



Estado Plurinacional de Bolivia
Ministerio de Salud y Deportes

Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020

"Hacia la Salud Universal"

Unidad de Planificación
Diciembre 2009

Índice de Contenido

Presentación	6
Introducción.....	7
Resumen Ejecutivo	8
Capítulo I. Marco Conceptual.....	9
1.1. La salud con el enfoque neoliberal colonial	9
1.2. El Sistema Colonial en salud.....	9
1.3. Concepto de salud y el enfoque de las determinantes de la salud.....	10
1.4. El Vivir Bien para el sector salud	11
1.5. La armonía y la realización humana como interrelación comunitaria	13
1.6. La interculturalidad en salud	13
1.7. La salud en la Constitución Política del Estado Plurinacional	14
1.8. El rol del sector salud en el Plan nacional de Desarrollo	16
Capítulo II. Estado de Situación.....	20
2.1. Un poco de historia	20
2.1.1. Reforma de Salud.....	21
2.2.2. Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010.....	21
2.2. Análisis de actores que conforman el sector salud	23
2.2.1. Actores Públicos	24
2.2.2. Actores Directos	26
2.2.3. Actores de apoyo	26
2.3. Análisis de la Situación en Salud.....	29
2.3.1. Salud por Grupos de Población.....	29
2.3.2. Principales enfermedades y problemas de salud	34
2.3.3. Determinantes de la salud	41
2.3.4. Exclusión en salud y barreras al acceso	45
2.4. Contexto internacional.....	49
2.4.1. República Socialista de Cuba	50
2.4.2. República Federativa del Brasil.....	51

2.4.3. República Bolivariana de Venezuela	52
2.5. Problemática en el sector	52
2.6. Potencialidades del sector	53
2.7. Enfoques transversales en el sector	54
2.7.1. Una mirada de género en el desenvolvimiento del sector	54
2.7.2. Enfoque transversal de equidad.....	55
2.7.3. Enfoque transversal de innovación.....	55
2.7.4. Enfoque transversal de medio ambiente y riesgos.....	56
2.7.5. Diagnostico del sector en relación al enfoque de territorialidad.....	57
2.8. Balance del Estado de Situación Sectorial	61
Capítulo III. Propuesta de Desarrollo	63
3.1. Mandato Político y Social del Sector Salud.....	63
3.2. Visión del Sector Salud	63
3.3. Objetivos Generales del PSD	63
3.4. Principios del sector.....	65
3.5. Ejes de Desarrollo	66
3.5.1. Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural.....	67
3.5.2. Promoción de la salud en el marco de la SAFCI	67
3.5.3. Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI	68
3.6. Programas y Proyectos	69
3.6.1. Acceso universal al Sistema único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.....	69
3.6.2. Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI	74
3.6.3. Soberanía y rectoría sobre el Sistema único SAFCI	79
Capítulo IV. Presupuesto plurianual y Estrategia de Financiamiento	82
4.1. Presupuesto plurianual del PSD.....	82
4.1.1. Presupuesto del MSyD y programas Nacionales 2007-2009	82
4.1.2. Presupuesto plurianual 2010-2020 del MSyD y programas Nacionales.....	82
4.2. Fuentes de financiamiento del Sector	85
4.2.1. Fuentes de financiamiento del sub-sector público	85
4.2.2. Fuentes de financiamiento del sub-sector de la Seguridad Social	85
4.2.3. Fuentes de financiamiento del sub-sector privado.....	85

Capítulo V. Estrategia de implementación	86
Capítulo VI. Seguimiento y Evaluación	92
6.1. Desarrollo del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación	92
6.1.1. Definición de términos	92
6.1.2. Criterios de evaluación.....	93
6.1.3. Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación	93
6.2. Sistema de indicadores.....	94
Anexos	96

Índice de ilustraciones

Ilustración 1 Esquema del Plan Sectorial de Desarrollo	22
Ilustración 2 Diagrama de los 3 Ejes de Desarrollo	66
Ilustración 3 Árbol de problemas 1	96
Ilustración 4 Árbol de problemas 2.....	97
Ilustración 5 Árbol de problemas 3.....	98

Índice de tablas

Tabla 1 Aporte del Sector Salud a las dimensiones del Vivir Bien.....	12
Tabla 2 rol del Sector Salud en el marco de los pilares del PND.....	17
Tabla 3 Actores Públicos que conforman al Sector Salud	24
Tabla 4 Actores directos del Sector Salud	27
Tabla 5 Actores de apoyo del Sector Salud.....	27
Tabla 6 Municipios con ISM muy bajo (<0.300).....	33
Tabla 7 Municipios con ISM alto (>0.700).....	34
Tabla 8 Número de defunciones anuales por causa en Bolivia (2002)	34
Tabla 9 Años de vida en buena salud perdidas por causa en Bolivia (2002)	35
Tabla 10 Distribución de municipios y población según magnitud de pobreza. 2001.....	44

Tabla 11 tasa de mortalidad infantil en Bolivia con relación a determinantes de salud	44
Tabla 12 Distribución del Riesgo de Exclusión, según Área Geográfica y Región	46
Tabla 13 Objetivos generales del PSD 2010-2020.....	64
Tabla 14 Eje de Desarrollo 1.....	67
Tabla 15 Eje de Desarrollo 2.....	68
Tabla 16 Eje de Desarrollo 3.....	68
Tabla 17 Objetivos, Indicadores y Metas del Eje 1 y Programa 1.....	69
Tabla 18 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.1	70
Tabla 19 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.2	71
Tabla 20 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.3	71
Tabla 21 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.4	72
Tabla 22 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.5	73
Tabla 23 Objetivos, Indicadores y Metas del Eje 2 y Programa 2.....	74
Tabla 24 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.1	75
Tabla 25 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.2	75
Tabla 26 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.3	76
Tabla 27 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.4	77
Tabla 28 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.5	77
Tabla 29 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.6	77
Tabla 30 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.7	78
Tabla 31 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.8	78
Tabla 32 Objetivos, Indicadores y Metas del Eje 3 y Programa 3.....	79
Tabla 33 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.1	80
Tabla 34 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.2	80
Tabla 35 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.3	81
Tabla 36 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.4	81
Tabla 37 Presupuesto del MSyD 2007-2009 en el marco del PSD	82
Tabla 38 Presupuesto plurianual del MSyD 2010-2020	84
Tabla 39 Estrategia de implementación del PSD	87
Tabla 40 Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación	94
Tabla 41 Formato de recopilación de indicadores	95

Presentación

El presente documento, denominado Plan de Desarrollo Sectorial “Hacia la Salud Universal”, contiene la propuesta de cambio del Sector Salud en concordancia con los postulados y objetivos del Plan Nacional de Desarrollo.

Este Plan establece los lineamientos políticos, estratégicos y programáticos que guiarán el quehacer sanitario en el sistema de salud, durante el periodo 2010-2020, en el marco del nuevo modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Cabe señalar que este documento es fruto de una construcción colectiva liderizada por el Ministerio de Salud y Deportes y que su orientación ha sido dada por las reivindicaciones expresadas en las movilizaciones sociales que tuvieron lugar en los años 2003 y 2005, mediante las cuales se exigió el cambio del modelo colonizador y neoliberal vigente, para sustituirlo por un sistema que atienda efectivamente la demanda de la población, bajo el paradigma de Vivir Bien.

En el entendido que la salud es parte fundamental de una adecuada reproducción social, el Ministerio de Salud y Deportes asumió el reto de generar un Plan de Desarrollo Sectorial que identifique políticas, estrategias, programas y proyectos cuya aplicación permita mejorar significativamente las condiciones de vida y salud de la población.

Considero que el Plan de Desarrollo Sectorial *Hacia la Salud Universal*, se constituirá en el documento de referencia fundamental para el diseño y la aplicación de nuestra propuesta de cambio en el ámbito de la salud en una proyección al 2020, para beneficio de todos los Bolivianas y Bolivianos.

Dr. Ramiro Tapia Sainz
Ministro de Salud y Deportes

Introducción

En todas las sociedades se evidencia que la mayor incidencia y prevalencia de enfermedades está correlacionada directamente con el mayor nivel de pobreza. Estas diferencias en salud, que se constituyen en una gran injusticia social, han mostrado la necesidad de que las políticas de salud consideren estrategias integrales de intervención, considerando los factores económicos y sociales, y no solamente perfiles epidemiológicos.

Durante el periodo neoliberal, se consideraba que la política en materia de salud consistía en la provisión de atención médica y su financiación, es decir en la asistencia a las manifestaciones de la enfermedad. A partir del proceso de cambio, surgen nuevos paradigmas bajo los conceptos de integralidad, que incluyen a los determinantes de salud, como factores que gobiernan el bienestar o malestar de la salud de la población, y que pueden ejercer una mayor influencia sobre sus niveles de salud en general.

En el marco de referencia señalado, y en estrecha relación con el Plan Nacional de Desarrollo, se han construido los lineamientos fundamentales del enfoque en salud que se plasman en este documento, y que está compuesto por seis capítulos que recogen tanto aspectos históricos como de la situación de salud actual y la propuesta de cambio para el sector salud.

El método de trabajo utilizado para la construcción del Plan Sectorial de Desarrollo ha sido participativo, y contempló tanto a autoridades del Ministerio de Salud y Deportes, como a directores y planificadores de los nueve Servicios Departamentales de Salud del país, a jefes de unidades y programas del MSD, así como a representantes de otros sectores y de la sociedad civil.

