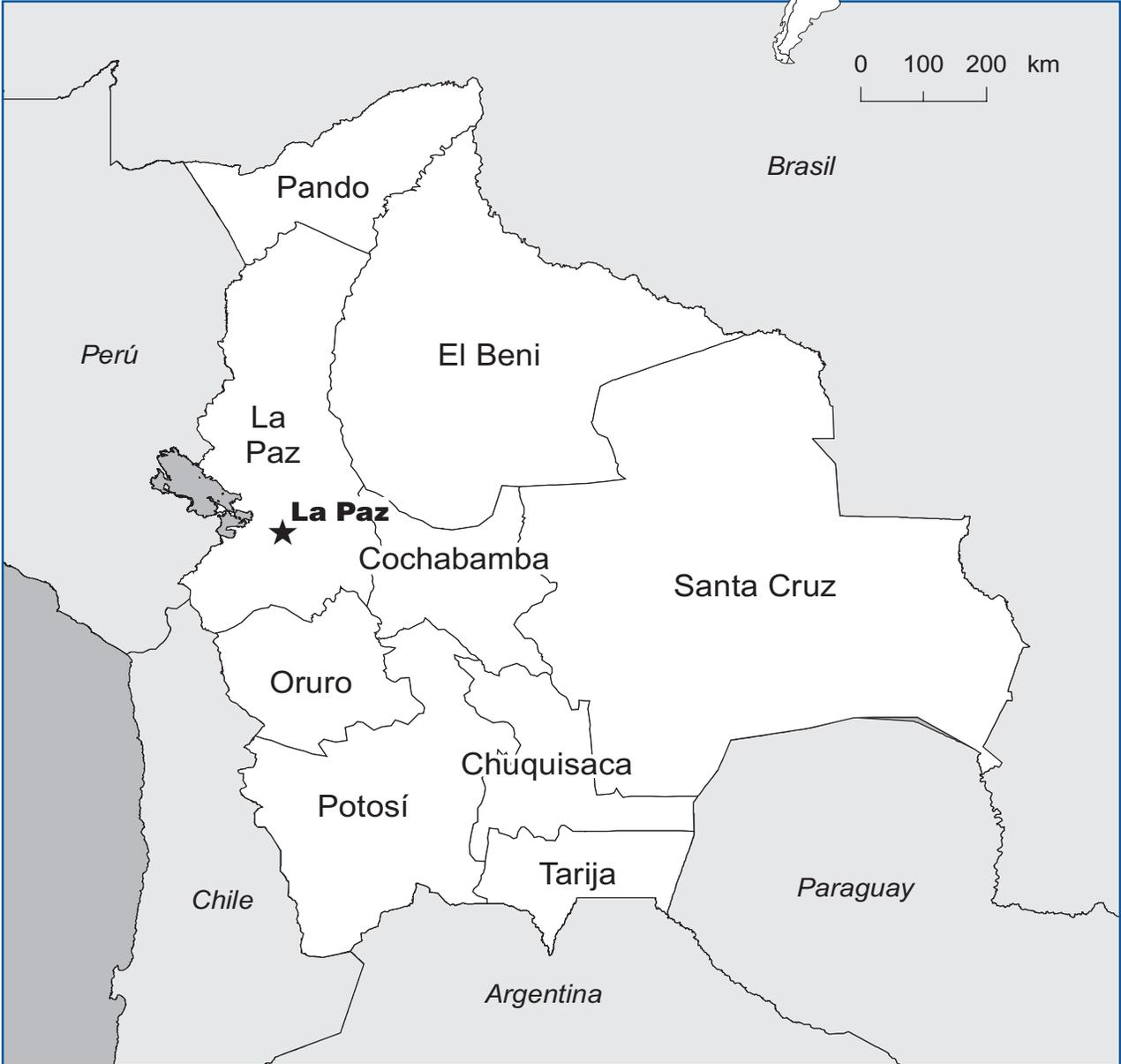


BOLIVIA



Bolivia limita con Brasil, Paraguay, Argentina, Chile y Perú. Tiene una extensión territorial de 1.098.581 km², 65% de la cual corresponde al llano y concentra a 26% de la población del país; los valles interandinos ocupan 19% de la superficie, con 29% de la población, y 16% corresponde a la meseta altiplánica con 45% de la población (1).

CONTEXTO GENERAL Y DETERMINANTES DE LA SALUD

Determinantes sociales, políticos y económicos

En el censo de 2001, 64% de la población total carecía del ingreso para cubrir sus necesidades básicas. Las proyecciones de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) estimaron que para 2006 habría 5,9 millones de personas en condiciones de pobreza (63%) (2) de los cuales 2,0 millones (35%) vivirían en extrema pobreza (3). Esta población estaba concentrada en municipios de los valles interandinos altos y el altiplano, principalmente de origen Quechua y Aymara. También en la zona de los llanos, el Chaco y principales ciudades del país hay niveles importantes de pobreza, debido a la migración. En 2002 se estimaba un índice de Gini de 0,614 (4).

En 2000, el gobierno estableció la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). Esta estrategia se instrumentó por medio del Diálogo Nacional, un proceso ampliamente participativo en el que la sociedad civil determinó áreas de intervención donde usar los recursos disponibles para la lucha contra la pobreza. La Iniciativa para los Países Pobres muy Endeudados (PPME) tiene el objetivo de lograr una reducción de la proporción deuda/exportación y es un esfuerzo conjunto entre el Banco Mundial y el FMI, con respaldo de los donantes bilaterales. Por medio de esta Iniciativa Bolivia recibió inicialmente una condonación de la deuda externa equivalente a US\$ 1.137 millones; bajo la iniciativa PPME II se condonaron US\$ 1.543 millones, y mediante el proceso denominado “Más allá del PPME” se estimó una condonación de más de US\$ 2.000 millones hasta 2015.

En 2003 se actualizó la EBRP para el período 2004–2007; esta propuso un crecimiento “de base ancha” que privilegia la creación de empleo e ingresos para miles de actores de la micro, pequeña y mediana empresa para lograr impactos acelerados en lo social y económico (5). Parte de este esfuerzo fue también el reconocimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, formulados por las Naciones Unidas como un medio para reducir las inequidades. Bolivia elaboró la segunda revisión de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en 2002 (6), la cual se ha constituido en el motor de la EBRP.

El objetivo de reducir la pobreza extrema de 35% a 17,5% para el año 2015, como se planteó en la EBRP, requiere un crecimiento de la economía a una tasa sostenida de 5% a 5,5% anual por un lapso de 15 años (7). El país creció de 0,6% del PIB en 1999 a 2,5% en 2003, año en el que el ingreso promedio per cápita fue US\$ 900; sin embargo, el análisis de la distribución del ingreso demostró que el 20% más rico de la población tenía en promedio un ingreso 13 veces mayor que el 20% más pobre. Se observó asimismo que en los grupos pobres también había desigualdades; así, en la zona rural un hombre tenía un ingreso 13 veces mayor que una mujer y, si se comparan los datos por género y zona de residencia, una mujer del área urbana ganaba 7 veces más que su similar indígena del área rural (Informe sobre Desarrollo Humano, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo).

En este contexto, a partir de las elecciones nacionales de junio de 2002, se configuró una nueva composición del régimen político. En febrero de 2003, debido al elevado déficit fiscal y los esfuerzos del Gobierno por establecer políticas impositivas para su control, se generaron extensos conflictos con la demanda de una asamblea constituyente y de la recuperación de la propiedad de los hidrocarburos; estos hechos determinaron que, en octubre de 2003, el Vicepresidente de la República remplazara al Presidente mediante una sucesión constitucional.

La crisis política determinó varios cambios en el Ejecutivo entre 2004 y diciembre de 2005, cuando se convocó la elección presidencial. En enero de 2006 el país inició un nuevo gobierno, cuya política de estado plantea la nacionalización de los hidrocarburos y los recursos naturales del país, así como el desarrollo de políticas sociales que incidan en la reducción de las inequidades sociales acumuladas. En el proyecto político se ha señalado el propósito de lograr para 2007 el seguro universal público de salud; además, se plantea dar prioridad a la disminución de la desnutrición en niños menores de 5 años; el fortalecimiento del papel rector del Ministerio de Salud y Deportes en el contexto del proceso autonómico y de descentralización que vive el país, y la participación popular en salud.

Bolivia tuvo índices de cobertura escolar altos, con 97% de los niños entre 6 y 13 años matriculados en 2001. La educación primaria es obligatoria y gratuita hasta el octavo grado (8). Por cada 100 varones, había 94 niñas matriculadas en educación primaria

y 89 en educación secundaria. En la población general, la tasa de analfabetismo en hombres era de 6,9% y en mujeres de 19,4% (1).

Al analizar la escolaridad de acuerdo al ingreso, la población del quintil más pobre, compuesto en su mayoría por personas indígenas y originarias (diferenciadas de las de origen europeo y mestizo), alcanzaba en promedio 3,6 años de escolaridad (3 en el área rural y 5,8 en el área urbana). El quintil más rico en el área rural alcanzaba 5 años y en el medio urbano 10,8 años (9).

Diversos estudios señalaron que 53% de las comunidades bolivianas son altamente vulnerables a la inseguridad alimentaria; 16% de esta población, es decir 7.718 comunidades, son las más vulnerables y de ellas, 78% es extremadamente pobre. Por departamento, 80% de las comunidades de Chuquisaca y Potosí son altamente vulnerables, al igual que 50% de las comunidades de Oruro, Cochabamba y La Paz (10).

