales que condicionan desastres de creciente magnitud: inundaciones, deslizamiento, sequías, incendios forestales, entre otros, para lo cual el gobierno central, los gobiernos locales, y otras entidades no están suficientemente preparados.

Principales funciones de la Oficina de País

- Promoción del desarrollo de capacidades nacionales y subnacionales para hacer frente a los retos del deterioro ambiental y el desarrollo de una Estrategia de Atención Primaria Ambiental (APA).
- Diseminación de información y promoción de acciones intersectoriales para el desarrollo de conciencia ambiental dirigida a la preservación de la calidad del medio ambiente, y la prevención y control de los problemas de salud vinculados al deterioro ambiental.
- Canalización del desarrollo de capacidades institucionales para la implementación de un sistema de vigilancia de riesgos ambientales.

- Capacitación y asesoramiento técnico para incrementar la capacidad nacional institucional en programas de prevención, mitigación y respuesta oportuna a situaciones de desastres.
- Forja de alianzas intersectoriales e interdisciplinarias para responder a los problemas de salud ambiental.
- Abogacía y transferencia de conocimientos y tecnologías sanitarias dirigidas al incremento de las coberturas de agua y saneamiento, y a la creación de espacios y ámbitos saludables.

COMPONENTE 6

Gestión del conocimiento

Asistimos al nacimiento de una sociedad donde la calidad, la gestión y la velocidad de la información se convierten en factor clave de la cooperación técnica y la competitividad. Las capacidades de gestión de información y conocimiento son recursos fundamentales para el desarrollo científico técnico.

El acceso global y factible a grandes volúmenes de información desde las nuevas tecnologías no va a ser garantía de mayor conocimiento, al contrario, nos obliga a desarrollar mecanismos de gestión apropiados a los niveles de desarrollo del país. La OPS/OMS han planteado que todo conocimiento que reside en estas organizaciones debe ser disponible y utilizado por quien lo necesite, para actuar de manera adecuada en cada momento.

La infraestructura existente para el acceso y disseminación de información en salud refleja grandes limitaciones, dificultando el intercambio de información y conocimiento a todos los niveles. De allí, que el diseño y actualización de los sistemas de gestión de la información y el conocimiento sean una prioridad en esta Agenda de Cooperación, que se plantea hacer llegar esas tecnologías a los niveles municipales y departamentales.

Principales funciones de la Oficina de País

- Movilización de recursos y coordinación interagencial para la transferencia de conocimiento y tecnologías dirigidas al fortalecimiento de las capacidades institucionales en manejo de información.
- Promoción del desarrollo de las competencias en la fuerza de trabajo en salud que permitan el manejo, utilización y disseminación adecuada de la información.
- Gestión para la consolidación de la red de bibliotecas virtuales en salud, y el desarrollo de mecanismos informativos en línea, que permitan el incremento del acceso e intercambio de información a todos los niveles del sistema de salud.

- Abogacía para el desarrollo de tecnologías, instrumentos y directrices para una gerencia moderna y gestión óptima del conocimiento.

COMPONENTE 7

Alianzas estratégicas y cooperación enfocada al país

La última década se ha caracterizado por un incremento sustancial en el establecimiento de alianzas y plataformas de coordinación para la cooperación externa. Siendo Bolivia un país que recibe un apoyo externo que se ha calculado en 10% del PIB, es indispensable generar mecanismos de coordinación, que impidan la fragmentación y dispersión de esa cooperación. Se estima que el sector salud recibe un 7 % de la cooperación externa, con la presencia de más de 15 agencias de cooperación bilaterales y multilaterales, que realizan aportes de significación, para un estimado 2003-2006 de 200 millones de dólares.

Siendo en los próximos años un 74 % de la cooperación procedente de organismos multilaterales, y buena parte de ellos, préstamos que deberán ser cancelados por el país, se hace indispensable una coordinación y direccionamiento de esta cooperación para evitar un endeudamiento que no se exprese en fortalecimiento real del sistema de salud y sus programas.