Viceministro de Salud

Resumen Ejecutivo

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 “Hacia la Salud Universal” realiza un abordaje desde los amplios lineamientos planteados en la Constitución Política del Estado Plurinacional y en el Plan Nacional de Desarrollo, resumiendo los objetivos y las estrategias que regirán el sector salud hasta el 2020.

El sector salud se desarrolla dentro del paradigma de la “Bolivia Digna” establecida en el Plan Nacional de Desarrollo, que busca esencialmente erradicar la pobreza y la exclusión social; plantea el desarrollo de un patrón equitativo de redistribución del ingreso, de la riqueza y de las oportunidades, permitiendo el ejercicio pleno de la dignidad y los derechos de las personas y grupos sociales, implementando Programas de desarrollo para reducir drásticamente las situaciones de riesgo.

El Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 plantea tres ejes estratégicos: acceso universal al Sistema Único de Salud, Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI y recuperación de la soberanía sanitaria (rectoría); estos tres ejes conforman la guía que orientan las acciones en el Sector Salud, incluyendo sus respectivos programas y proyectos sectoriales, todos ellos orientados a la mejora del estado de salud de las Bolivianas y Bolivianos y a la eliminación de la exclusión social en salud.

La propuesta de cambio del sector, fundamenta sus acciones en la nueva visión de desarrollo en acuerdo con las características multiétnicas y pluriculturales de nuestro país, en el que se propone una alternativa de solución a los problemas de pobreza, desnutrición, exclusión social, inaccesibilidad a los servicios de salud, a través de la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).

Las estrategias del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural son la universalización del acceso al Sistema de Salud Único, Intercultural y Comunitario; la recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas; la recuperación de la cultura de salud integral y de calidad de vida, cuya estrategia de operativización es la promoción de la salud, proceso que busca la participación de los actores sociales, para que tomen decisiones en cuanto a sus problemáticas y asuman actitudes-conductas de protección de su salud, basados en los principios "solidaridad" y "reciprocidad", con un enfoque intercultural que complemente los sistemas de salud y revalorice la medicina tradicional en sus conocimientos y prácticas.

Capítulo I. Marco Conceptual

1.1. La salud con el enfoque neoliberal colonial

La salud de la población boliviana está determinada por la condición de país de capitalismo periférico, atrasado y dependiente de países industrializados con capitalismo desarrollado. Esta situación posibilitó el saqueo de nuestras riquezas naturales, una elevada deuda externa y un patrón de desarrollo económico colonial, de exclusión social y de gran inequidad en la distribución del ingreso nacional.

En Bolivia, las características neoliberales del modelo económico adoptado explícitamente desde 1985, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de la mayor parte de la población, incrementando la desigualdad y la exclusión. La depresión salarial, el incremento del desempleo, la flexibilización laboral y el replanteamiento de las políticas sociales han sido hechos centrales, influyentes y determinantes que a nivel de las grandes mayorías acentuaron las inequidades en la conformación de perfiles epidemiológicos, diferenciados por grupos sociales, caracterizados por enfermedades de la pobreza y por elevados indicadores de morbi-mortalidad general y particularmente materno – infantil.

En respuesta a los problemas anteriormente señalados, el Gobierno Nacional del Presidente Evo Morales, ha priorizado saldar la deuda social y sanitaria acumulada desde la colonia, y revertir el proceso de desarrollo neoliberal de los últimos 20 años, a través del Plan General de Desarrollo Económico Social 2006-2010 “PARA VIVIR BIEN”, que se fundamenta en un nuevo modelo de desarrollo acorde con las características del país.

1.2. El Sistema Colonial en salud

El sistema colonial impuesto por la corona española ha generado exclusión social, discriminación y pobreza como efecto de modelos de desarrollo inequitativos y excluyentes, en el sector salud no se han superado esas desigualdades sociales, al contrario, estas se han profundizado.

Durante la vida republicana, ha continuado la vigencia del espíritu colonial de los códigos que reproducen los valores de la cultura europea que promueve las prácticas y costumbres racistas y etnocentristas, que se mantienen bajo formas de corrupción, discriminación, autoritarismo y marginación en el sector.

Se plantea el desmontaje de la colonización de la salud, como un proceso de eliminar las formas de exclusión social, de discriminación, de desagregación institucional; como un proceso de construcción de un sistema nacional de salud, único, comunitario, intercultural, cimentado en la diversidad cultural, en lo plurinacional; con instituciones fortalecidas en base a la participación social y comunitaria.

1.3. Concepto de salud y el enfoque de las determinantes de la salud

La salud no puede y no debe considerarse como un fenómeno ajeno a las características sociales, económicas, políticas y culturales propias de nuestro país y de su diversidad, por esto, en el presente documento no se considera que el proceso salud/enfermedad tenga solamente causas, sino más bien determinantes y condicionantes.

Esta nueva categoría de análisis que no privilegia la triada clásica que considera la existencia e interacción de tres factores para desencadenar la enfermedad –agente patógeno, huésped y medio ambiente- permite considerar críticamente la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud, OMS, para añadirle parámetros que hacen a las determinantes y condicionantes de la salud, es decir aspectos sociales y económicos, con el objetivo de llegar a una definición de salud menos subjetiva y utópica, centrada en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Es en este sentido que el Estado debe considerar y asumir una serie de principios tales como la igualdad, la accesibilidad, la gratuidad y equidad, principios estos que privilegian la vigencia del derecho a la salud y la vida como derechos humanos fundamentales.

El concepto de determinantes de la salud fue desarrollado a principios de los años setenta, gracias al Informe Lalonde, se identificaron algunos de los elementos clave que influyen de manera determinante en la situación de salud: el estilo de vida, el medioambiente, las características biológicas humanas y los servicios de salud. Con esto se dio el primer paso para ampliar el concepto de salud que, hasta ese momento, estuvo circunscrito al ámbito médico (biologicista), para abarcar aspectos referentes al comportamiento de los seres humanos, lo cual llevó a ejecutar intervenciones vinculadas a la prevención de enfermedades y a la promoción de la salud.

Desde ese entonces, nuevos conocimientos ampliaron este marco conceptual básico, y en la década de los años ochenta, con la creciente afirmación de que los estilos de vida son influenciados significativamente por los entornos, la promoción de la salud comunitaria -a nivel internacional-, comenzó a incluir factores que se sitúan más allá del campo de la salud, tales como los sociales, económicos y políticos. A partir de este momento, se comenzó a hablar de factores determinantes de la salud.

De hecho, en las últimas décadas, se han acumulado evidencias crecientes de que el aporte de la medicina y la atención en salud son muy limitados y que gastar más en atención sanitaria no producirá una gran mejoría en las condiciones de salud de la población. Paralelamente, hay claras y crecientes manifestaciones de que otro tipo de factores, tales como el acceso a educación, vivienda, alimentación e ingresos tienen una mayor repercusión en el estado de salud de la población.

Así, con la denominación de determinantes de la salud, se designa el conjunto de condiciones y elementos que influyen en el estado de salud de individuos, familias y comunidades. Ahora bien, es necesario puntualizar que estas determinantes no actúan aisladamente, sino que son las interacciones complejas entre ellas, las que propician que tengan una amplia y profunda repercusión en la salud.

1.4. El Vivir Bien para el sector salud

“El Vivir Bien, es un nuevo concepto de desarrollo que recoge las cosmovisiones de los pueblos indígenas originarios, fuertemente vinculadas al respeto de la naturaleza y a un modo de realización humana desde una vivencia holística y comunitaria”¹.

El VIVIR BIEN es la base de un modelo de vida comunitario, originario, donde prevalece el nosotros sobre el yo, se privilegia la complementariedad, la armonía y la interdependencia, se desarrolla las condiciones materiales y al mismo tiempo las espirituales, las relaciones sociales, las redes sociales y la solidaridad, el bien común se privilegia sobre el bienestar particular, la plenitud es una condición permanente que expresa las relaciones entre las personas y el medio ambiente natural construido. La solidaridad es el mecanismo privilegiado por donde se reconstituye el paradigma comunitario, en otro sentido es el Vivir en un dialogo continuo.

El Vivir Bien está basado en el pensamiento social de las y los bolivianos, donde se pueda vivir en condiciones de equidad, igualdad entre todos y sin discriminación de ningún tipo, donde todos seamos iguales, sin excluidos, ni marginados, es decir hacer una vida pura en comunidad con solidaridad y reciprocidad.

“El Vivir Bien es el acceso y disfrute de los bienes materiales y de la realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos”².

El Vivir Bien es la capacidad de potencializar los modos de la vida en armonía, es la visión política de los pueblos ancestrales, originarios y campesinas, que durante siglos han desarrollado estrategias de planificación que beneficiaba a todo el pueblo en general y no solo a una casta. Como resultado de su propia sabiduría ancestral, ha llevado a mantener la unidad y la organización comunitaria en contraposición a los sistemas de planificación de desarrollo neoliberal y colonialista en el Estado boliviano que solo trajo exclusión, racismo, pobreza y desigualdad económica, social, cultural e injusticia social para la mayoría de su población, principalmente para la población más vulneradas como mujeres, niños, niñas, personas adultas mayores, personas con discapacidad y pueblos indígenas, originarios y campesinos, que han sido invisibilizados por las políticas de planificación de otros gobiernos del pasado.