En 2004, 41% de la población del área rural tenía acceso a agua por cañería en el hogar, frente a 88% en el área urbana; solo 5,3% de las viviendas en el área rural tenían alcantarillado, frente a 57,6% en el área urbana; 65% de las viviendas del área rural tenían energía eléctrica y 91% en el área urbana; 70% tenían insuficientes espacios en la vivienda.

El porcentaje de áreas protegidas en el territorio nacional ha aumentado de 1% en 1990 a 16% en 2004. El país ha avanzado en la incorporación de los principios de desarrollo sostenible como parte de las políticas y programas para revertir la pérdida y degradación de los recursos naturales.

Demografía, mortalidad y morbilidad

La población creció 8% entre 2001 y 2005 (de 8.516.000 a 9.182.000 habitantes). En 2005, 64,4% de esta población se encontraba en la zona urbana y 33,6% en la rural. En el censo de población de 2001, 31% de la población declaró ser Quechua, 25% Aymara, 6% Guaraní y de otras etnias minoritarias de la Amazonía, y 38% no identificó su origen étnico.

La esperanza de vida al nacer se incrementó en el mismo período de 63 años (2001) a 64,9 años (2005). El bajo incremento se debe a la elevada mortalidad infantil, 54 por 1.000 nacidos vivos, principalmente a causa de la mortalidad neonatal. La tasa cruda de natalidad es de 28,5 nacidos por cada 1.000 habitantes, debido a la tasa de fecundidad alta (3,7 hijos por mujer), la falta de autonomía de las mujeres para decidir y ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, y el acceso limitado a los servicios de salud reproductiva. La tasa bruta de mortalidad ajustada ha disminuido de 1.230,2 por 100.000 habitantes en 2001 a 994,9 en 2005.

En un estudio realizado en 50 municipios (de un total de 327 en el país) cuya población se encuentra en los niveles más altos de extrema pobreza y acoge a la población monolingüe nativa, se encontró que la mortalidad infantil es 2 veces mayor (48 por 1.000 nacidos vivos) que en los 138 municipios donde la situación de pobreza es menor.

Según un informe del Programa de las Naciones Unidas (2003), el perfil de mortalidad infantil en 2001 fue de 78 por 1.000 nacidos vivos *versus* 54 por 1.000 nacidos vivos en 2005. Sin embargo, hay que resaltar que la probabilidad de muerte de un hijo menor de 2 años de una mujer que habla solo castellano era de 75 por 1.000 si residía en el altiplano, 86 si residía en el valle y 92 si residía en la zona de los llanos. En comparación, la probabilidad de muerte del hijo de una mujer Aymara que migraba al llano era de 206 por 1.000 menores de 2 años, es decir, tres veces mayor.

En cuanto a la natalidad, en promedio las mujeres deseaban tener 2,5 hijos y realmente tenían 4,2; esta diferencia fue mayor en el área rural (deseaban 3,2 hijos y tenían 6,4) que en la urbana (deseaban 2,2 y tenían 3,3). Una mujer con instrucción media o superior tenía en promedio 2,7 hijos durante su período fértil; en cambio una mujer sin instrucción, comúnmente indígena o de extracción social campesina, tenía 7,1 hijos durante su vida reproductiva. Si una mujer no tenía instrucción, la edad promedio a la que tendría un hijo sería a los 19 años; si terminó la enseñanza secundaria tendría su primer hijo a una edad promedio de 23 años (11).

Las mujeres han tenido poca participación política y solo han logrado el 13% de las alcaldías del país; además, del total de congresistas del parlamento en 2003 en 2005 solo 18% eran diputadas y 14% senadoras. El desempleo en 2003 afectó más a las mujeres (5,9%) que a los varones (3,9%) (12).

El sistema nacional de estadísticas y registros vitales aún no se había consolidado en 2005, lo que ha limitado la elaboración de estudios epidemiológicos precisos. No obstante, la distribución de la mortalidad en 2005 deja apreciar un predominio de causas cardiovasculares (40%), seguidas de enfermedades transmisibles (13%), causas externas (12%), neoplasias o tumores malignos (8%), causas perinatales (5%) y las demás (21%). Cabe resaltar que esta información puede estar sesgada, ya que, como se mencionó, hasta el 2005 el sistema de información nacional en salud no había funcionado adecuadamente.

A pesar de que en Bolivia las enfermedades transmisibles aún constituyen un importante problema de salud, el peso proporcional de las enfermedades no transmisibles en la mortalidad es mucho mayor, pues representan más de 50% de las muertes en un año (13). De ellas, las causas circulatorias constituyen 40% de los fallecimientos, el cáncer representa 8% y las causas externas (entre las que se encuentran los accidentes y otras muertes violentas), aproximadamente 12%. Así, estos tres grupos reúnen alrededor de 70% de las defunciones anuales.

La tasa de mortalidad general por todas las causas fue más alta en los hombres (1.102 por 100.000 habitantes) que en las mujeres (897). La mortalidad por enfermedades del sistema cardiovascular tuvo una frecuencia similar en ambos sexos; por neoplasias fue 1,5 veces mayor en mujeres que en hombres; por causas externas fue 2,5 veces mayor en hombres que en mujeres, y por enfermedades transmisibles fue 1,2 veces mayores en hombres que en mujeres.

Más de la mitad de las muertes maternas (53,5%) sucedieron en el domicilio: 22% ocurrieron durante el embarazo, 36% durante el parto y 42% en el puerperio. Las principales causas fueron hemorragia en 39% de los casos; eclampsia en 21%; aborto en 10% y otras causas en 30%. La cobertura de parto institucional en 2003 fue de 57%. La probabilidad de muerte materna fue mayor en el área rural y zona del altiplano y valles interandinos altos.

SALUD DE LOS GRUPOS DE POBLACIÓN

Salud de los niños menores de 5 años

La cobertura de vacunación de niños entre 12 y 23 meses en 2003 fue de 50% en promedio. Las vacunas que lograron una cobertura por encima de 90% fueron la antituberculosa BCG, la primera dosis de DTP (difteria, tos ferina y tétanos) y la antipoliomielítica (11); la menor cobertura se dio principalmente con las terceras dosis de DTP y contra la poliomielitis, 49% y 39% respectivamente. Solo 5,9% de los niños en este grupo de edad tenían todas sus vacunas y 4,8%, ninguna.

En el mismo año, la prevalencia de Infección Respiratoria Aguda (IRA) en menores de 6 meses fue de 16,8% y de 29,8% en los de 6 a 11 meses de edad; en el primer grupo, 40,6% recibió atención en un centro o puesto de salud y 36,4% en el segundo. En cuanto a diarreas, había una prevalencia de 22% en niños menores de 5 años, pero los niños entre 6 y 23 meses de edad presentaron un promedio de 35% y los de 6 meses presentaron una prevalencia de solo 16%. La diferencia entre las áreas rural y urbana en menores de 5 años fue mínima, 24,1% y 21,1% respectivamente. En todos los casos, solo 29% recibieron tratamiento con sales de rehidratación oral y 16% usaron soluciones caseras; solo 36% recibieron atención de un proveedor o establecimiento de salud. Entre 1999 y 2002 el quintil más pobre de la población en el área rural del país no tuvo un incremento de la cobertura de la atención de casos de diarrea en establecimientos de salud (mantenida alrededor de 45%), mientras que el quintil más rico incrementó su cobertura de 30% a cerca de 90% entre 2000 y 2002.

La lactancia materna se practica durante el primer año de vida. En 2003 se encontró que 93% de los niños entre 10 y 11 meses de edad aún estaban lactando; sin embargo, la lactancia exclusiva en los 2 primeros meses de edad fue de 70% y este porcentaje disminuyó a 56% en los niños entre 2 y 3 meses de edad. Como promedio, 54% de los menores de 6 meses recibieron lactancia materna exclusiva; en consecuencia, la complementación alimentaria se inició tempranamente, 21% en los dos primeros meses y 45% entre los 4 y 5 meses.

Según un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud en 2001, el lento descenso de la mortalidad neonatal tuvo relación con prevalencias altas de enfermedades infecciosas (32%), trastornos relacionados con la prematuridad y bajo peso al nacer (30%), y trastornos respiratorios específicos y del período perinatal (22%). La mortalidad infantil se redujo de 67 a 54 por

1.000 nacidos vivos entre 1998 y 2003; este último año subió a 87 por 1.000 nacidos vivos en las madres sin escolaridad; a 72 en la población del quintil más pobre; a 73 en los municipios más pobres; a 72 en el departamento más deprimido del país (Potosí); a 67 en el área rural, y a 61 en el altiplano boliviano (11).

Salud de los niños de 5 a 9 años

La prevalencia de ascariasis en las zonas tropicales varía de 5% a 80%, con un promedio de 40% a 50%. La prevalencia de tricuriasis varía de 10% a 66%, y la de uncinariasis llega a 15% a diferencia de lo encontrado en las zonas andinas, donde los valores son muy inferiores debido a que hay mayor acceso a servicios de agua potable y alcantarillado. En La Paz, la prevalencia de oxiuriasis fue de 29%, y mayor en la periferia de la ciudad.

Salud de los adolescentes (10–14 años y 15–19 años)

La población adolescente correspondía a 22,1% del total en 2004 (49,3% mujeres y 50,7% hombres), 65% en áreas urbanas. Muchos adolescentes tienen que trabajar para ayudar económicamente a sus familias, principalmente en comercio y servicios (24,1%), servicios a los hogares (26,9%) e industria (22,9%). Más de la mitad de ellos (65%) trabajan en actividades domésticas, en las que las mujeres predominan como empleadas del hogar.