Existen en el país múltiples instituciones de educación e investigación, con los cuales es necesario desarrollar alianzas estratégicas para la producción de conocimientos y la formación de personal, que se inserte y contribuya a las transformaciones que requiere la salud del país.

Así mismo, existe la necesidad y el potencial para coordinar e integrar la cooperación al sector salud garantizando una cooperación integrada y coordinada al servicio de las necesidades de salud del país.

Principales funciones de la Oficina de País

- Promoción de formulas de asociación interagencial dirigidas a optimizar los recursos y su impacto en las condiciones de salud.
- Fortalecimiento de las capacidades institucionales nacionales para la movilización de recursos externos y la coordinación y manejo de la cooperación.
- Promoción del establecimiento de alianzas nacionales entre los diversos actores del sector público que reciben cooperación externa, para potenciar el impacto de la misma.
- Abogacía con Organizaciones no Gubernamentales, Instituciones Religiosas y sector privado, a los fines de incrementar los recursos disponibles para la cooperación en salud, garantizando una adecuada coordinación y direccionamiento de los mismos.

- Promoción del establecimiento de alianzas estratégicas con las Universidades, Centros de Investigación y Organizaciones Científicas para la formación de los profesionales y técnicos necesarios para viabilizar las políticas y planes de salud.

SECCION 7

IMPLICACIONES PARA LA COOPERACION TECNICA OPS/OMS.

7.1. Implicaciones de la Agenda Estratégica de Cooperación propuesta.

7.1.1. A lo interno de la oficina de país

La Agenda propuesta contiene elementos que orientan y direccionan la acción de la oficina de país, ya que plantea los componentes prioritarios y las principales funciones para la ejecución del programa de cooperación técnica 2004-2007.

Sin embargo, es necesario resaltar que la propuesta presentada es flexible, y que el contexto cambiante de la situación política, económica y social del país nos sugiere la posibilidad de su revisión periódica y eventuales ajustes.

Así mismo, señala caminos para el desarrollo de las alianzas que permitan cumplir los objetivos de la cooperación, y abre posibilidades para cambios y/o ajustes organizacionales y funcionales en la oficina.

En el marco de la Reforma del Sistema de Naciones Unidas, en el cual Bolivia constituye un país prioritario, la ECP crea oportunidades para reforzar alianzas entre los miembros del sistema. A la vez favorece la creación de un modelo de observatorio que permita evaluar la participación de la OPS/OMS en este proceso.

Esta Agenda, nos obliga a repensar nuestro quehacer y aumentar nuestros conocimientos y experticia e impulsar una reflexión y reformulación sobre el impacto de nuestro trabajo en la salud y el desarrollo económico y social del país. Por lo tanto, el desarrollo de esta Agenda debe impulsar una reorientación de las capacidades técnicas y experiencia acumulada en el equipo técnico de la oficina de país, haciéndolas más productivas.

7.1.2. A lo externo

Esta Agenda se convierte en un elemento articulador entre la OMS, la oficina regional (OPS) y la Representación de país, posibilitando la elaboración y ejecución de un programa presupuesto único para todos los niveles de la organización, y otorga a la oficina de país la responsabilidad de convertirse en un movilizador de recursos y promover mecanismos de coordinación de la CT para potenciar su impacto.

Este documento, ha tomado en consideración la importancia particular de los Objetivos del Milenio para Bolivia, en el marco de la Estrategia Boliviana para la Reducción de la Pobreza y las prioridades de salud del gobierno nacional.

7.2. Perfil del personal de país.

La oficina de país dispone de un equipo básico de consultores internacionales, quienes cubren y se organizan en las siguientes áreas:

- Desarrollo de Políticas, Sistemas y Servicios de Salud
- Prevención y control de enfermedades
- Salud de la familia
- Salud Ambiental

Consideramos que de acuerdo a la agenda propuesta este equipo básico debe mantenerse. Debería considerarse, adicionalmente, la asignación en Bolivia de dos puestos de consultores internacionales interpaís, uno en el área de salud pública veterinaria y otro en medicamentos esenciales. En salud pública veterinaria debido a la importancia relativa que tiene la Fiebre Aftosa en Bolivia, en el contexto de los esfuerzos sudamericanos que se siguen a este respecto, y en medicamentos esenciales por tratarse de un tema de cooperación técnica inconcluso en el país, donde después de casi 10 años de apoyo con recursos de la cooperación holandesa, esto ha finalizado, dejando pendiente algunos aspectos de carácter prioritario.