En este sentido, el enfoque del Vivir Bien para el sector salud, basado en la promoción de la salud, el acceso a la salud de bolivianas y bolivianos nos permite el ejercicio pleno de los derechos fundamentales restableciendo permanentemente el desequilibrio producido en la sociedad.

Tomando en cuenta que nuestro país es multiétnico y pluricultural, el desarrollo del sistema de salud debe edificarse desde una lógica plurinacional en convivencia plena y civilizatoria, es decir desde la misma comunidad y la familia. Es la convivencia articulada de las diversas maneras de percibir, asumir, interpretar la vida, la sociedad, la naturaleza, la economía y el Estado. Esta forma de convivencia es interpretada por los pueblos como el encuentro intercultural entre todos, es el encuentro como un sentido esencial de las relaciones humanas (el encuentro y la pluralidad cíclica y en espiral frente al progreso lineal unidimensional)³.

El aporte del Sector a las dimensiones del Vivir Bien está presentado en la tabla 1.

¹ En Ministerio de Planificación. Guía Metodológica para Formulación de Planes Sectoriales de Desarrollo. P. 8.

² MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN DEL DESARROLLO, Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” p. 3

³ Idem p. 3

Tabla 1 Aporte del Sector Salud a las dimensiones del Vivir Bien

Dimensiones del Vivir Bien	Contribución del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
Vivir en Comunidad (compartir decisiones, recursos y beneficios)	<ul style="list-style-type: none"> • La Comunidad tiene un rol central en la planificación, organización y control del Sector Salud mediante las instituciones locales de movilización y control Social que son las Autoridades locales de Salud y Consejos Locales de Salud (modelo de gestión SAFCI) • El beneficio principal producido por el Sector es un mejor estado de salud para toda la población; este constituye un beneficio para toda la comunidad incluyendo las personas que no han recibido directamente servicios de salud • Los recursos del Sector Salud en el marco del Sistema Único no son individualizables y pertenecen a toda la comunidad siempre cuando sirven para producir servicios de salud promocionales, preventivos, curativos, etc.
Acceso y disfrute de los bienes	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora del acceso de la población al sistema único de salud familiar comunitaria intercultural • Mejora del acceso a los servicios básicos mediante la promoción de la salud • Programas de tipo Desnutrición Cero • Bono Juana Azurduy
Realización afectiva, subjetiva, intelectual y espiritual, Identidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento de los usos y costumbres tradicionales en salud, incluida la medicina tradicional y su interrelación con la medicina occidental como una forma de de realización espiritual de los Bolivianos y Bolivianas y respecto de sus identidades y pensamientos propios • Mejora de las relaciones y del respeto entre el personal de salud y la población como factor de realización afectiva.
Armonía con la naturaleza, vivir en equilibrio con lo que nos rodea	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora de la armonía con la naturaleza, mediante la promoción, información, comunicación y cambio de conducta en el cuidado del medio ambiente, adaptación al cambio climático, prevención de riesgos. • El Sector Salud debe cuidar el medio ambiente gracias a una mejor gestión de los desechos y basuras que produce • El Sector Salud utiliza los productos de la naturaleza para la farmacopea tradicional y natural
Descolonización (pensamiento, saber, conocimiento y poder basado en la diversidad cultural y la construcción de igualdad)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocimiento y desarrollo de la medicina tradicional y de los saberes ancestrales en salud en sus diversas formas. • Los pensamientos y saberes de la Comunidad se vuelven centrales en la toma de decisión y planificación en el Sector • La construcción de la igualdad en salud se logrará gracias a la implementación del Sistema de Salud Único, en el cual todos los Bolivianos y Bolivianas tendrán acceso y derecho a la salud con la misma calidad, sin consideración de capacidad a pagar y otras barreras creadas por los sistemas coloniales, neocoloniales y neoliberales.

1.5. La armonía y la realización humana como interrelación comunitaria

La armonía, entendida como una categoría importante del Vivir Bien, está relacionada con la cosmovisión, donde el ser humano comunitario es parte central de la naturaleza, considerada como la madre tierra. Por ello, se establece una relación necesaria de armonía entre el ser humano, la naturaleza y el cosmos. Esta relación armoniosa centrada en la necesidad de preservar los equilibrios naturales, a través del respeto y los actos de agradecimiento a todos los elementos que nos rodea en la vida natural.

Sobre la base de la conceptualización de la realización humana como la relación multidimensional entre lo material, espiritual y natural; satisfacción integral de necesidades vitales, que convergen en la realización de la identidad individual y en comunidad.

La Comunidad en el Vivir Bien se basa en la comunidad recupera el modo de vida de los pueblos indígenas, pero trasciende lo simplemente indígena para referirse a un modelo de organización social basado en igualdad, en el respeto y desarrollo de la diversidad de valores sociales y la superación de las asimetrías culturales.

“El desarrollo en torno al Vivir Bien se fundamenta en la capacidad de recuperar el vínculo con la naturaleza y la memoria social. En las comunidades agrarias está centrada la tierra, en las comunidades nómadas el bosque y en las comunidades urbanas el barrio y la ciudad. De este modo se descarta el procedimiento deliberado de separar a las sociedades de sus raíces culturales mediante la dominación de una sola cultura”⁴.

En este sentido la armonía está relacionada con la propia naturaleza y la vida en comunidad, es el escape a la vida dominante colonialista que en su desarrollo e imposición ha quebrantado la vida armoniosa que aún pervive en las propias comunidades.

En este sentido, el Sector Salud tiene un papel muy importante en la armonía y el desarrollo comunitario: en primer lugar, la participación y el poder de decisión de la comunidad se logrará mediante la institucionalización de la participación social en las Autoridades Locales de Salud y Consejos Locales de Salud. Por otro lado, el Sector Salud participará con enfoque intersectorial a lograr Comunidades Saludables, asegurando un buen estado de salud para todos.

1.6. La interculturalidad en salud

Uno de los aspectos fundamentales del desarrollo social y económico del estado plurinacional es la interculturalidad, entendida como la interrelación entre varias culturas, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la enseñanza, el encuentro y el dialogo entre las culturas.

Es muy importante e imprescindible hablar de la vida de los pueblos, es decir de las mismas comunidades, de su cultura, sus normas, tradiciones, saberes ancestrales y la convivencia armónica que son pasos fundamentales no solo de la unidad familiar, sino de toda la comunidad, los mismos que han sido practicados de generación en generación bajo una normativa orientada hacia la gestión y el manejo de un dialogo cultural que hoy es denominado como “la interculturalidad”, introducida de forma creativa, horizontal y participativa.

⁴ Idem p. 3

El art. 99 de la CPE, define a la interculturalidad como:

- I. “La diversidad cultural constituye la base esencial del Estado Plurinacional Comunitario. La interculturalidad es el instrumento para la cohesión y la convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones. La interculturalidad tendrá lugar con respeto a las diferencias y en igualdad de condiciones.
- II. La diversidad cultural constituye la base esencial del Estado Plurinacional Comunitario. La interculturalidad es el instrumento para la cohesión y la convivencia armónica y equilibrada entre todos los pueblos y naciones. La interculturalidad tendrá lugar con respeto a las diferencias y en igualdad de condiciones.
- III. El estado asumirá como fortaleza la existencia de culturas indígenas originario campesinas, depositarias de saberes, conocimientos, valores, espiritualidades y cosmovisiones. IV. Será responsabilidad fundamental del estado preservar, desarrollar, proteger y difundir las culturas existentes en el país”⁵.

Por lo tanto la interculturalidad es el eje fundamental de la unidad, la diversidad cultural en nuestro país, es el pilar que cohesionan al pluralismo para llegar a la unidad entre todas las culturas.

La interculturalidad relacionado con el Vivir Bien, se refiere al conocimiento de la diversidad de identidades étnico-culturales, a sus valores y principios que en suma constituyen los componentes de la plurinacionalidad.

1.7. La salud en la Constitución Política del Estado Plurinacional

La Salud y el rol del Sector están presentes en varios artículos de la Constitución Política del Estado Plurinacional en vigencia desde febrero de 2009, dentro de la Primera Parte “Bases Fundamentales del Estado, Derechos, Deberes y Garantías”. La Constitución Política del Estado Plurinacional ha objetivizado al sector de manera integral en el que se ha definido:

- A la Salud como un Derecho Fundamental

Art. 18:

I. Todas las personas tienen derecho a la salud.

II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.

III. El Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

- A Las Determinantes sociales y salud

Art. 16: Derecho al agua y a la alimentación El Estado garantizar la seguridad alimentaria.

Art. 17: Derecho a recibir a recibir educación en todos los niveles.

Art. 19: Derecho a un hábitat y vivienda digna.

Art. 20: Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.

- Al Derecho a la Salud de las naciones y pueblos indígenas y originarios

Art. 30.

⁵ CPE. P.

I. Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española

II 9. A que sus saberes y conocimientos tradicionales, su medicina tradicional, sus idiomas, sus rituales y sus símbolos y vestimentas sean valorados, respetados y promocionados.

13. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales

- Al Acceso Universal al Sistema Único y su Financiamiento

Art. 35

I. El Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud..

II. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

Art. 36:

I. El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.

II. El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Art. 37:

El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

- A la Participación social y propiedad de los Servicios públicos de salud

I. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado, y no podrán ser privatizados no concesionados.