Según la Encuesta de Demografía y Salud 2003 (11), 16% de las mujeres de 15 a 19 años de edad había tenido un embarazo y 1 de cada 3 tuvo hijos antes de los 20 años. Los mayores porcentajes de embarazos en adolescentes se presentaron entre las mujeres sin educación (47%); según el lugar de residencia, los mayores porcentajes de embarazos se encontraron entre las adolescentes que residen en el área rural (22%) y en la zona del llano (21%). Del total de consultas realizadas en los servicios públicos de salud, 30% correspondieron a problemas relacionados con complicaciones del embarazo (incluido el aborto), parto y puerperio.

En cuanto a hechos de violencia, se ha estimado que en 2003 en las ciudades de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y El Alto, 7 de cada 10 adolescentes sufrieron violencia psicológica en el hogar, manifestada por reprimendas, gritos, insultos, indiferencia y la prohibición de salir de la casa. En cuanto a violencia física, en 2004 el mayor número de casos a nivel nacional se registra en La Paz (46%), Potosí (16%) y Cochabamba (12%).

Salud de los adultos (20–59 años)

La tasa global de fecundidad varió de 4 hijos por mujer en 2001 a 3,7 en 2005. La mortalidad materna disminuyó en el mismo período, de 390 a 230 por 100.000 nacidos vivos. Mientras 99% de las mujeres con educación secundaria y superior conocían los métodos modernos de anticoncepción, solo 54% de las mujeres sin escolaridad los conocía, aunque apenas 7,6% los usaban (11).

Salud de los adultos mayores (60 años y más)

En 2005, la población de 60 años y más representaba 7% de la población del país, con una tasa de crecimiento de 4,4%. Según el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, 63% se encontraban en situación de pobreza. Continuó inserta en la actividad económica 46% de esta población y solo 13% de las mujeres pasaron a la inactividad por jubilación. La tasa de aporte económico al hogar fue de 33,8% en el área urbana y de 58,4% en el área rural, diferencia debida posiblemente a la baja cobertura del sistema de pensiones y la pobreza notoria en el área rural. De la población mayor de 60 años, 47,8% era analfabeta; de esta proporción, 70% eran mujeres. De los hogares bolivianos, 18% tenía como cabeza a una persona adulta mayor (14). No se dispone de datos sobre la situación de esta población en los pueblos originarios y campesinos que viven en áreas rurales.

Salud de la familia

En 2004, poco más de 90% de la población boliviana vivía en familia. Casi 12% de las familias eran monoparentales y en 83,7% de ellas las mujeres eran jefas de hogar; este fenómeno se debió en parte a la migración del hombre cabeza de hogar para laborar temporalmente en diferentes zonas del país. También se da el caso en que ambos padres migran, dejando a los abuelos u otros parientes a cargo de la jefatura del hogar.

Salud de los trabajadores

El porcentaje de trabajadores asegurados en 2004 era 16%; 64% de la población urbana en Bolivia realiza trabajos ligados al sector informal y, por ende, se encuentra excluida del Seguro Social Obligatorio. Los trabajadores informales registraron un gasto de bolsillo en salud promedio de US\$ 20, mientras que el de los trabajadores formales fue de US\$ 25 en promedio; esta diferencia se invierte cuando se analizan los gastos catastróficos (los que constituyen más del 30% del ingreso anual disponible del hogar). Del total de hogares que tuvieron que efectuar gastos de bolsillo en salud mayor a 10%, 61% trabajaban en la economía informal y 39% en la formal.

Muchas enfermedades de origen laboral son erróneamente diagnosticadas y el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) no registra accidentes de trabajo o enfermedades profesionales, debido a que los formularios de recolección de información no incluyen estas variables.

Salud de las personas con discapacidad

Según información del Ministerio de Salud y Deportes, 10% de la población boliviana tenía algún nivel de discapacidad. Aunque no existe información clara referente a la clasificación de discapacidades, en términos generales la discapacidad física representa 3%, mental 3%, sensorial 3,5% y otras formas 0,5%.

Si bien Bolivia cuenta con una ley para las personas con discapacidad, varias razones impiden abordar el problema, entre ellos la falta de políticas sanitarias, normativas, programas de capacitación para profesionales en salud, estrategias y nuevos enfoques de prevención y rehabilitación; además, se requiere la articulación con actores sociales y comunitarios para encontrar soluciones más acordes con la realidad del país.

Salud de los grupos étnicos

De acuerdo al censo de 2001, en la población originaria había altas tasas de mortalidad infantil. En cuanto a los partos, 37% fue atendido por médico, 21% por la misma madre, 18% por otra persona y 14,7% por partera. En 2005, se estudió la cobertura de atención de parto en un establecimiento de salud por municipios según el porcentaje de mujeres monolingües nativas; la cobertura fue menor a 7% en los ocho municipios con 80% a 89% de mujeres indígenas; la cobertura fue de 10% en los 12 municipios cuya población de mujeres monolingües nativas es de 70% a 79%; en contraste, en 138 municipios del país, donde el monolingüismo nativo de las mujeres solo era de 0 a 9%, la cobertura de parto en establecimientos de salud fue de 45% (15).

Los datos del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) muestran que, entre 1999 y 2000, la cobertura de la atención del parto en establecimientos no aumentó en las mujeres embarazadas del quintil de población originaria más pobre del área rural (alrededor de 35%) (15).

CONDICIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

Enfermedades transmitidas por vectores

La información sobre **malaria** registrada por medio del SNIS para el período 2001–2005 se presenta en el cuadro 1. Cabe mencionar que en 2004 casi 50% de los casos correspondieron al departamento del Beni, especialmente los municipios de Riberalta (IPA 43 por 1.000 habitantes) y Guayaramerín (60 por 1.000 habitantes). En 2005, 55% de los casos se registraron en el Beni; este departamento y Pando tienen los mayores riesgos de malaria en el país, 37 y 43 por 1.000, respectivamente (IPA).

Se presentaron 5 casos de **fiebre amarilla** en 2001; 14 en 2002; 4 en 2003, y 11 en 2004, todos confirmados por laboratorio. En 2005 se notificaron 73 casos sospechosos, de los cuales se confirmaron 16 (13 en Cochabamba, 2 en Santa Cruz y 1 en La Paz).

La incidencia de **leishmaniasis** en 2003 fue de 24 por 100.000 habitantes, la cual se elevó a 37 en 2004. Este incremento se debió a la migración de poblaciones a zonas endémicas y a las consecuentes modificaciones en el medio ambiente. Los departamentos con mayor riesgo fueron Pando (409 por 100.000 habitantes),

CUADRO 1. Casos sospechosos y confirmados de malaria, Bolivia, 2001–2005.

Año	Casos sospechosos	Total	Casos confirmados		IPA ^a por 100.000 hab
			<i>Plasmodium vivax</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>	
2001	122.926	15.765	14.957	808	5,0
2002	137.509	14.276	13.549	727	4,3
2003	158.299	20.343	19.550	793	6,1
2004	163.307	14.910	14.210	671	4,4
2005	104.300	20.142	19.062 ^b	1.031 ^b	5,5

^aIPA calculado en base a la población de riesgo estimada en las áreas endémicas.

^b49 mixtos.

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

Beni (158 por 100.000 habitantes) y La Paz (52 por 100.000 habitantes). En 2004 se reportaron 2.800 casos, 48% en La Paz, 20% en el Beni y 9% en Pando.

En 2001 se reportaron 176 casos confirmados de **dengue**; en 2002 hubo 892 casos sospechosos y se confirmaron 278; en 2003 se notificaron 4.624 casos sospechosos; en 2004 se registraron 7.395 casos sospechosos, de los cuales 682 se confirmaron por laboratorio, y en 2005 se notificaron 4.179 casos sospechosos, 617 casos fueron confirmados por laboratorio. Dos tercios (66%) del total nacional se presentaron en los departamentos del Beni (1.959 casos) y Pando (799 casos); este último departamento tuvo el mayor riesgo acumulado (1.198 por 100.000 habitantes), seguido por el Beni (481 por 100.000 habitantes), ambos muy por encima de la tasa nacional (44 por 100.000 habitantes). En 2004 se registraron 48 casos de dengue hemorrágico y fallecieron 6 enfermos; en 2005 se confirmaron 10 casos de dengue hemorrágico, 7 en Santa Cruz de la Sierra y 3 en Cobija, y no se informaron fallecimientos por dengue en ese año.

El vector de la enfermedad de **Chagas**, *Triatoma infestans*, está presente en 7 de los 9 departamentos del país, que corresponden a 84% del territorio nacional. En 2001, con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), se extendió gradualmente la cobertura de tratamiento químico domiciliario en el área endémica y en partes de esta se completaron los dos ciclos y se intensificaron las evaluaciones entomológicas postrociado. En 2002, por problemas técnicos y administrativos, no se cumplió la programación. En 2003 se realizó un barrido completo de 670.000 viviendas. En 2004 el rociado de viviendas fue selectivo, aunque se trataron todas las viviendas positivas. En 2005 se siguieron conductas definidas para la estratificación, según la respuesta al control.

Hasta 2005, el riesgo de transmisión vectorial después de las acciones de rociado fue nulo en 70% del territorio endémico; por otro lado, ha disminuido el riesgo de transmisión por esta vía, ya que se ha incrementado el tamizaje sistemático de los donantes en bancos de sangre certificados. En 2005, las tasas de seroprevalencia en niños menores de 15 años (casi 40% de la población) variaron de 10% en zonas urbanas a 40% en zonas rurales de seis

departamentos endémicos, que constituyen casi 50% del territorio nacional. Se ha calculado que unos 700.000 niños menores de 10 años viven en el área endémica y que de ellos entre 100.000 y 140.000 estarían infectados con *Tripanosoma cruzi*.