Por otro lado, se debe mantener un reforzamiento en las siguientes 11 áreas de cooperación con otros profesionales, por la vía de la contratación, o estableciendo alianzas con instituciones especializadas en estas materias. En orden prioritario podemos señalar:

1. Economía de la salud , alianzas estratégica y movilización de recursos.
2. Análisis de situación de salud y vigilancia de salud pública.
3. Vigilancia de la muerte materna.
4. Información científico-técnica.
5. Tecnologías de información y comunicación.
6. Medicamentos esenciales.
7. Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes en la Infancia.
8. Desarrollo de recursos humanos en salud.
9. Enfermedades no transmisibles.
10. Salud Pública Veterinaria.
11. Preparativos para desastres.
12. VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.
13. Nutrición.

En relación con estas necesidades, la primera prioridad, relacionada con “economía de la salud, alianzas estratégicas y movilización de recursos” no está cubierta, y debe ser considerado como un apoyo prioritario por parte de la OMS para la asignación de recursos

por dos años a la Oficina de País (en principio – 2004/2005), para la contratación de un profesional nacional.

Respecto a salud pública veterinaria, en caso que la OPS decida asignar un puesto de consultor internacional interpaís, con sede en Bolivia, la situación estaría cubierta. De no ser así, tendríamos que mantener asignación de recursos regulares para un puesto de profesional nacional.

En relación al área de medicamentos esenciales, ya la OMS, en coordinación con el programa regional de la OPS, ha decidido asignar recursos para la contratación de una Profesional de Corto Plazo (STP). No obstante se podría considerar la conveniencia de que este recurso pueda cubrir a otros países de la región andina desde su sede en Bolivia.

En VIH/SIDA, y otras infecciones de transmisión sexual, se está redimensionando la prioridad de esta área, toda vez que la epidemia, hasta hace poco tiempo clasificada como incipiente, ahora se puede confirmar que se trata de una epidemia concentrada con riesgo de ampliarse. Hemos considerado la necesidad de hacer esfuerzos coordinados entre la Oficina de País, el programa regional de OPS, y OMS Ginebra, para identificar y movilizar la participación de un APO para apoyar la cooperación técnica en este campo.

El resto de las áreas mencionadas anteriormente ya tienen una adecuada cobertura presupuestaria, ya sea con fondos regulares o extrapresupuestarios.

7.3. Asignación de Recursos.

La asignación de recursos regulares a la oficina de país alcanza la cifra de \$US 3.067.000 para el bienio 2004-2005. Consideramos que es un presupuesto mínimo para responder a las necesidades y prioridades del país. Siendo Bolivia un país prioritario para la OPS/OMS se debe hacer un esfuerzo adicional para movilizar recursos extrapresupuestarios que permitan avanzar en el logro de los objetivos de las políticas nacionales de salud.

Así mismo, se plantea la posibilidad de convocar a las diversas unidades de la oficina central de la OMS, para que dada la situación y prioridad del país puedan movilizar y comprometer diversas acciones de cooperación técnica. Esta propuesta intenta reproducir en Ginebra una práctica ya experimentada en la OPS.

7.4. Repensamiento crítico sobre la implementación del programa.

Desde hace varios años Bolivia ha venido desarrollado una experiencia de descentralización de la cooperación técnica, que se ha intensificado y consolidado en el bienio anterior. Los resultados hasta el momento son satisfactorios y sugieren continuar consolidando y expandiendo este modelo, en el entendido que esto contribuirá al desarrollo de las capacidades institucionales del SNS en todos sus niveles, principalmente en el nivel

local (departamentos y municipios), y acercará las capacidades de cooperación de OPS y OMS a los lugares y grupos de población más necesitados.