II. Los servicios de salud serán prestados de forma ininterrumpida

Art. 39

El estado garantizará el servicio de salud público y reconoce el servicio de salud privado; regulará y vigilará la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo a ley.

Art. 40:

El Estado garantizará la participación de la población organizada en la toma de decisiones, y en la gestión de todo el sistema público de salud.

- Al Derecho al acceso Universal a los medicamentos

Art. 41:

I. El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos:

II. El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.

III. El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización y contemplara estándares de calidad y primera generación

- A la Medicina Tradicional

Art. 42

I. Es responsabilidad del Estado promover y garantizar el respeto, uso, investigación y práctica de la medicina tradicional, rescatando los conocimientos y prácticas ancestrales desde el pensamiento y valores de todas las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

II. La promoción de la medicina tradicional incorporara el registro de medicamentos naturales y de sus principios activos, así como la protección de su conocimiento como propiedad intelectual, histórica, cultural, y como patrimonio de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.

III. La ley regulará el ejercicio de la medicina tradicional y garantizará la calidad de su servicio.

- A los Derechos de los pacientes

Art. 43: La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.

Art. 44:

I. Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida

II. Ninguna persona será sometida a experimentos científicos, sin su consentimiento.

- A La Seguridad Social

Art. 45

I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social. (con carácter gratuito)

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integralidad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado con control y participación social.

III. Régimen de Seguridad Social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas, maternidad y paternidad, riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo, discapacidad y necesidades especiales, desempleo y pérdidas de empleo, orfandad, invalidez, vejez y muerte, vivienda, asignaciones familiares y otras provisiones sociales.

El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

IV. Las mujeres tienen derecho a la maternidad segura, con una visión y práctica intercultural; gozarán de especial asistencia y protección del Estado durante el embarazo, parto y en los períodos prenatales y posnatales.

V. Los servicios de seguridad pública no podrán ser privatizados ni concesionados...

Además de estos roles específicos al Sector Salud, la Constitución Política del Estado establece principios inamovibles que todos deberán respetar, incluyendo el Sector Salud, como presentado en el preámbulo de la Constitución:

“Un Estado basado en el respeto e igualdad entre todos, con principios de soberanía, dignidad, complementariedad, solidaridad, armonía y equidad en la distribución y redistribución del producto social, donde predomine la búsqueda del vivir bien; con respeto a la pluralidad económica, social, jurídica, política y cultural de los habitantes de esta tierra; en convivencia colectiva con acceso al agua, trabajo, educación, salud y vivienda para todos”.

1.8. El rol del sector salud en el Plan Nacional de Desarrollo

El Plan Nacional de Desarrollo “Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien” tiene como objetivo construir un modelo social, económico y estatal basado en la diversidad y en lo plurinacional, articulado a través de cuatro estrategias.

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

- Estrategia del poder social: Bolivia Democrática, comprende a los sectores que promoverán el poder social territorializado.

Estas cuatro estrategias plantean la recuperación de la capacidad de decidir que se arraiga en la constitución de una nueva noción de “lo nacional”, afincado en el reconocimiento auténtico de la pluriethnicidad y de la multiculturalidad, en la vitalidad de los movimientos sociales, en lo popular como una ampliación de la participación del pueblo y en la conjugación de las fuerzas nacionales que han constituido la esencia histórica de la vitalidad democrática del país.

La capacidad de decidir, la soberanía y la dignidad son valores nacionales sustanciales para la configuración de un patrón de desarrollo que realmente impacte en la pobreza, en la desnutrición, en la salud, en la esperanza de vida, en la generación de empleo y en la erradicación de la corrupción.

La estrategia Bolivia Digna, en la cual se desenvuelve el sector salud; plantea la erradicación de la pobreza, erradicación de exclusión social, eliminación de la discriminación, la marginación y la explotación, con un enfoque de provisión de servicios básicos, como también acciones que generen capacidades económicas a familias y comunidades, buscando en las sociedades sus raíces culturales, el respeto a los derechos humanos, el sentido de pertenencia, la seguridad, el respeto a las formas de organización social y los derechos de las minorías, el principio de libertad cultural y de respeto a la diferencia y a la diversidad.

Este planteamiento nos permite ver la salud como un producto del desarrollo social, en el cual se desarrollan paralelamente las determinantes de salud (educación, saneamiento, vivienda, alimentación, medio ambiente); en este sentido la salud reorienta, redimensiona y humaniza el progreso social.

Tabla 2 rol del Sector Salud en el marco de los pilares del PND

Objetivo del PND	Dimensiones	Contribución del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
<p>BOLIVIA DIGNA erradicación de la pobreza, la inequidad y la exclusión social en salud</p>	<p>Protección Social y Desarrollo Integral Comunitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución a la erradicación de la pobreza a través del acceso a un Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y la implementación del Seguro Único de Salud, a manera de disminuir los gastos de bolsillo de la población en salud • Desarrollo de las capacidades de la población para disminuir la pobreza a través de proyectos intersectoriales liderados por el sector salud, de un mejor acceso al sistema de salud, y del Programa Desnutrición Cero • Reducción de las brechas de inequidad entre la población mediante la priorización de las poblaciones históricamente excluidas. • Disminución de los factores de riesgo, precariedad y vulnerabilidad de las personas mediante inversiones, en particular en el área rural (fortalecimiento de redes) • Fortalecimiento del modelo SAFCI, mediante la participación social en la gestión de las políticas de salud.

Objetivo del PND	Dimensiones	Contribución del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
<p>BOLIVIA DIGNA erradicación de la pobreza, la inequidad y la exclusión social en salud</p>	<p>Erradicación de la exclusión social en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural y del Seguro universal de Salud, con el objetivo de erradicar las barreras de acceso a la salud: económicas, sociales (integración de la medicina tradicional), calidad de los servicios de salud. • Enfoque en las determinantes de la salud, que crean exclusión, mediante los proyectos intersectoriales • Mejora de la solidaridad mediante la alianza nacional para la erradicación de la desnutrición y violencia; la habilitación, rehabilitación, prevención y equiparación de oportunidades de personas discapacitadas y la inclusión social de grupos desprotegidos que viven en la extrema pobreza
	<p>Transformación del sistema educativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuación curricular de las carreras ciencias de la salud, al modelo de atención en Salud Familiar Comunitaria Intercultural • Desarrollo de procesos de investigación científica y tecnológica en salud
<p>BOLIVIA DEMOCRÁTICA construir una sociedad y Estado plurinacional y socio-comunitario</p>	<p>Ejercicio del poder social y comunitario</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Toma de decisiones por la comunidad en la gestión de salud (modelo de gestión SAFCI)
<p>BOLIVIA PRODUCTIVA</p>	<p>Generación de empleos</p>	<p>Generación de empleos estables en el sector salud</p>
	<p>Transformación y diversificación de la matriz productiva nacional</p>	<p>Desarrollo tecnológico en salud e investigaciones de la farmacopea nacional</p>
<p>BOLIVIA SOBERANA</p>	<p>Alineamiento de la cooperación internacional y privados a las prioridades del País. Revalorización de la hoja de coca, reconocimiento de su valor histórico-cultural, medicinal y tradicional e industrialización para la exportación. Protección y atención al ciudadano boliviano en el exterior,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La Cooperación Internacional en salud, alinea sus recursos a los ejes estratégicos del sector, tomando en cuenta territorialidad, coordinación intersectorial. • Elaboración de la lista básica de plantas medicinales nacionales tradicionales. • Elaboración del formulario terapéutico nacional para plantas medicinales y tradicionales. • Implementación de las Farmacias institucionales municipales interculturales, en Orinoca y Patacamaya. • Investigación del uso de la hoja de coca, como complemento de la harina, y como suplemento alimentario.

Además de las cuatro estrategias principales del PND presentadas anteriormente, el Plan Nacional de Desarrollo plantea enfoques transversales que interactúan en todos los niveles y dimensiones del desarrollo. Estos ejes transversales son:

- **Innovación:** es el conjunto de procesos de incorporación y desarrollo de la ciencia, tecnología, y saber local para alcanzar mayor eficacia y eficiencia en los procesos de desarrollo de los sectores.
- **Equidad social:** es el principio que busca superar las brechas históricas y reducir las profundas desigualdades en el ejercicio fundamental de los derechos.
- **Medio ambiente y riesgos:** es el enfoque que incorpora los factores de medio-ambiente y de riesgos en los procesos de planificación y gestión del desarrollo.