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde 2000, ha aumentado de 6 a 11 el número vacunas que protegen a la población menor de 2 años y actualmente se aplican contra las siguientes enfermedades: poliomielitis, tuberculosis, difteria, tos ferina, tétanos, hepatitis B, enfermedades causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b (estas últimas cinco son parte de la vacuna pentavalente, introducida en 2000), sarampión, rubéola, parotiditis (vacuna triple viral, introducida en 2000) y fiebre amarilla; esta última se aplica también a las poblaciones adultas en riesgo, y la de difteria y tétanos, a las mujeres de 15 a 39 años. En 2004 se lograron coberturas de 86% para BCG; 84% para la tercera dosis contra la poliomielitis; 84% para la tercera dosis de DTP; 90% para la triple viral, y 84% para la tercera dosis contra hepatitis B en menores de 1 año.

En el quinquenio 2001–2005, la tasa de **parálisis flácida aguda** en menores de 15 años varió de 1,38 a 1,93 por 100.000. En el caso del **sarampión**, la proporción de casos sospechosos investigados antes de las 48 horas fue superior a 98% en el mismo período; desde 2001 no ha habido ningún caso confirmado y la última campaña de seguimiento contra el sarampión se realizó en 2003. La vigilancia del sarampión se integró con la de **rubéola** desde 2004. Entre 2000 y 2001 hubo un brote que afectó a 985 personas; después del brote, la incidencia de rubéola confirmada se ha ido reduciendo, con 41 casos detectados en 2003, 12 en 2004 y 8 en 2005. Desde el 2001 se han notificado en promedio tres casos anuales de **tétanos** neonatal. Los casos de **fiebre amarilla** se han reducido gracias a la estrategia de vacunación masiva en los departamentos en riesgo y al incremento en la vacunación en los municipios expulsos de migrantes; así, en el quinquenio 2001–2005, el número de casos confirmados no fue superior a 16. La tendencia de **tos ferina** es decreciente, con 68 casos notificados en todo el quinquenio 2001–2005. En el mismo período solo se detectaron 8 casos de **difteria**.

Desde 2003, Bolivia se ha incorporado a las actividades que anualmente se realizan para la Semana de Vacunación en las Américas. Desde octubre de 2005, se ha iniciado la vigilancia centinela de las **infecciones por rotavirus** en niños hospitalizados menores de 5 años, a fin de preparar el país para la introducción de la vacuna en el esquema rutinario. En diciembre de 2005, se aprobó la Ley de Vacunas, la cual permite asegurar el abastecimiento del programa y su sostenibilidad financiera, en particular para la compra de vacunas. En mayo de 2006, el país se integró al esfuerzo del continente por eliminar la rubéola y el síndrome de rubéola congénita, para lo cual se llevó a cabo una campaña nacional.

Enfermedades infecciosas intestinales

En menores de 5 años se reportaron 541.697 casos de **enfermedad diarreica aguda** (282,1 por 1.000) en 2001; 611.982 casos en 2002 (291,1 por 1.000) y 701.182 casos en 2003 (269,3 por 1.000). En 2003, 22% de los niños menores de 5 años tuvieron un episodio de diarrea en las últimas dos semanas previas a la encuesta ENDSA 2003 (11). De 2001 a 2003, 80% de los casos de diarrea aguda se produjeron en menores de 5 años (16). En el período 2001 a 2005 no se reportaron casos de **cólera**.

Enfermedades crónicas transmisibles

En 2001, el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 8.761 casos nuevos de todas las formas de **tuberculosis**. La incidencia para 2002 fue de 113 por 100.000 habitantes para todas las formas y de 80 por 100.000 habitantes para las formas pulmonares con baciloscopia positiva (BK+). En 2003 se diagnosticaron 7.718 casos pulmonares BK+ (85,5 por 100.000 habitantes), mientras que en 2004 disminuyeron los enfermos a 7.544 (81,8 por 100.000 habitantes). En 2005, del total de casos registrados de tuberculosis en todas sus formas (9.196), 7.527 enfermos fueron de la forma pulmonar BK+ (79,8 por 100.000 habitantes). Las tasas más altas de esta localización se presentaron en los departamentos de Pando (113 por 100.000 habitantes) y Santa Cruz (108 por 100.000 habitantes). En 2005 se observó que hay una búsqueda pasiva insuficiente; que hay búsqueda activa sin evaluación de impacto y sin la adecuada planificación hacia grupos humanos específicos o zonas de riesgo, y que no hay investigación de la coinfección TB/VIH.

En 2003 se notificaron 85 casos de **lepra** (con una tasa de incidencia de 0,07 por 100.000 habitantes) y 76 en 2004, 39 de los cuales eran de Santa Cruz. En 2004 se calculó que la población en riesgo era de 677.280 habitantes en todo el país. La prevalencia más alta se registraba en los departamentos de Santa Cruz (1,34 por 100.000 habitantes) y Pando (0,87 por 100.000 habitantes).

Infecciones respiratorias agudas

En 2003 se notificaron alrededor de 260.000 atenciones, mientras que en 2004 se registraron más de 2.000.000, de las cuales la

mitad eran a menores de 5 años; sin embargo, a finales del año 60% de casos correspondieron a menores de 5 años. En 2004 se registraron 224 atenciones por cada 1.000 habitantes, a nivel nacional. La enfermedad muestra un patrón estacional característico, con un incremento de casos atendidos en la temporada otoño–invierno, con una notificación promedio superior a 155 por 1.000 atenciones en el mes de julio de cada año (16).

VIH/sida y otras infecciones de transmisión sexual

En 2003, los grupos de edad más afectados fueron los comprendidos entre los 25 y 34 años (45% de las notificaciones), y entre 15 y 24 años de edad (26%). La vía de transmisión viral más frecuente siguen siendo las relaciones sexuales: 67% heterosexuales, 23% homosexuales y 10% bisexuales. La razón hombre:mujer es 2,8:1. La mitad de las 225 personas con infección por VIH registradas en el país durante 2003 ya estaban enfermas de sida, lo que significa que la detección sigue siendo tardía. La vigilancia centinela ha detectado prevalencias de VIH inferiores a 1% en gestantes y más de 5% en poblaciones con comportamientos de alto riesgo, lo que clasifica al país como de epidemia concentrada.

A partir de 2001 se incorporó el enfoque sindrómico al registro de los casos sospechosos de infecciones de transmisión sexual (ITS), pero el registro es muy deficiente, en especial para las úlceras genitales que reflejan una notificación irregular. Además, no se realizan actividades dirigidas a la eliminación de la sífilis congénita, y la detección de sífilis en el embarazo y en el recién nacido no se realiza regularmente.

De acuerdo con la información de los Centros de Vigilancia y Referencia de ITS-sida, que realizan un control y seguimiento a trabajadoras sexuales comerciales, se observó una disminución de la proporción de enfermas de **sífilis** (4,2% a 1,1%) y **gonorrea** (6,8% a 2,7%) entre los años 2001 a 2004; sin embargo, se ha incrementado el porcentaje de casos de **infecciones por clamidia**, llegando a casi 13% en 2004 en comparación con 7,8% en 2001.

Zoonosis

Dos personas fallecieron por **rabia** humana en 2003, 6 en 2004 y 11 en 2005. En cuanto a los ataques por canes, en 2004 se notificaron en el país 15.182 personas mordidas y los niños fueron los más afectados; la mayoría de los ataques fueron por perros callejeros. Cerca de la mitad de las mordeduras (45%) se presentaron en el departamento de La Paz, pero el riesgo de ataques fue más alto en Chuquisaca (286,1 por 100.000 habitantes), seguido por La Paz y Cochabamba; este último reportó 22% de los lesionados. En 2005 hubo 14.544 personas mordidas (154 lesionados por 100.000 habitantes), cifra similar a la de 2004. La alta incidencia de rabia canina que registra Bolivia se debe a la falta de un programa operativo del Ministerio de Salud y Deportes, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y los municipios, espe-

cialmente de las nueve ciudades capitales, que permita articular todos los aspectos necesarios para el control de la rabia canina. En 2004 se diagnosticaron 408 canes positivos y en 2005 la incidencia se incrementó a 897 canes positivos; de estos casos de rabia canina, 54,6% se registraron en el municipio de Santa Cruz (490 casos) y 18,5% en Cochabamba (166 casos). Como se mencionó anteriormente, Bolivia no cuenta con un programa operativo sostenible y las acciones para controlar la epidemia han sido coyunturales y limitadas a campañas masivas que no han tenido el éxito esperado; por ejemplo, en el municipio de Santa Cruz las autoridades de salud y ediles realizaron cuatro campañas masivas de vacunación, todas ellas con coberturas de 50%. Por lo tanto es fundamental que el Ministerio de Salud y Deportes, los SEDES y municipios cuenten con un programa operativo y con los recursos necesarios para lograr el control y la erradicación de la rabia en los próximos años.

Bolivia fue declarada libre de **fiebre aftosa** con vacunación por el Servicio Nacional de Sanidad Agropecuaria e Inocuidad Alimentaria (SENASAG) en 2005. Sobre la base de que no se notificaron casos de fiebre aftosa durante dos años y de que la Organización Mundial de Sanidad Animal certificó al departamento de Oruro como zona libre de esta enfermedad, se solicitó el apoyo de PANAFOSA en la capacitación de los veterinarios del SENASAG para realizar un muestreo serológico nacional para en 2006. Si los resultados de laboratorio demuestran la falta de actividad viral, Bolivia presentará su solicitud ante la OIE para ser declarado país libre de fiebre aftosa con vacunación.