Bolivia es un país mediterráneo, que tiene fronteras con cinco países vecinos a través de 60 municipios fronterizos. El fortalecimiento de la Cooperación Técnica entre Países (TCC) debe convertirse en una prioridad, que además de fortalecer la integración subregional, permita el intercambio de experiencias y soluciones a problemas comunes.

Rescatar y movilizar las capacidades y potencialidades del país, como una contribución a la ejecución de la agenda estratégica de cooperación técnica y a la sostenibilidad de las acciones de salud para el desarrollo debe ser fortalecido en el futuro.

Bolivia es un país complejo, desde el punto de vista político, económico y social. Complejidad dada durante varias décadas de luchas y esfuerzos por salir de la pobreza y encontrar las vías para un desarrollo más estable y sostenido. La decisión de la OPS de considerar a Bolivia como país prioritario para la cooperación técnica en el período 2003-2007 es correcta, y esto debe ser reconocido también por la OMS, en un esfuerzo único y bien articulado entre la Oficina de País, la Oficina Sanitaria Panamericana, y la Sede de OMS.

7.5. Reflexión final

La aprobación de este documento por las autoridades nacionales y por la oficina central de la OPS y luego su envío, aprobación y publicación por la OMS darán legitimidad a los planteamientos contenidos en este documento, que representa un esfuerzo de integración y maximación de la cooperación técnica en salud con Bolivia, en el marco de su esfuerzo para aumentar la gobernabilidad, fortalecer la democracia y consolidar la participación social.

Anexo 1.

Matriz de revisión de principales lineamientos que orientan el accionar de la OPS/OMS en Bolivia hacia inicios del S. XXI.

(Marco de referencia internacional y nacional de la cooperación, hacia la articulación de directrices en salud, globales, regionales y nacionales)

| Estrategia de Cooperación con el País Bolivia 2004-2007 COMPONENTES | Plan Estratégico OSP 03/07 Áreas prioritarias: | PLAN GENERAL DE TRABAJO OMS 2000 -2005 Orientaciones Estratégicas | METAS DEL MILENIO Contribución de la OMS al logro de objetivos de desarrollo de la declaración del milenio de NNUU, 56 Asamblea Mundial de Salud | UNDAF MARCO DE ASISTENCIA DE NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO BOLIVIA 2002 – 2007 Objetivos estratégicos | BPB 04/05 Prioridades programáticas para el bienio de la Representación OPS/OMS Bolivia | PRIORIDADES NACIONALES SECTOR SALUD 2002 - 2007 |
|--|--|--|--|---|---|---|
| Desempeño del Sistema Nacional de Salud | (viii) Que el tema salud se tome en cuenta en la formulación de políticas sociales, económicas, ambientales y de desarrollo. | 4. Configurar una política propicia y crear un entorno institucional para el sector de la salud, y promover una dimensión sanitaria eficaz para la política social, económica, ambiental y del desarrollo. | Meta 1, reducir MI Meta 2, reducir la MM5 Meta 3, reducir MM | 1. La sociedad y su empoderamiento. Impulsar la participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones a nivel político, social y económico | Desarrollo de Políticas, Sistemas y Servicios de Salud | |
| Salud materno – infantil | (vii) Acceso universal a sistemas de salud integrados, equitativos y sostenibles | 3. Desarrollar sistemas de salud que mejoren de manera equitativa los resultados sanitarios, respondan a las demandas legítimas de la población y sean financieramente justos | Meta 4, incremento del parto institucional | 2. Institucionalidad y gobernabilidad. Fortalecer las capacidades institucionales de los gobiernos central y municipales para contribuir a consolidar la democracia y construir un Estado eficiente, eficaz y | Salud Ambiental y Preparativo para el caso de desastres | a) Extensión de la protección social en salud e) Descentralización de la gestión en salud d) Participación social y democratización del conocimiento en salud |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|--|---|
| | | | | descentralizado | | f) Acceso a medicamentos esenciales |
| Prevención y Control de Enfermedades | (iv) Crecimiento y desarrollo sanos | 2. Promover modos de vida sanos y reducir los factores de riesgo para la salud humana de origen ambiental, económico, social y comportamental. | Meta 6, menor número de niños huérfanos por vih/sida Meta 7, mayor uso de condón por mujeres | | Prevención y Control de ENfermedades | b) Salud de la mujer y el niño |
| Atención Integral a la salud en todo el ciclo vital | (i) Prevención, control reducción de enfermedades transmisibles | 1. Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas - Prioridades específicas de OMS. Paludismo, Tuberculosis, VIH-SIDA, Cáncer-enfermedades cardiovasculares y diabetes, tabaco, salud materna, salud y medio ambiente, inocuidad de alimentos, salud mental, seguridad de la sangre, sistemas de salud | Meta 5, disminuir prevalencia vih/sida. Meta 8 menor prevalencia de Tbc Meta 9 menor prevalencia de malaria | 3. Eliminar la exclusión Contribuir al diseño, implementación y seguimiento de políticas, programas y proyectos para la reducción de la pobreza y todo tipo de exclusión sociales | Ciclo Vital Saludable | g) Prevención y control de enfermedades transmisibles |
| Salud ambiental y preparativos para desastres | (iii) Promoción de estilos de vida y ambientes sociales saludables | | | | Gestión y Coordinación del Programa de País | c) Salud ambiental y prevención de desastres |
| Gestión del conocimiento científico | (ii) Prevención y control de enfermedades crónicas no | | | | Información Científico Técnica y Comunicación en | Desarrollo de recursos humanos conforme a los adelantos científicos |