Tabla 2 bis Rol del Sector Salud en el marco de los ejes transversales del PND

Dimensiones del Vivir Bien	Contribución del sector salud a cada dimensión desde la propuesta de cambio
<p style="text-align: center;">Innovación</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de reconocimiento y desarrollo de los saberes ancestrales que son las diferentes medicinas tradicionales • Desarrollo de la farmacopea tradicional y natural a partir de los saberes ancestrales, pero también a partir de nuevas investigaciones • Difusión de la ciencia y saberes tradicionales • Desarrollo de la producción nacional de medicamentos y otros insumos en salud para disminuir la dependencia tecnológica hacia el exterior. • Realización de nuevas investigaciones científicas para creación y difusión de nuevas tecnologías y nuevos procesos de desarrollo • Utilización de tecnologías modernas en salud como telemedicina gracias al satélite Tupac Katari.
<p style="text-align: center;">Equidad Social</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Sector Salud debe eliminar las inequidades y desigualdades en el acceso al sistema de salud mediante el acceso universal a un sistema único • Mediante acciones intersectoriales el Sector Salud debe contribuir a disminuir las principales inequidades como de género, de ingreso, territoriales, etc. que constituyen también determinantes de la salud • El Sector debe priorizar los grupos de población más vulnerables y más excluidos históricamente en una lógica de equidad vertical: niños, mujeres embarazadas y en postparto, adultos mayores, naciones indígenas originarias, poblaciones rurales aisladas, etc. • Desarrollo de la movilización, participación y control social en salud como instrumento de equidad
<p style="text-align: center;">Medio ambiente Y Riesgos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El Sector Salud debe implementar mecanismos de adaptación intersectoriales frente al cambio climático y a la mayor frecuencia de desastres naturales para entre otros estar preparados y limitar las epidemias resultantes de estos desastres. • Además de prever los desastres, el Sector debe entrar en una lógica de desarrollo sostenible para cambiar el círculo vicioso del desastre y generar desarrollo integral.

Capítulo II. Estado de Situación

2.1. Un poco de historia

La promulgación del “Código de Salud” en 1978 marca un hito relevante en la historia de la salud pública, a partir de ello, se ha tenido diferentes planes sobre políticas públicas en el sector que han ido evolucionando, flexibilizándose, haciéndose más participativa en algunos casos⁶.

A continuación se señala la cronología de los principales hitos legales y políticas del sector:

- 1978 – 1982** Código de Salud de la República de Bolivia. Decreto Ley N° 15692 (1978).
- 1982 – 1985** Bases para la Política de Salud del Gobierno Democrático Popular.
- 1985 – 1989** Plan Global de Salud – Salud es Vida.
Plan Trienal de Salud (1987 – 1989).
- 1989 – 1993** Plan Nacional de supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna.
Sistema Nacional de Salud Integrado y descentralizado.
- 1993 – 1997** Plan Vida – Plan Nacional para la reducción acelerada de la Mortalidad Materna, Perinatal y del Niño (1994 – 1997).
Ley de Participación Popular N° 1551 (1994).
Modificaciones a la Ley de Participación Popular y a la Ley Orgánica de Municipalidades N° 1702 (1996).
Ley de descentralización N° 1654 (1995).
Constitución Política del Estado N° 1615 (1995).
Nuevo Modelo Sanitario Sistema Público de Salud Descentralizado y Participativo (1996).
Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996).
Seguro Nacional de Vejez (1996).
- 1997 – 2002** Plan Estratégico de salud de Lucha contra la pobreza – Medicina Familiar y Comunitaria (PES).
Seguro Básico de Salud – SBS (1998).
Seguro Médico Gratuito de Vejez (1998).
Ley del Dialogo 2000 (2001).
Seguro Básico de Salud Indígena y Originario SBS – IO.
- 2002 – 2004** Reforma a la Constitución Política del Estado N° 2650 (2004).
Ley del Seguro Universal Materno Infantil N° 2426 (2002)
Modelo De Gestión D.S. 26875 (2002)
Directorios Locales de Salud (2003) y Gerencias de Red (2004)

⁶ Fuente: Actualización Libro “Municipalización: diagnostico de una década”

- 2005 -2009** Ampliación del SUMI Ley N° 3250 (2005)
Impuesto Directo a los Hidrocarburos Ley 3058 y D.S. 28421 (2005)
Seguro de Salud para el Adulto Mayor Ley 3323 (2006) y D.S. 28968
Plan Nacional de Desarrollo D.S. 29272 (2007)
Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural D.S. 29601 (2008)
Impuesto Directo a los Hidrocarburos D.S. 29565 (2008)
Bono Juana Azurduy (2009).

2.1.1. Reforma de Salud

El sector salud atravesó una fuerte crisis en los años 80 y principios de los 90, producto de la aplicación de los programas de ajuste estructural en los países en desarrollo, donde los procesos de desregularización, modernización y flexibilización limitaron y dispersaron los ya escasos recursos financieros del sector. Por esta razón, organismos internacionales como el Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo propusieron y apoyaron los procesos de reforma sectorial en América Latina. En nuestro país, el Proyecto de Reforma en Salud debía estar orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que se llevan a cabo. En cuanto a los resultados propuestos por los organismos internacionales, éstos teóricamente se dirigían a aumentar la equidad en la prestación de servicios de salud, la eficiencia de su gestión y la efectividad en las intervenciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

Paralelamente se desarrolló el proceso de descentralización de los servicios de salud, que era un imperativo de los organismos internacionales para financiar el Proyecto de Reforma del Sector Salud, apoyada en leyes como la de Participación Popular y la de Descentralización Administrativa que facultaron a Prefecturas y Municipios la administración, evaluación y supervisión de recursos humanos, infraestructura y también el manejo y ejecución de partidas presupuestarias, asignadas a estas actividades. Llegados a este punto, vale la pena señalar que, a medida que la descentralización se profundizaba, la rectoría del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública se hacía cada vez más débil en los niveles departamentales, puesto que los Servicios Departamentales de Salud, si bien conservaron la dependencia técnica del ente rector, pasaron a tener una dependencia orgánica de las Prefecturas Departamentales.

La Reforma en Salud, dotó con fuerte financiamiento a programas como el Escudo Epidemiológico (Chagas, malaria, tuberculosis, dengue y leishmaniasis), EXTENSA que buscaba la extensión de coberturas mediante la atención de brigadas móviles de salud y también con el apoyo a los seguros de salud y el mejoramiento de la calidad de los servicios. Iniciativas estas que, en el mediano plazo, resultaron totalmente insostenibles desde el punto de vista financiero, y que en casos como el de EXTENSA, no tuvieron los resultados esperados ni durante ni después de su ejecución.

2.2.2. Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010

Con base en el Plan Nacional de Desarrollo, se elaboró el Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010, en el cual se definió una visión del Sector Salud y cinco políticas con sus respectivas estrategias, programas y proyectos para la operativización del cambio en el Sector Salud. La propuesta planteada se presenta a continuación.

a) Visión del Sector Salud

La visión del Sector al 2010 planteada en el PSD Salud 2006 – 2010 es la siguiente:

En el año 2010, el Sistema Único de Salud con acceso universal, es respetuoso de las culturas originarias, y enriquecido con la medicina tradicional; es inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderizado por el Ministerio de Salud y Deportes, ejerciendo soberanía sanitaria plena.

Prioriza la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, actuando sobre las determinantes sociales de salud; con participación de una población con hábitos saludables, comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizada por el ejercicio pleno de su derecho a la salud, que vive bien.

Dentro de los elementos de la visión, se estableció el orden de prioridades siguiente:

1. El sistema único de salud con acceso universal, es respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional; es inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes
2. actúa sobre los determinantes de salud
3. con participación de la población comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizada por el ejercicio pleno de su derecho a la salud
4. que vive bien.

b) Políticas, Programas y Proyectos

Para alcanzar la Visión al 2010, el Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010 incluyó 5 Políticas, cada una correspondiendo a una estrategia y a un programa, y 13 Proyectos sectoriales:

Ilustración 1 Esquema del Plan Sectorial de Desarrollo



c) Resultados e impactos esperados por la implementación del PSD 2006-2010

Se planteo en el PSD 2006-2010 alcanzar los siguientes resultados e impactos:

- Cumplir las Metas del Milenio en Salud hasta el año 2015:
- Que la población boliviana, hasta el 2010, acceda en un 100% al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos.
- Eliminar la desnutrición en niños menores de cinco años.
- Alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades.
- El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos.
- Se eliminará la violencia intrafamiliar focalizada en niñas de municipios pobres.

d) Evaluación del PSD 2006-2010

El PSD 2006-2010 no incluyó la organización de un proceso de seguimiento y evaluación, y como consecuencia, no se realizó todavía una evaluación global del avance de los diferentes programas y proyectos sectoriales. Sin embargo, es evidente que no se logró las metas establecidas, en particular en cuanto a impactos esperados, como mortalidad materna, mortalidad infantil, etc.

Además, se puede destacar una gran falta de difusión del PSD 2006-2010, lo que resultó en un mal conocimiento de este documento por parte de los actores del Sector, incluso los actores públicos, y entonces no hubo alineamiento real del Sector a las políticas nacionales presentadas en el PSD 2006-2010; así, el Sector conocía globalmente las 5 políticas, pero no en qué consistían.

Se puede lamentar esta falta de difusión y de alineación al Plan Sectorial de Desarrollo, hechos que impidieron alcanzar las metas planteadas; sin embargo, se debe aprender de estos errores para no tener la misma falta de resultados al terminar el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020.

2.2. Análisis de actores que conforman el sector salud

Los actores que conforman el sector son todos los Bolivianos y Bolivianas como beneficiarios del sector, priorizándose algunos grupos vulnerables históricamente excluidos como los pueblos indígenas, originarios y campesinos, personas con discapacidad, adultos mayores, víctimas de violencia y menores de dos años que sufren desnutrición. La relación que se establece con estos grupos es de coordinación e inclusión, con la finalidad de que la institución adquiera un compromiso con las demandas sociales, entre ellas, la de responder a las necesidades y demandas de salud de los pobladores. Sin embargo, la debilidad del proceso participativo en la elaboración del PSD no permitió tomar en cuenta las demandas y opiniones de todos los actores del Sector.