De 2001 a 2005 se notificaron 122 casos de **hantavirus**, de los cuales 50 fueron confirmados por laboratorio. Hasta 2003, todos los casos fueron reportados en el departamento de Tarija. En 2004 se registraron 10 casos (0.1 por 1.000 habitantes), 6 oriundos de la ciudad de Bermejo, Tarija, y 1 de Montero, Santa Cruz, con una letalidad de 20%. En 2005, se notificaron 64 casos sospechosos y se confirmaron 18 por laboratorio.

ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Enfermedades nutricionales y del metabolismo

Más de una cuarta parte de los niños menores de 5 años en Bolivia (27%) padecían **desnutrición** crónica (baja talla para la edad), la cual afectó con mayor intensidad a los niños del área rural (37%); si se analiza esta situación de acuerdo a niveles de pobreza, 42% del quintil inferior tuvieron desnutrición crónica en comparación con 5% del quintil superior. Casi 8% de los niños menores de 5 años tenían un peso deficiente para su edad. Una de cada tres mujeres en edad fértil presentó algún grado de **anemia** y cinco de cada 10 niños presentaron algún grado de anemia, 25% anemia leve y 25% anemia moderada (11).

La actividad física en Bolivia tiene poca adherencia en la población y es menos común entre las mujeres. La práctica depor-

tiva disminuye a lo largo de la edad y las brechas entre hombres y mujeres tienden a incrementarse con la edad. Según la ENDSA 2003, en la semana previa a la entrevista, 74% de los hombres y 41% de las mujeres realizaron alguna actividad física recreativa (11). Después de los 60 años, la inactividad superaba 83% en las mujeres y alcanzaba 60% en los hombres. La práctica también tiende a ser menos frecuente entre los más pobres y entre la población con menor nivel educativo (17).

Neoplasias malignas

A pesar del subregistro, la información disponible muestra que el cáncer de cuello uterino es el más notificado (21%), seguido de los tumores del aparato digestivo (14%) y otros tumores malignos de genitales femeninos (11%).

El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte en las mujeres, especialmente en el grupo de 35 a 64 años de edad. En 2004 se estimó una incidencia de 151,4 por 100.000 mujeres; sin embargo, nuevas estimaciones en 2005 indicaron que la incidencia era de 58 por 100.000 mujeres, mayor en los departamentos de Oruro y Potosí, cuyas tasa eran 60,9 y 93,5 por 100.000 mujeres, respectivamente.

En algunas regiones, la cobertura de citologías de cuello uterino es muy baja, no llega a 7% de las mujeres entre 25 y 49 años (18). Existe una diferencia entre el número de muestras de citología de cuello uterino tomadas y el de muestras con resultados reportados. No obstante los esfuerzos del Ministerio de Salud y Deportes para atender este problema, entre los elementos más relevantes a ser encarados en el corto plazo es necesario crear estrategias dirigidas al empoderamiento de la mujer para la autonomía en el cuidado de su salud; mejorar el sistema de registro; fortalecer la destreza del personal de salud y de laboratorios, y preparar a los servicios para el tratamiento oportuno.

OTRAS ENFERMEDADES O PROBLEMAS DE SALUD

Desastres

En el período 2001–2005 Bolivia sufrió varios desastres, tanto naturales como provocados por el hombre, tales como inundaciones, deslizamientos, sequías, nevadas, vientos huracanados, sismos, granizadas, incendios forestales y conflictos sociales.

La frecuencia y gravedad de los fenómenos naturales y ocasionados por la acción del ser humano se hizo evidente en el país durante los últimos 5 años. Las inundaciones y los conflictos sociales aportaron el mayor número de muertos (198) entre 2001 y 2005, el número de familias afectadas y damnificadas fue considerable (150.530 familias) y, sumado a ello, la situación de pobreza hizo que las consecuencias para la población representaran un atraso en sus condiciones de salud y desarrollo.

Entre las inundaciones que más afectaron a la población está la de la ciudad de La Paz en 2003, producto de una intensa grani-

zada. Este hecho evidenció las debilidades del municipio para responder adecuadamente a una emergencia, así como las del sistema de salud, en el que el Hospital de Clínicas recibió 144 heridos (policontusos, con hipotermia), de los cuales 69 fueron hospitalizados, además de 69 fallecidos que colapsaron la morgue del hospital.

Otro de los hechos fue el incendio forestal en la cordillera de Sama en la ciudad de Tarija en 2002, que afectó la salud de los bomberos y voluntarios que trataban de apagarlo (aproximadamente 2.000 personas), quienes presentaron problemas conjuntivales, respiratorios y algunas quemaduras. Otros incendios forestales y el chaqueo (quema de la capa vegetal) que se realiza para habilitar tierras de cultivo afectaron a las poblaciones por el humo, que ocasionó problemas respiratorios y oculares.

Violencia y otras causas externas

La violencia en Bolivia se hizo más evidente entre 2003 y 2005. En un estudio en seis municipios del país en 2003, se registraron hechos de violencia (física, sexual y psicológica) en 55% de las mujeres casadas o unidas y en edad reproductiva cometidos por su pareja (19). De igual manera, el maltrato de menores parece ser otro problema cotidiano en el cual 1 de cada 3 niños y niñas podrían estar afectados (20).

Los conflictos sociales que se produjeron en febrero y octubre de 2003 y mayo-junio de 2005 suscitaron enfrentamientos entre la población civil, la policía y el ejército, los cuales ocasionaron más de 80 muertos y 450 heridos; por ejemplo, en 2004 se produjeron 3.907 disturbios civiles tales como marchas, huelgas, bloqueos y tumultos en todo el país (21). Durante estos sucesos todos los accesos carreteros a la ciudad de La Paz se encontraban bloqueados, lo que ocasionó escasez de alimentos de primera necesidad, falta de combustible (diesel, gasolina y gas), e imposibilidad de movilizarse por la ciudad y llegar al aeropuerto. Todo esto demostró la vulnerabilidad de la ciudad en general y principalmente del sector hospitalario.

Estimaciones del Ministerio de Salud y Deportes en 2004 señalan que se produjeron 55 accidentes de tránsito diarios (2,5 por hora), con las implicaciones sanitarias y de costo social consiguientes. En 2004 la tasa de mortalidad por accidentes fue de casi 7 por 100.000 habitantes. La imprevisión del conductor que no respeta normas de tránsito, el estado de embriaguez y el exceso de velocidad fueron las razones más frecuentes para la producción de accidentes de tránsito; solo en 2,5% hubo motivos mecánicos y en más de 90% existió alguna responsabilidad por comportamiento humano (16).

Salud mental

En un estudio realizado en La Paz en 2005, se encontró que en el segundo nivel de atención había consultas por trastornos depresivos, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas e intentos de suicidio. En la infancia, los trastornos de atención y la enuresis fueron frecuentes. Los servicios públicos de atención tie-

nen dificultad en relación a capacitación de personal, disponibilidad de normas y medicamentos, registro y vigilancia y servicios de referencia (solo 11% de los hospitales de tercer nivel de todo el país tienen servicios de salud mental o son especializados) (21).

Adicciones

Según un estudio realizado por PREID/PROINCO en el año 2000, el grupo de mayor riesgo para consumo de drogas estupefacientes estaba entre los 12 y 18 años. En 2004, la prevalencia de consumo de alcohol en un mes fue de 43%, en el año de 61% y en la vida de una persona de 68%; se estimó que 10% de todos los consumidores eran alcohólicos: por cada 10 hombres con problemas de alcohol, hay dos mujeres con el mismo problema. Este consumo parece estar incrementándose, a edades muy tempranas (22). La mayoría de los accidentes de tránsito estaban relacionados con abuso de alcohol; en 2004 se produjeron 20.075 accidentes, en los cuales 10.428 conductores estaban en estado de ebriedad (21). El consumo y abuso del alcohol son de fuerte arraigo en Bolivia y están asociados a pautas culturales. El Ministerio de Salud y Deportes y organizaciones no gubernamentales han realizado esfuerzos aislados sobre el tema.

En 2004, se encontró que la prevalencia de consumo de tabaco era de 25% en un mes, de 38% en el año y de 48% en la vida de una persona. Se estima que al menos 25% de los adultos fumó una vez o más en el mes. Los fumadores habituales (10 o más cigarrillos al día) representaron alrededor de 5% de las personas mayores de 15 años. Una encuesta de tabaquismo en jóvenes de 13 a 15 años, realizada en tres ciudades del país en 2004, mostró que la mitad o más han fumado alguna vez y estimó que alrededor de 30% eran fumadores al momento del estudio (23). En general, el hábito era más frecuente en los varones que en las mujeres.

En el país se han realizado investigaciones y diagnósticos, y se ha trabajado en estrategias de sensibilización con el Congreso de la República, lo que facilitó la promulgación de la Ley de Ratificación del Convenio Marco de Control del Tabaco en 2005. Sin embargo, quedan pendientes la aplicación de la Ley y el desarrollo de instrumentos y proyectos que promuevan la reducción tanto de la oferta como de la demanda y que se institucionalice la iniciativa sobre ambientes libre de humo de tabaco.

Contaminación ambiental

Un análisis de riesgo realizado en 2004 señala que las tasas de incidencia de intoxicación por plaguicidas eran más altas en los departamentos de Pando, con más de 200 episodios por 100.000 habitantes; Tarija con 46 episodios y La Paz con 34. Contrario a lo que se pudiera esperar, 63% de los episodios informados correspondían al área urbana (16).

Salud oral

Los datos obtenidos del colegio de odontólogos en 2003 muestran que el índice CPOD (dientes cariados, perdidos, obturados)

en menores de 12 años fue de 6,7 a expensas del componente caries. El índice CPOD para niños a los 9 años de edad fue de 6,6 y la prevalencia de caries no tratadas fue de 84,6% (84% a nivel nacional). El índice CEO (cariados, extraídos, obturados) en niños de 5 a 9 años fue de 4,75. No hay atención oral en la embarazada para prevenir infecciones.