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---------------------------------------|--------------|
| | transmisibles(v) Promoción de entornos físicos seguros. (vi) Preparativos, gerencia y respuesta en caso de desastres . | | | | Salud | tecnológicos |
| Alianzas estratégicas y cooperación enfocada al país | | | | | Apoyo al Desarrollo Nacional de Salud | |

Matriz de trabajo para la formulación de las orientaciones estrategias 2004 – 2007 de la OPS/OMS en Bolivia, Julio 2003. A. Calvo.

Anexo 2
Análisis de consistencia de los componentes prioritarios de la
Estrategia de Cooperación con el País

| Componentes prioritarios CCS | Plan Estratégico OPS | Plan General OMS | Metas del Milenio | UNDAF | BPB 04-05 | Prioridades Nacionales | Total |
|---|-----------------------------|-------------------------|--------------------------|--------------|------------------|-------------------------------|--------------|
| 1. Avanzar hacia el logro del acceso universal a un sistema de salud integrado, equitativo, solidario y de eficiente desempeño. | ++++ | ++++ | ++ | ++ | ++++ | ++++ | 20 |
| 2. Contribuir al desarrollo de las capacidades nacionales para mejorar la salud ambiental, así como para la mitigación, preparativos y respuestas en situaciones de desastre. | +++ | +++ | ++++ | + | ++++ | ++++ | 19 |
| 3. Contribuir a la reducción de la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, y factores de riesgo asociados, que afectan principalmente a la población boliviana en condiciones de mayor vulnerabilidad. | ++++ | ++++ | +++ | + | ++++ | ++++ | 20 |
| 4. Contribuir a la formulación, ejecución y evaluación de políticas y programas de salud para los principales grupos humanos en todo el ciclo vital con especial atención en madres, niños, y población socialmente excluida. | +++ | +++ | ++ | + | ++ | ++ | 13 |
| 5. Fortalecer la gestión política, técnica y administrativa de la Oficina de País, conduciendo con efectividad y eficiencia el programa nacional de cooperación. | +++++ | ++ | +++ | + | +++ | +++ | 17 |
| 6. Mejorar e incrementar el acceso a la información científico técnica, promoviendo la implementación y uso de tecnologías de información, la gestión del conocimiento, y la comunicación social en salud. | + | + | + | ++++ | +++ | +++ | 13 |
| 7. Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, mejorar la calidad y prolongar la esperanza de vida de la población boliviana. | + | ++ | ++++ | ++ | + | +++ | 13 |
| Total | 21 | 19 | 19 | 12 | 21 | 23 | |

Clasificación:

- ++++ Coincidente
- +++ Importante
- ++ Relativamente Importante
- + Poco importante