Actualmente, el sector salud está conformado por cuatro subsectores:

- Subsector público, encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes, financiado principalmente por fondos públicos y de cooperación, y descentralizado en su gestión.

- Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, compuesto por diversas Cajas de Salud que atiende a los trabajadores asalariados y sus familias, y financiado principalmente por cotizaciones de los afiliados,
- Subsector privado, conformado por las entidades sin fines de lucro –entre ellas Iglesia y ONGs- que actúan en el campo de la salud y los establecimientos de salud privados con fines de lucro.
- Subsector de la medicina tradicional.

La clasificación de los actores del Sector se presenta a continuación según la terminología propuesta por el Ministerio de Planificación del Desarrollo.

2.2.1. Actores Públicos

Los actores públicos (tabla 3.) son el conjunto de entidades públicas que forman parte del Sector, y tienen el mandato de brindar servicios y/o productos a los actores directos; son los Ministerios, Viceministerios, instituciones públicas desconcentradas, descentralizadas, autárquicas y empresas públicas relacionadas con el Sector, además de sus contrapartes en el nivel departamental, regional, municipal y comunal.

Tabla 3. Actores Públicos que conforman al Sector Salud

¿Quiénes son?	Cómo son características, tipo de relación, roles	Qué piensan del sector Responde a las demandas de los actores y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p style="text-align: center;">Cabeza De Sector Ministerio de Salud y Deportes Máxima Autoridad Sanitaria en el Sector Salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Su rol es establecer las políticas nacionales de salud, de normar, conducir y regular el sector y de implementar las políticas de salud a través de sus estrategias, programas y proyectos. A través de leyes, decretos, resoluciones ministeriales, resoluciones administrativas, normas, disposiciones. ❖ Es instancia técnica y normativa. ❖ Es una instancia de seguimiento, monitoreo y evaluación. ❖ Tiene cobertura nacional. ❖ Es parte del sector, establece relaciones de coordinación inter e intrainstitucional. acciones entre los mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconoce la paulatina pérdida de rectoría y liderazgo. Reconoce su débil asignación presupuestaria por parte del TGN. ❖ Reconoce la falta de comunicación entre los componentes del mismo MSD. ❖ Reconoce su baja ejecución presupuestaria en los programas y proyectos, tanto del TGN como de la Cooperación Internacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Aumentar su capacidad de negociación frente a Economía y finanzas. ❖ Ejecutar los recursos financieros, de compromiso programático, a manera de evitar la reversión de los mismos. ❖ Recuperar la rectoría y liderazgo.

¿Quiénes son?	Cómo son características, tipo de relación, roles	Qué piensan del sector Responde a las demandas de los actores y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
Servicios Departamentales de Salud (SEDES)	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Dependientes de las Prefecturas. ❖ Teóricamente cumplen y hacen cumplir las disposiciones emanadas del MSD, (políticas de salud, disposiciones, normas en sus jurisdicciones territoriales) ❖ Responsable de contratar personal y cancelar los sueldos y salarios del sub-sector público, a través de transferencias del TGN. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Reconocen que no existe una relación de coordinación. ❖ Reconoce que la asignación presupuestaria que otorga el MSD no es suficiente. ❖ Todavía no existe un relacionamiento técnico con los municipios, solo son solicitudes de fondos y recursos. ❖ Existe una pugna de poder entre SEDES y municipios. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Mayor participación técnica programática. ❖ Mayor acercamiento. ❖ Una planificación conjunta de las acciones y procesos. ❖ Procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación, desarrollados conjuntamente.
Gobiernos Municipales	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Redes Municipales de Salud. ❖ Directorio Local de Salud, DILOS. ❖ El Municipio, mediante el DILOS, es responsable del abastecimiento de insumos, medicamentos y alimentación, de los gastos operativos, construcción, mantenimiento y equipamiento de los establecimientos de salud públicos de su jurisdicción territorial, incluyendo lo que corresponde a los Seguros Públicos de Salud. ❖ No asumen el modelo de atención Salud Familiar Comunitaria Intercultural. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No otorgan importancia al Sector como lo muestra el poco espacio acordado a Salud en los Planes de Desarrollo Municipales ❖ No siempre cumplen con sus responsabilidades financieras 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Más personal para ejecutar las acciones programadas y/o delegadas, SUMI, Bono JA, Desnutrición Cero, PAI, AIEPI, Tuberculosis y otras patologías. ❖ Menos registros y estadísticas que llenar.
Establecimientos de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Provee los servicios de salud de tipo promocional, preventivo, curativo, etc. ❖ Proveen los servicios en el mismo establecimiento o en la comunidad ❖ No tienen autonomía y todo su accionar depende del MSyD, SEDES, Municipios, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son los responsables de otorgar atención en salud a la población que la demande. ❖ Son responsables de la referencia y retorno. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Más personal para ejecutar las acciones programadas y/o delegadas, SUMI, Bono JA, Desnutrición Cero, PAI, AIEPI, Tuberculosis y otras patologías. ❖ Menos registros y estadísticas que llenar.

¿Quiénes son?	Cómo son características, tipo de relación, roles	Qué piensan del sector Responde a las demandas de los actores y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p>Instituciones de la Seguridad Social</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ INASES. Instituto Nacional de Seguros en Salud. ❖ Seguro Social Obligatorio (SSO) de Corto Plazo: administrado por los entes gestores de la seguridad social, cuyo órgano rector es la Caja Nacional de Salud (CNS). ❖ Existen otras cajas de salud como: <ul style="list-style-type: none"> ○ Petrolera ○ De Caminos ○ Banca Estatal ○ Banca Privada ○ Universitaria ○ COSSMIL ○ De seguros delegados como el de COTEL ❖ Seguro Social Largo Plazo y el Seguro Voluntario: administrado por las Administradoras de los Fondos de Pensiones (AFP's). 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ El INASES es la Entidad descentralizada, encargada de normar, implementar, monitorear, evaluar las actividades que realizan las Cajas de Salud. ❖ Las Cajas de Salud cubren las prestaciones en servicios, especie y dinero y supervisan el cumplimiento de las asignaciones familiares, tienen su sede en la ciudad de La Paz y se desconcentran geográficamente en Administraciones Regionales y Agencias Distritales. ❖ Las AFP's son instituciones financieras privadas, encargadas por el Estado para administrar el fondo de capitalización individual, compuesto por los aportes propios de los trabajadores. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ No reconocen al MSD como cabeza de sector. ❖ No hay una coordinación fluida entre los correlatos jerárquicos, intermedios. ❖ Hay coordinación local puntual para temas operativos como es el PAI, VIH/SIDA y el SSPAM. ❖ Cuestionan la implementación de un Seguro Único de Salud. ❖ No asumen el modelo de Atención en Salud Familiar Comunitaria Intercultural. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tienen un sistema de información propio. ❖ Responden a sí mismas.

2.2.2. Actores Directos

Los actores directos (tabla 3) son el conjunto de personas y comunidades que reciben el servicio de los actores públicos y actores de apoyo. Generalmente se hallan organizados en sindicatos, formas originarias de organización, juntas vecinales, asociaciones, empresas, gremios, etc., tanto a nivel nacional y sub-nacionales.

2.2.3. Actores de apoyo

Los actores de apoyo (tabla 4) comprenden a las instituciones y organizaciones (públicas, privadas y sociales) de los niveles nacionales y sub-nacionales que ayudan a cumplir los objetivos de los actores directos, a ampliar su radio de acción y sus impactos

Tabla 4 Actores directos del Sector Salud

¿Quiénes son?	Cómo son características, tipo de relación, roles	Qué piensan del sector Responde a las demandas de los actores y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p>Todos los Bolivianos y Bolivianas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Población en general. ❖ Organizaciones Sociales. ❖ Organizaciones campesinas. ❖ Organizaciones originarias. ❖ Juntas Vecinales. ❖ Otras organizaciones. <p>COB, CONALCAN, CONAMIPE, CSTCB, COR, FEJUVE, CONAMAQ, CIDOB, CONFEDERACION NACIONAL DE MUJERES INDIGENAS ORIGINARIAS CAMPESINAS, BARTOLINAS SISAS, CONFEDERACION DE TRABAJADORAS DEL HOGAR, FEDERACION DE RENTISTAS, FEDERACION DE ADULTOS MAYORES, FEDERACION DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD, ASOCIACIONES DE MUJERES, ASOCIACIONES DE NIÑOS, ASOCIACIONES DE JOVENES, etc.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son bolivianos y bolivianas reconocidos/as por la CPE. ❖ Son organizaciones que cuentan con sus personerías jurídicas y reconocidas por Ley. ❖ Tienen pleno reconocimiento de sus derechos fundamentales y derechos humanos constitucionalizados en la CPE y en normas internacionales. ❖ Son directos beneficiarios de las actividades realizadas por todo el sector salud. ❖ Tienen derecho al acceso de la salud integral. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Demandan del sector acciones concretas en salud, como atención de calidad y calidez en los establecimientos de salud. ❖ Solicitan una atención sin costo al beneficiario. ❖ Apoyan al sector con sus organizaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Ejercer el derecho a la salud de manera general. ❖ Promoción de la salud, difusión y educación en el derecho a la salud, en derechos sexuales, en derechos reproductivos en todo el estado plurinacional. ❖ Beneficiar de servicios de salud de calidad y con respecto