RESPUESTA DEL SECTOR SALUD

Políticas y planes de salud

En los últimos años, Bolivia ha impulsado importantes políticas de aseguramiento público con la lógica de entrega de paquetes de prestaciones para la recuperación de la salud, especialmente de los niños y las madres; estos esquemas de aseguramiento se iniciaron a mediados de los años noventa con el Seguro Básico de Salud, y más recientemente con el desarrollo del Seguro Materno Infantil y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI). Este último esquema ha tenido como fin anular la barrera económica de acceso a la población, sobre todo en centros urbanos y rurales con disponibilidad de servicios de salud. Sin embargo, este sistema de aseguramiento no ha conseguido llegar a la población originaria, rural y dispersa, que continúa excluida de los sistemas de protección social en salud. Un estudio realizado por la UDAPE en 2005 señala que 70% de la población boliviana padece alguna forma de exclusión de los sistemas de protección social en salud.

La gestión 2006–2011 del Gobierno de Bolivia emitió el documento Bases de la Política Nacional de Salud, para la cual se identifican tres ejes estratégicos principales: i) el abordaje de la salud desde la perspectiva de los condicionantes y determinantes de la salud, con la meta de eliminar la desnutrición en los menores de 5 años; ii) el fortalecimiento del papel rector de la autoridad sanitaria nacional en el proceso autonómico y de descentralización, y iii) la participación popular en salud.

Mediante la Ley 1551 de Participación Popular, promulgada en 1994, se planteó el proceso de descentralización de los recursos de coparticipación tributaria desde el Estado hacia los municipios, con un criterio per cápita. Esta Ley también determinó la transferencia de la administración de los establecimientos educativos y de salud a los gobiernos municipales. En 1995 se decretó la Ley 1654 de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental, como un sistema unitario de la República que otorgó la transferencia y delegación de atribuciones de carácter técnico y administrativo a nivel departamental.

Con el propósito de impulsar más la descentralización política y administrativa del país, en julio de 2006, la población boliviana participó de un referendo autonómico en el que se amplió la descentralización por la vía de los Gobiernos Departamentales. Sin embargo, los municipios más pobres fueron los que tuvieron las mayores dificultades para el desarrollo local en salud, debido a su limitada capacidad de gestión y movilización de recursos.

En el año 2001, el Ministerio de Salud y Deportes evaluó las funciones esenciales de salud pública (FESP) (24) y el mejor desempeño se identificó en las funciones de participación de los ciudadanos en salud y desarrollo de políticas y capacidad de planificación; un desempeño de medio a inferior correspondió a las funciones de investigación y soluciones innovadoras, acceso equitativo a los servicios, garantía y mejoría de la calidad, y desarrollo de recursos humanos. Este diagnóstico es compatible con las dificultades de integración y extensión de cobertura del Sistema de Salud en Bolivia.

El país carece de una ley general de salud, aunque dispone de un amplio régimen sanitario que requiere ser sistematizado y actualizado en un código de salud o enmarcado en una Ley de Salud. Existen dos códigos: el de la Seguridad Social (1948), que aún regula el régimen tripartito de aseguramiento en salud, y el Código de Salud (1967), que regula los sectores público y privado; ambos han quedado descontextualizados ante la emisión de nuevas disposiciones legales como la Ley de Participación Popular (1994), la Ley del Seguro Universal Materno Infantil (2003) y otras conexas como la Ley de Sangre Segura.

Estrategias y programas de salud

La Ley 2426, vigente desde el 1 de enero de 2003, estableció la implementación del SUMI con carácter universal, integral y gratuito para otorgar prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de su gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y a niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad. Los programas de atención a la mujer y al niño, así como los de nutrición y salud sexual y reproductiva, quedaron integrados en el esquema de aseguramiento público en paquetes de prestaciones establecidos. Las prestaciones son provistas en los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de corto plazo. Aparte de ello y con la finalidad de lograr una adecuada implementación de las políticas del sector, por la resolución Ministerial No. 0018, del 15 de enero de 2003, se dispuso que el programa Extensa (destinado a incrementar la cobertura de salud en comunidades rurales de difícil acceso mediante equipos de salud itinerantes y financiado por el Banco Mundial) coordine todas sus actividades, tanto en los ámbitos técnicos como logísticos y administrativos, con los programas nacionales de salud y los proyectos del Ministerio de Salud y Deportes.

Desde hace más de una década se han implementado políticas sociales para la protección de los adultos mayores, entre ellas el Plan Nacional del Adulto Mayor, el Bono Solidario y el Seguro Médico de Vejez (1998).

Organización del sistema de salud

La estructura muestra rasgos importantes de segmentación, desarticulación, inequidad y falta de solidaridad. Está dividido en subsectores: público, seguridad social, ONG, Iglesia, privado y medicina tradicional.

Los servicios de salud no están organizados sobre una base poblacional, ya que no se evalúan las necesidades de salud de la población; los programas se determinan verticalmente desde el nivel central, sin considerar las características culturales de los grupos de población. Esta situación propicia que los problemas no se resuelvan mediante servicios de salud adecuados y de calidad.

No existen mecanismos de coordinación intersectorial, por lo que los subsectores de la seguridad social, la Iglesia y las ONG no se rigen por las normas y programas establecidos en las políticas de salud; en este sentido, sus prioridades y actividades corresponden a sus intereses institucionales, desarticulados de la función reguladora del Ministerio de Salud y Deportes. La fragmentación del sistema de salud constituye una de las mayores dificultades para el logro de una cobertura universal de los servicios de salud.

El sistema de seguros de salud cubre a 26% de la población boliviana (21% la Caja Nacional de Salud y 5% distintas cajas pequeñas) (25). Se estima que de 5% a 10% de la población usa los servicios del sector privado, por lo que 70% de la población debe ser cubierta por el sector público de salud. Sin embargo, las limitaciones de acceso al sistema permiten estimar que solo la mitad de la población correspondiente al sector público accede al mismo, por lo que de 35% a 40% de la población queda sin cobertura en el país (26). Al mismo tiempo se estima que la mitad de la población utiliza la medicina tradicional, especialmente en el área rural (1).

Servicios de salud pública

El Plan Nacional de Prevención y Control de Enfermedades no Transmisibles 2005–2009 del Ministerio de Salud y Deportes ha reconocido un conjunto de patologías prioritarias para su atención, entre ellas diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, neoplásicas y reumáticas; así como un grupo de factores de riesgo relacionados como tabaquismo, abuso de alcohol, sedentarismo, hábitos alimentarios inadecuados y sobrepeso. Si bien el abordaje de las enfermedades no transmisibles es incipiente, en el bienio 2003–2004 se dieron pasos para mejorar los diagnósticos, elaborar el primer plan nacional para responder al problema desde la atención primaria de salud, e integrarse a la Iniciativa para la Prevención Integrada de las Enfermedades No Transmisibles en las Américas (CARMEN).

Al mismo tiempo, se ha promovido la mejora del sistema de vigilancia y control epidemiológico de las enfermedades transmisibles. En este contexto, los programas de salud han mantenido su verticalidad tanto en los ámbitos de prevención como de curación; sin embargo, los procesos de monitoreo y evaluación no se han llevado a cabo en la mayoría de los departamentos, o se han realizado de manera discontinua. El sistema se operacionalizó usando la estrategia del Escudo Epidemiológico, que consistió en priorizar las acciones enfocadas en malaria, Chagas, tuberculosis, fiebre amarilla y leishmaniasis; para ello, el grupo de medicina fa-

miliar promueve y garantiza que se lleven a cabo las actividades de control vectorial, y el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas se complementa mediante el Seguro Básico.

El Programa Nacional de Sangre fue creado oficialmente en 2002. La tasa anual de donantes es muy baja (menos de 20 por 1.000 habitantes). A pesar de ello hubo un incremento de la donación de sangre: en 2003 se obtuvieron 5.498 donaciones voluntarias en los bancos departamentales—que representaron 29,4% de las 18.317 unidades extraídas— y en 2004 los mismos bancos obtuvieron 7.818 donaciones voluntarias—34,6% de las 22.581 unidades extraídas. Hasta 2004 no se había logrado eliminar la donación de sangre remunerada. En los bancos de sangre se realiza el tamizaje para VIH y en 2002 se realizaron 33.204 pruebas serológicas en 24 servicios de hemoterapia en el país, de las que 30 fueron positivas a VIH (0,09%).

En 2003 se creó la Red Nacional de Laboratorios en Salud bajo la responsabilidad, control y fiscalización técnica de la Dirección del Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA).

La calidad del agua de los ríos es deficiente, en gran medida sin tratamiento y no apta para consumo humano. La contaminación se da principalmente por las actividades industrial, minera y agrícola con plaguicidas y nutrientes, así como por el uso doméstico del agua. En las cuencas de los ríos amazónicos, hay poblaciones en riesgo de intoxicación por exposición a metales pesados como el mercurio, producto de la extracción de oro de los ríos.

Los desastres que ocurrieron en los últimos cinco años hicieron que el Gobierno, a nivel nacional, departamental y municipal, mostrara mayor interés en la prevención y manejo de desastres, con lo que se logró que algunos municipios y prefecturas organicen sus Centros de Operaciones de Emergencias. Además, el país inició un proceso de mejoría en sus niveles de preparación y respuesta a desastres desde 2003, a partir del nivel central y se extendió a las regiones mediante el desarrollo de normatividad y capacitación. Asimismo, el Ministerio de Salud y Deportes incluyó en su estructura organizativa un área para la prevención y atención de los desastres, que durante estos últimos años fue dando respuesta a los diferentes eventos que ocurrieron en el país, en coordinación con los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). También comenzó a implementar los equipos de respuesta inmediata de salud en los SEDES, los cuales están recibiendo capacitación en evaluación de daños y análisis de necesidades en salud (EDAN Salud), SUMA (Sistema de Manejo de Suministros Humanitarios), LSS (Logistical Support System), gestión de riesgos y otros temas relacionados.