Tabla 5 Actores de apoyo del Sector Salud

¿Quiénes son?	Cómo son características, tipo de relación, roles	Qué piensan del sector Responde a las demandas de los actores y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p>Sub sector privado</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ actores privados con fin de lucro ❖ actores privados sin fin de lucro 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son organizaciones empresariales, individuales, formales e informales con fines de lucro, y con financiamiento y administración privada ❖ Otorgan prestaciones de atención médica, los insumos, los servicios de apoyo diagnóstico y los medicamentos, se estima que solo 10% de la población lo usa regularmente. Conforman Organizaciones No Gubernamentales como PROCOSI y otras. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestan servicios lucrativos a la población. ❖ Apoyan el desarrollo de actividades en salud, alineándose a las estrategias del MSD, principalmente en el área rural. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Seguir prestando sus servicios a la población. ❖ Mayor acercamiento de los actores públicos para seguir apoyando a las políticas nacionales

¿Quiénes son?	Cómo son características, tipo de relación, roles	Qué piensan del sector Responde a las demandas de los actores y cuáles son sus limitaciones.	Qué esperan del sector Resultados, propuestas Expectativas
<p>Medicina Tradicional</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ SOBOMETRA (sociedad boliviana de medicina tradicional). ❖ Médicos tradicionales ❖ Parteros/as, curanderos/as, yatiris 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son personas individuales con saberes medicales ancestrales u organizaciones conformadas por estos ❖ Trabajan independientemente del sector. ❖ Especialmente las áreas urbanas marginales y rurales. ❖ No tiene control del MSD o SEDES sobre sus acciones. ❖ El sistema de salud está incorporando gradualmente a las parteras a las redes locales de atención. La demanda por estos servicios es amplia y suele combinarse con proveedores públicos y privados. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quieren más relaciones y reconocimiento por parte del Sector 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Seguir ejerciendo su profesión con mayor reconocimiento y articulación con la medicina occidental.
<p>Cooperación Internacional</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Cooperaciones Bilaterales (Francia, CTB, JICA, UE, etc.) ❖ Organizaciones Internacionales (ONU, UNICEF, PNUD, OMS, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Son entidades que cuentan con grandes recursos económicos para apoyar al sector, financian más que el mismo estado en los programas y proyectos en salud, como también en insumos, equipos e infraestructuras. ❖ Se encuentran establecidos en los marcos de las relaciones internacionales, multilaterales y bilaterales alineadas al PND del Estado Plurinacional. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Otorgan apoyo financiero al sector salud, sin necesidad de que el sector solicite. ❖ Tienen una estructura operativa ágil. ❖ Apoyan tanto a SEDES como también a los Municipios en todos los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Esperan alinearse a las disposiciones del Sector salud.
<p>Otras instituciones Públicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Ministerio de Educación. ❖ Ministerio de Trabajo. ❖ Ministerio de Transparencia y Lucha Contra la Corrupción. ❖ Ministerio de Autonomías. ❖ Ministerio de Justicia, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Se encuentran en otros Sectores pero ayudan a cumplir los objetivos del PSD 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ A establecer. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Quieren mejorar las relaciones intersectoriales.

2.3. Análisis de la Situación en Salud

En base a la información proporcionada por el Sistema Nacional de Información en Salud –SNIS - se ha desarrollado el presente acápite, que muestra el estado de situación de la salud de la población de bolivianos y bolivianas en sus diferentes ciclos de vida, estos constituyen los parámetros que guían el accionar del sector.

Sin embargo, se recalca que también se han utilizado otras fuentes, como la información demográfica y de variables socioeconómicas fue obtenida de las bases de datos, estudios y publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas, INE, a partir de los datos de censos y encuestas nacionales, principalmente datos del Anuarios Estadístico 2005, 2006 y 2007 y la ENDSA 2008 y MECOVI 2002, etc.

La información de morbilidad por patologías infecciosas se obtuvo de los registros y reportes del SNIS, incluido el sistema de vigilancia. También se utilizaron datos adicionales aportados por los Programas Nacionales -PAI, Enfermedades Emergentes, Zoonosis, Malaria y Leishmaniasis, Tuberculosis, ITS-VIH/SIDA, Chagas, Programa de Sangre, Nutrición y otros. Cuando no se especifica fuente, significa que los datos corresponden al SNIS, de donde procede la mayor parte de la información.

2.3.1. Salud por Grupos de Población

a) Menores de cinco años

La población menor de 5 años representaba aproximadamente 13% de la población boliviana en el año 2008. Los principales problemas de salud encontrados en las niñas y niños menores de cinco años de edad son generalmente las infecciones respiratorias, las diarreas y el bajo peso al nacer. En cuanto a las enfermedades inmunoprevenibles, las coberturas de vacunación relativamente altas permiten que éstas no tengan un impacto muy grave sobre la salud de los niños de 0 a 4 años.

La cobertura de vacunación de niños entre 12 y 23 meses en 2003 fue de 50% y de 66.6 % en el 2008, en promedio nacional. Sólo 5,9% de los niños en este grupo de edad tenían todas sus vacunas y 4,8%, ninguna. Las vacunas que lograron una cobertura por encima de 90% fueron la antituberculosa BCG, seguidas de las tres dosis de pentavalente con 85.2% y la antipoliomielítica con 85.9%; la menor cobertura se dio principalmente con la antisarampionosa, con 72.1%.

En el mismo año, la prevalencia de infecciones respiratorias agudas, 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% de los niños recibieron atención en un centro o puesto de salud y el 36,4% en el segundo. El 22 % de los menores de 5 años presentó síntomas de IRA en el 2008 al igual que en 2003. El porcentaje de niños para quienes se buscó tratamiento fue de 50,5% en 2003 y 50.9% en 2008. Por otra parte, se constata que la búsqueda de atención disminuye a medida que aumenta la edad del niño, y se incrementa a mayor escolaridad de la madre.

En cuanto a episodios diarreicos agudos, Enfermedades Diarreicas Agudas, la prevalencia fue del 22,4 % en niños menores de 5 años en 2003 y 26% en 2008. En el mismo año, los niños entre 6 y 23 meses de edad presentaron episodios diarreicos en un promedio de 35%. 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, sólo un 29% recibieron tratamiento con sales de rehidratación oral en 2003, 35% en 2008 y 16% usaron soluciones caseras. Únicamente el 36% recibieron atención de un proveedor o establecimiento de salud.

La malnutrición es también un problema muy importante en nuestro país: según el SNIS, 36,9% de los menores de 5 años sufrían de desnutrición aguda (bajo peso para la edad) en 2007, de los cuales 18,2% estaban en situación de desnutrición grave o moderada.

Cabe mencionar que para evitar la malnutrición en el primer año de vida, la lactancia materna es una variable muy importante, en este sentido, en el año 2003 se constató 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 sólo del 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 y 50 por 1.000 nacidos vivos entre 1998, 2003 y 2008 respectivamente; siendo de 87 por 1.000 nacidos vivos en las madres sin escolaridad; 73 en los municipios más pobres; 72 en el departamento más deprimido del país (Potosí); 67 en el área rural (manteniéndose así desde 2003) y incrementó de 61 a 67 en el altiplano boliviano entre los años 2003 y 2008.

b) Niñas y niños de 5 a 9 años

En el 2008, la población entre 5 y 9 años de edad representaba 12,28% de la población total, y aunque las enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en este grupo etáreo son las mismas que en los menores de 5 años -diarreas, infecciones respiratorias y malnutrición-, no tienen consecuencias tan graves como en la población más joven.

Entre los otros problemas de salud que se pueden encontrar en los niños de 5 a 9 años está la ascariasis, su prevalencia en las zonas tropicales varía de 5% a 80%, con promedio de 40% a 50%. La tricuriasis, cuya prevalencia varía de 10% a 66%, y la uncinariasis que llega a 15%, excepto en la zona andina, donde los valores son muy inferiores debido a que hay mayor acceso a servicios de agua potable y alcantarillado. Sin embargo, en La Paz, la prevalencia de oxiuriasis fue de 29%, y aún mayor en la periferia de la ciudad.

c) Adolescentes

En el año 2008, la población adolescente abarca un 22% del total poblacional (49,1% mujeres y 50,9% hombres), de los cuales 65% residen en áreas urbanas. Muchos de ellos tienen que trabajar para ayudar económicamente a sus familias, principalmente en comercio (24,1%), servicios a los hogares (26,9%) e industria (22,9%). Más de la mitad de ellos (65%) trabajan en actividades domésticas, predominando las mujeres como empleadas del hogar.

Una gran parte de los problemas de salud de la adolescencia está relacionada con la sexualidad, y más específicamente con problemas del embarazo. Según la ENDSA 2003, un 16% de las mujeres de 15 a 19 años de edad había tenido un embarazo y en la totalidad de la población, una de cada

tres mujeres tuvo hijos antes de los 20 años. Los mayores porcentajes de embarazos en adolescentes se presentaron entre las mujeres sin educación (47%), en las adolescentes que residen en el área rural (22%), y en las de la zona del llano (21%).