En 2004, el Viceministerio de Defensa Civil inició el proceso de elaboración del Manual del Centro de Operaciones de Emergencia Nacional, en el que el sector salud tuvo un papel importante; en el manual se definieron las funciones de todos los integrantes del sector, y la coordinación con el resto de las comisiones. Se espera que sea un instrumento que permita el manejo eficaz de los eventos adversos. En 2005 se inició el diseño de un plan nacional

del sector salud para emergencias y desastres, el cual se encuentra en revisión.

Servicios de atención a las personas

Los servicios de salud están organizados en redes, que comprenden cuatro niveles de gestión (nacional, departamental, municipal y local o del establecimiento de salud) y tres niveles de atención. Existe una concentración de servicios de salud en las áreas urbanas (puestos, centros y hospitales). A pesar de ello, hay fallas en la atención, la calidad, la calidez y el acceso de grupos excluidos, como los adultos mayores, los niños que trabajan o viven en la calle, los indigentes y otros grupos vulnerables. En la zona periurbana hay un déficit de servicios de salud; no hay hospitales ni centros de salud, solo un limitado número de puestos de salud. A pesar de que hay una infraestructura, no se cuenta con suficientes insumos para atender la demanda de la población, aunque esta es baja. Los adultos mayores, por ejemplo, deben soportar largas esperas para ser atendidos, así como la falta de medicamentos esenciales para sus problemas de salud. En las áreas periurbanas, adicionalmente a los problemas anteriores, se destaca la falta de personal para brindar la atención. En la mayoría de las áreas rurales se carece de médicos para realizar las actividades de salud, por lo que esta tarea recae en los auxiliares de enfermería.

En 2004 había 1,29 médicos y 14 camas por cada 1.000 habitantes. Ese mismo año se registraron 3.021 establecimientos en el sistema de salud, 77,6% pertenecientes al sector público, 10,7% a la seguridad social, 5,5% a ONG, 3,2% a la Iglesia, y 3% al sector privado. Del conjunto de establecimientos, 90% correspondían al primer nivel de atención, 6,6% al segundo nivel y 3,4% al tercer nivel de atención (cuadro 2). Los establecimientos de atención ambulatoria del sistema público, o de primer nivel, deberían estar conformados por un médico general (médico familiar en el sistema de seguridad social), una enfermera y auxiliares de enfermería; sin embargo, este equipo no se encuentra en todos los establecimientos por escasez de puestos. Cuando los problemas de salud de la población demandan una atención especializada, los usuarios deben recurrir a los hospitales generales en los que se brinda atención ambulatoria y de hospitalización en cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía, ginecología-

obstetricia y pediatría, atención que los usuarios deben pagar si las prestaciones no están incorporadas en el SUMI.

Promoción de la salud

En el período 2001–2005 hubo un importante desarrollo del enfoque de municipio productivo y saludable. Esfuerzos realizados en municipios de la zona altoandina como Chacaltaya y Curahuara de Carangas han logrado la aplicación instrumental del concepto impulsado por los alcaldes. En el Chaco boliviano (Chaco sudamericano) se han promovido escuelas y espacios saludables en el contexto de un enfoque intercultural en salud. De la misma manera, en las principales ciudades, las alcaldías (municipios) han asumido la estrategia de ambientes saludables.

El Viceministerio de Deportes, que depende del Ministerio de Salud y Deportes, ha realizado diversas acciones para promover la práctica de la actividad física, tales como su incorporación en el plan de estudios de educación primaria, actividades con diferentes grupos de edad, incorporación del tema en la ENDSA 2003 y capacitación de promotores para la celebración del Día Mundial del Desafío, competencia que se lleva a cabo en todo el mundo para la concientización sobre la importancia de una vida activa y saludable.

La estrategia de escuelas, mercados y ambientes saludables solo ha sido posible con la participación de la sociedad civil y, sobre todo, de las autoridades de los gobiernos municipales; sin embargo, aún no se han evaluado estos procesos. Asimismo, es necesaria la formulación, implementación y seguimiento de políticas públicas, la articulación de múltiples actores sociales, así como la capacitación y el fortalecimiento de recursos humanos a fin de incorporar el tema dentro de la agenda sanitaria.

Recursos humanos

En 2002, de un total de 45.189 personas que laboraban en salud, 35,2% pertenecían al sector público; 34,9% al sector privado; 27,5% a la seguridad social y 2,4% a las ONG. Del total, 24,1% eran médicos, 10,5% enfermeras y 22,2% auxiliares de enfermería.

En el sector público había 14.538 personas, de las cuales 34,8% eran profesionales, 5,7% técnicos en salud, 30,6% auxilia-

CUADRO 2. Establecimientos de salud por institución y nivel de atención, Bolivia, 2004.

	I nivel	II nivel	III nivel	Total
Sector público	2.210	116	19	2.345
Seguridad social	218	36	70	324
ONG	156	5	4	165
Iglesia	81	16	1	98
Sector privado	56	25	8	89
Total	2.721	198	102	3.021

res, 12% administrativos y 16 % de servicios varios. De todo este personal, La Paz y Santa Cruz concentraban la mayor parte del mismo, 24,6% y 21,2% respectivamente, mientras Pando y Oruro tenían la menor proporción, 2,9% y 5,2% respectivamente.

En el sector de la seguridad social había 13.138 personas, de las cuales 41,2% eran profesionales de medicina y enfermería, 3,6% técnicos en salud, 17,7% auxiliares de salud, 22,2% administrativos y 15,3% de servicios varios. La mayor parte de este personal se encontraba distribuido en La Paz (38,8%), Santa Cruz (19%) y Cochabamba (12,6%).

En general, el III nivel de atención concentraba la mayor parte del personal de medicina (43,7%) y enfermería (49,9%); en cambio, 56,1% de los auxiliares de enfermería se encuentran en el I nivel. La seguridad social tenía una tasa de 14 médicos, 1,7 odontólogos, 6 licenciados en enfermería y 11 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes; en el sector público, las tasas por 10.000 habitantes eran 3,2 médicos, 0,4 odontólogos, 1,6 licenciados en enfermería, y 4,7 auxiliares de enfermería (27).

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

Suministros de salud

Un estudio de precios de medicamentos de 2005 describe una diferencia promedio 21 veces mayor entre los productos de marca y sus equivalentes genéricos, y 65 veces mayor para los medicamentos de marca innovadores. Al comparar el costo de tratamiento con medicamentos de marca y genéricos también se observó una gran diferencia. Por ejemplo, el tratamiento de una infección respiratoria cuesta 5 veces más con medicamentos de marca (US\$ 7, que equivalen a 3,8 días de salario mínimo nacional) que con medicamentos genéricos (US\$ 1,25, que equivale a 0,72 días de salario mínimo nacional).

En su mayoría, el precio del mismo medicamento genérico fue más económico en el sector público que en el privado con fines de lucro; sin embargo, la baja disponibilidad de los medicamentos en el sector público restringe el acceso a los mismos y obliga a los pacientes a utilizar el sector privado.

Investigación y desarrollo tecnológico en salud

La política nacional de ciencia y tecnología es regulada por el Ministerio de la Presidencia de la República. En 2005, el Ministerio de Salud y Deportes promovió la organización de una “Mesa de Investigación” que convocó a todos los actores del ámbito de la salud pública que realizan actividades en el campo de la investigación en salud. El objetivo principal de la mesa fue el fortalecimiento del Ministerio de Salud y Deportes en el desarrollo de políticas de investigación en salud pública y de la capacidad reguladora de la autoridad nacional.

En enero de 2005 se emitió la Resolución Ministerial que legitimó la creación de la Biblioteca Virtual en Salud Pública y Temáticas de Bolivia, y se invitó a instituciones académicas, ONG, asociaciones e instituciones varias a sumarse a este desarrollo virtual. Esta Biblioteca se desarrolló de acuerdo al modelo establecido por BIREME, pero se adaptó al contexto y necesidades de los centros cooperantes. Las metodologías adoptadas permitieron: a) la integración y complementación de la tecnología y los contenidos, b) la actualización descentralizada y controlada de los módulos de información, c) la seguridad en los procesos de registro y validación de los contenidos, y d) la identificación plena de las fuentes.

Un análisis de los trabajos científicos y técnicos registrados en las bases LILACS y REPIDISCA reveló que en 2001 y 2002 la producción boliviana alcanzó 300 publicaciones anuales en promedio.

Gasto y financiamiento sectorial

Los recursos destinados al sector público tienen las siguientes fuentes de financiamiento: Tesoro General de la Nación, recursos propios, crédito externo y donaciones; las del sector privado son las empresas e instituciones, así como fuentes externas representadas por agencias internacionales y cooperación de otros países.

A pesar de todas las fuentes mencionadas, una gran parte del financiamiento del sector proviene de los gastos de bolsillo, cuyo promedio se estimó en US\$ 14 mensuales en 2002; sin embargo, en un extremo hubo hogares que declararon un gasto anual de aproximadamente US\$ 5.102. El gasto de bolsillo promedio fue de US\$ 9 para una persona que vive en pobreza extrema; de US\$ 12 para quien vive en pobreza moderada y de US\$ 19 para quienes no están en situación de pobreza. El gasto de bolsillo representó 6% del gasto total del hogar en los quintiles medios de la distribución del ingreso, mientras que el quintil más rico mostró solo 5,2% de gasto de bolsillo.

La seguridad social fue el sector que gastó la mayor cantidad de recursos del sistema (35%, equivalente a US\$ 151,6 millones), a pesar de que su cobertura solo es de 27% de la población y de que la afiliación efectiva es menor a 20%. El sector público es el segundo agente que gasta la mayor cantidad de recursos (30%, equivalente a US\$ 130 millones) y es responsable de financiar programas de aseguramiento público y programas nacionales preventivos. El gasto de bolsillo (hogares) fue de US\$ 123,4 millones y el sector privado (ONG, Iglesia y seguros privados) gastó US\$ 32,5 millones.

A nivel global, 34% de los hogares no precisó recurrir a gastos de bolsillo para atender su salud, 53% reportó un nivel de gasto menor a 10% y 13% tuvieron que gastar más de 10% de su gasto total (gasto catastrófico). De estos últimos, 63% residían en el área urbana y 37% en la rural, lo que coincide con la mayor capacidad de generar ingresos y, por lo tanto, cubrir los gastos eventuales.

SUMI: atención gratuita e integral a mujeres embarazadas y niños menores de 5 años

La mortalidad materna disminuyó de 390 por 1.000 nacidos vivos (nv) en 2001 a 230 por 100.000 nv en 2005; también la mortalidad de menores de 5 años se redujo en el mismo período, de 77,6 a 65,3 por 1.000 nv (la infantil fue de 78 por 1.000 nv en 2001 y de 54 por 1.000 nv en 2005). Sin embargo, con el propósito de disminuir de manera sostenible la morbilidad y la mortalidad materna e infantil, en enero de 2003 entró en vigor el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), de carácter universal, integral y gratuito. El SUMI otorga prestaciones de salud a mujeres embarazadas, desde el inicio de su gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y a niños desde su nacimiento hasta los 5 años de edad, incluso operaciones quirúrgicas, pruebas diagnósticas y medicamentos. Los programas de atención a la mujer y al niño, así como los de nutrición y salud sexual y reproductiva, quedaron integrados en el esquema de aseguramiento público en paquetes de prestaciones establecidos. Estas prestaciones se otorgan con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud en los tres niveles de atención del Sistema Público y Seguro Social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos bajo convenio. En 2004, el SUMI brindó atención en los 314 municipios del país y 2.259 establecimientos de salud del sector público, seguro social de corto plazo, y en aquellos privados con o sin fines de lucro adscritos por convenio, en zonas rurales y urbanas, en todos los niveles de atención de acuerdo a su capacidad resolutoria y tecnología disponible.

Cooperación técnica y financiera en salud

De 2001 a 2003, los créditos y las donaciones al presupuesto del Ministerio de Salud y Deportes representaron 76% del total del presupuesto y 24% correspondió al Tesoro General de la Nación. Durante el período 2001–2002, el aporte financiero de la cooperación externa fue de 97.097.934 bolivianos, de los cuales 29% correspondieron a donaciones y 71% a créditos concesionales. En 2003 se incrementó a 101.857.165 bolivianos, de los que 19% fueron donaciones y 81% créditos.

Los recursos financieros de donación y transferencia de crédito externo se ejecutaron en mayor proporción en la partida de servicios no personales, que implica los gastos para atender los pagos por el uso de bienes muebles e inmuebles de terceros, así como para su mantenimiento y reparación, e incluye servicios profesionales y comerciales. Del total de recursos ejecutados de 2001 a 2003, 53,2% se fue a servicios no personales; 21,8% a activos reales; 21,6% a materiales y suministros; 3% a servicios personales, y 0,4% a impuestos, tasas y regalías.

El monto total desembolsado por concepto de cooperación (que incluye donaciones y créditos) entre 1998 y 2002 alcanza 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 gastó 6% del total de recursos desembolsados por la cooperación internacional (US\$ 163 millones) en el período analizado, siendo el sector con menor desembolso relativo dentro del área social.

Desde 1999 Bolivia cuenta con una política nacional de cooperación y relaciones internacionales, conocida como el Nuevo

Marco de Relacionamiento (NMR). Esta política fue propuesta durante las reuniones del Grupo Consultivo que se realizan en París con el objetivo de “convocar el apoyo internacional en la reducción de los niveles de pobreza” (28); por medio de ella Bolivia logró mantener y estructurar una política de Estado que reguló sus relaciones de cooperación internacional, la cual se fue construyendo y se retomó y actualizó en 2005.

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

- El Marco de las Naciones Unidas para la Asistencia al Desarrollo (29) y la Evaluación Común de País (Common Country Assessment, CCA) proporcionan el marco de planificación del Sistema de las Naciones Unidas 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 en el contexto del Marco de Desarrollo con el País (Country Development Framework, CDF) ha definido una propuesta para mejorar la eficiencia de la participación de la comunidad internacional en acciones para el desarrollo. Este marco tiene como objetivo el enfoque por

resultados en el alivio de la pobreza (30) a través de la inclusión de consideraciones macroeconómicas y estructurales dentro de una estrategia integral.

- La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (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.

Referencias

1. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Censo nacional de población y vivienda 2001. La Paz: INE; 2002.
2. Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Informe económico y social 2005 y Perspectivas. La Paz: UDAPE; 2006. Disponible en: <http://www.udape.gov.bo>. Acceso el 9 de septiembre de 2006.
3. Bolivia, Ministerio de Hacienda. Estrategia de desarrollo nacional [borrador]. La Paz; 2004.
4. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Panorama social de América Latina 2006. CEPAL; 2006.
5. Bolivia, 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: UDAPE; 2003.
6. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística; Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales; Naciones Unidas. Progreso de los objetivos de desarrollo del milenio. Bolivia 2002. La Paz: INE; UDAPE; 2003.
7. Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Estrategia boliviana para la reducción de la pobreza 2004–2007: propuesta para la concertación. La Paz: UDAPE; 2003.
8. Bolivia, Ministerio de Educación y Cultura. Sistema de información 2003. La Paz; 2003.
9. Molina GG. Programa de mejoramiento de las encuestas y medición de condiciones de vida 2002. La Paz: UDAPE; 2004.
10. Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Políticas de seguridad alimentaria en los países de la Comunidad Andina. Santiago, Chile: FAO; 2005.
11. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Encuesta nacional de demografía y salud 2003. La Paz: INE; 2004.
12. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Prefectura de La Paz. Sistema de salud con enfoque de género, guía para el desarrollo de modelo de intervención. La Paz: MSD; OPS/OMS; 2004.
13. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Enfermedades No Transmisibles. Prevención y control de enfermedades no transmisibles en la atención primaria de salud: plan nacional 2005–2009. La Paz: OPS/OMS; 2004.
14. Bolivia, Ministerio de Desarrollo Sostenible, Viceministerio de la Niñez, Juventud y Tercera Edad. Programa de atención integral para la promoción del envejecimiento activo y de los derechos de las personas de la tercera edad. La Paz: OPS/OMS; 2005.
15. Calvo A. Equidad en salud, Bolivia. Desigualdad en la población monolingüe nativa, mediciones básicas. Salud Pública Boliviana. 2005;45(58):25–40.
16. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Dirección de Planificación y Cooperación Externa, Sistema Nacional de Información y Vigilancia Epidemiológica. Análisis de situación de salud Bolivia 2004. La Paz; 2006.
17. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Viceministerio de Deportes; Instituto Boliviano del Deporte, la Educación Física y la Recreación. Lineamientos para la implementación de políticas de la actividad física. La Paz: OPS/OMS; 2005.
18. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Plan nacional de control de cáncer de cuello uterino 2004–2008. La Paz: OPS/OMS; 2004.
19. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; Universidad Mayor de San Andrés, Facultad de Medicina. Estudio de prevalencia violencia doméstica e intrafamiliar en 6 municipios: Mizque, Viacha, Riberalta, La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. La Paz: MSD; UMSA; OPS/OMS; 2003.
20. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Dirección General de Salud, Programa Nacional de Género y Salud. Prevención y atención de violencias: plan nacional 2004–2007. La Paz: OPS/OMS; 2004.
21. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Estadísticas sobre delitos. La Paz: INE; 2004.
22. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Salud mental, modelo de abordaje para redes de servicios de salud. La Paz: OPS/OMS; 2005.
23. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Servicio Departamental de Salud. Atención primaria de los trastornos de salud mental, guía para servicios públicos de salud. La Paz: MSD/SEDES; 2005.
24. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Informe del Ejercicio de medición de las funciones esenciales de salud pública. La Paz: OPS/OMS; 2002.
25. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Seguros de Salud. Anuario Estadístico 2002. La Paz: MSP/INASES; 2002.
26. Organización Panamericana de la Salud. Análisis de situación de salud 2003–2004. Washington: OPS/OMS; 2004.

27. Bolivia, Ministerio de Salud y Previsión Social; Universidad Mayor de San Andrés; Instituto de Investigaciones en Salud y Desarrollo. Estudio de mercado de la fuerza laboral del sector salud. La Paz: MSPS; UMSA; IINSAD; OPS/OMS; 2002.
28. Bolivia, Organización Panamericana de la Salud. Alianzas estratégicas para implementar la estrategia de cooperación centrada en el país. Bolivia: versión preliminar. La Paz: OPS/OMS; 2003.
29. Naciones Unidas. La experiencia de la coordinación interagencial en Bolivia: evolución y perspectivas. La Paz: NNUU; 2003.
30. Bolivia, Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo de Bolivia. Nuevo marco de relacionamiento Gobierno Cooperación Internacional. La Paz. Disponible en: <http://www.vipfe.gov.bo/dgfe/nuevomarco/index.html>. Acceso el 9 de septiembre de 2006.