Del total de consultas realizadas por adolescentes 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 doméstica, 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, los casos más numerosos a nivel nacional se registraron en La Paz (46%), Potosí (16%) y Cochabamba (12%).

d) Adultos (20 a 59 años)

En el 2008, la población adulta entre 20 y 59 años de edad representaba el 45,93% de la población total, y al igual que en el grupo de adolescentes, en éste también se presentan con mucha frecuencia problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva, por enfermedades transmisibles –malaria, tuberculosis, fiebre amarilla-, y, en los últimos años por distintas patologías no transmisibles.

La tasa global de fecundidad varió de 4 hijos por mujer en 2001 a 3,7 en 2005 y 3.8 para el 2008. La mortalidad materna disminuyó en el mismo período, de 390 a 230 por 100.000 nacidos vivos. En relación con anticoncepción, mientras 99% de las mujeres con educación secundaria y superior conocían los métodos modernos, solo 54% de las mujeres sin escolaridad los conocía, y apenas el 7,6% usaba un método de anticoncepción.

La población adulta se ve también muy afectada por los cánceres de todo tipo: según estimaciones del SNIS, habría más de 3.000 casos nuevos de cáncer por año, y las proyecciones de la OMS son aún más pesimistas. La población con más riesgo son las mujeres, debido a la alta incidencia de los cánceres como el de cuello uterino y de los órganos genitales, en general. Según estimaciones de la OMS, 1.665 mujeres habrían fallecido en 2002 por cáncer de cuello uterino.

e) Adultos mayores (60 años y más)

A diferencia de lo que ocurre en países de mayor desarrollo, sobre todo en aquellos del continente europeo, en Bolivia la proporción de adultos mayores, en relación al total de la población, no alcanza ni siquiera a un diez por ciento. De hecho, en el año 2008, vale decir en la actualidad, la población de 60 años y más representa solamente un 6,74% del total de habitantes. En el año 2004, el 63% se encontraba en situación de pobreza y un 47,8% era analfabeta (de esta proporción, 70% eran mujeres). De este total, un 46% continuó inserto en actividades económicas y sólo 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.

Sin embargo, con una tasa de crecimiento de 4,4%, es evidente que esta población aumentará sostenidamente, más aún si se toman en cuenta aspectos que están incidiendo en que la expectativa de vida general se prolongue.

Pero aunque a la fecha existen sistemas de apoyo a las personas de la tercera edad – el Bono Dignidad y el Seguro para el Adulto Mayor, SPAM-, este es uno de los grupos de mayor vulnerabilidad, tanto por las condiciones de pobreza relativa en la que se encuentran la mayor parte de sus integrantes, como por el excesivo gasto que demanda la atención de padecimientos crónicos y discapacidades que afectan a estas personas.

En cuanto a los problemas de salud que afectan a esta población y que son propios del envejecimiento, tenemos:

- Dificultades en la visión
- Pérdida de audición
- Problemas del aparato músculo-esquelético
- Problemas cerebro-vasculares
- Problemas cardiovasculares
- Depresión

f) Personas con discapacidad

Según información del Ministerio de Salud y Deportes, 10% de la población boliviana tiene algún nivel de discapacidad. Aunque no existe información clara referente a la clasificación de discapacidades, en términos generales se cree que 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.

g) Grupos Étnicos

De acuerdo al censo de 2001, uno de los mayores problemas en las poblaciones originarias eran las altas tasas de mortalidad infantil y de mortalidad materna.

En 2005, se estudió la cobertura de atención de parto en un establecimiento de salud por municipio según el porcentaje de mujeres monolingües nativas; la cobertura fue menor a 7% en los ocho municipios que contaban 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 abarca entre el 0 a 9% de las mujeres, la cobertura de parto en establecimientos de salud fue del 45%.

h) Salud de las Mujeres

Según datos de la ENDSA 2003, el 49% de las mujeres bolivianas se encuentra entre los 15 y los 49 años de edad, lo que implica que se encuentran en etapa reproductiva. De este total únicamente un 34% utiliza métodos anticonceptivos modernos.

El cáncer de cuello uterino constituye un riesgo grave para todas las mujeres y, debido a su magnitud, constituye un problema de salud pública. En Bolivia las encuestas realizadas por el Registro de Cáncer de La Paz en el periodo 1978-1982 demostraron tasas estandarizadas de 54.4 casos por 100.000 mujeres que tenían entre 35 y 64 años de edad. La incidencia de esta patología

es aún mayor en otras ciudades del país como Oruro y Potosí cuyas tasas son, respectivamente, de 60.9 y 93. 5 por 100.00 mujeres.

Por otra parte, la violencia se está convirtiendo en un problema de salud pública cada vez más serio, estimándose que un 4% de todas las muertes en el mundo son producidas por violencia intencional. Y aunque es difícil obtener datos precisos, los costos de la violencia se expresan en los miles de millones de dólares que cada año se gastan en asistencia sanitaria, además de días laborales perdidos, medidas para hacer cumplir las leyes, e inversiones malogradas⁷.

En el caso de Bolivia, para el 2002 se estimó una tasa de homicidios de 8.2 x 100.000 habitantes y para el 2003 esta tasa subió a 9.4⁸. respecto a la violencia intrafamiliar, 7 de cada 10 mujeres casadas o convivientes reportan ser víctimas de algún tipo de violencia dentro del hogar. Según datos del Comando General de Policía, en el año 2002 se reportaron 32,692 denuncias por agresiones en el hogar, superando en un 36.1% al número de denuncias recibidas, por este mismo concepto, en el año anterior.

i) Salud por municipio

En el año 2001, el entonces Ministerio de Salud y Previsión Social, en asocio con la OPS/OMS y la Federación de Alcaldías Municipales (FAM), creó el Índice de Salud Municipal (ISM), que posibilita establecer las desigualdades relativas en salud entre los Municipios de Bolivia.

El ISM es un índice que agrega 10 indicadores (de estado de salud y determinantes), con mayor énfasis en las determinantes de la salud. El ISM puede tomar valores entre 0 y 1, más alto en tanto mejor es la situación relativa de salud del municipio respecto a un valor de referencia óptimo.

En 2007, 167 Municipios tenían un ISM bajo o muy bajo (<0.500), y 12 un ISM alto (>0.700).

Tabla 6 Municipios con ISM muy bajo (<0.300)

Municipio	Departamento	IMS 2007
Poroma	Chuquisaca	0,198
Ingavi	Pando	0,213
San Pedro de Buena Vista	Potosí	0,224
Villa Nueva	Pando	0,235
Presto	Chuquisaca	0,246
San Pablo (San Pedro)	Pando	0,248
Villa Azurduy	Chuquisaca	0,251
Tarvita	Chuquisaca	0,251
Toro Toro	Potosí	0,255
Costa Rica (Bella Flor)	Pando	0,261
Colquechaca	Potosí	0,262
San Javier	Beni	0,26
Huacaya	Chuquisaca	0,265
Puerto Siles	Beni	0,272
El Puente	Santa Cruz	0,283
Incahuasi	Chuquisaca	0,288
Arroyo Grande (Filadelfia)	Pando	0,288
Pocoata	Potosí	0,288
El Villar	Chuquisaca	0,290
Ravelo	Potosí	0,294
Exaltación (San Lorenzo)	Pando	0,295
Villa Tunari	Cochabamba	0,298

⁷ OMS, Informe Mundial sobre Violencia y Salud, 2003.

⁸ Elaboración de OPS/OMS-Bolivia con base en datos de la Policía Nacional

Tabla 7 Municipios con ISM alto (>0.700)

Municipio	Departamento	ISM 2007
La Paz	La Paz	0,796
Colcapirhua	Cochabamba	0,770
Santa Cruz de la Sierra	Santa Cruz	0,756
Quillacollo	Cochabamba	0,750
Camiri	Santa Cruz	0,729
Tarija	Tarija	0,727
El Alto	La Paz	0,723
Oruro	Oruro	0,712
Punata	Cochabamba	0,710
Puerto Quijarro	Santa Cruz	0,708
Vinto	Cochabamba	0,708
Tiquipaya	Cochabamba	0,705

2.3.2. Principales enfermedades y problemas de salud

a) Principales causas de defunción y de mal estado de salud

En 2002, la OMS realizó un estudio mundial sobre las principales causas de mortalidad y enfermedad: se produjo estimaciones de mortalidad y de años en buena salud perdidos por cada problema de salud (tablas 7 y 8). Estos datos son solamente estimaciones sacadas de modelos de mortalidad, pero tienen la ventaja de tomar en cuenta todos los problemas de salud y de no limitarse a casos reportados, como es el caso en el SNIS.

Tabla 8 Número de defunciones anuales por causa en Bolivia (2002)

Causa de defunción	N° defunciones
Infecciones respiratorias	6 750
Diarrea	4 167
Enfermedad isquémica de corazón	3 948
Otras lesiones no intencionales	3 189
Enfermedades cerebro-vasculares	3 138
Asfixia y trauma en nacimiento	2 993
Tuberculosis	2 978
Cirrosis del hígado	2 410
Nefritis y nefrosis	2 139
Cáncer de cuello uterino	1 665
Diabetes mellitus	1 641
Malnutrición en proteína	1 622
Hipertensión cardíaca	1535
Accidentes de tránsito	1 529
Cáncer del estómago	1 311
Condiciones maternas	1 127
Anomalías congénitas	1 095
Bajo peso al nacer	1 082
Cáncer de próstata	1 041
Cáncer de mama	915
Cáncer de colon y recto	908
Enfermedad de Chagas	898
Linfomas y mielomas múltiples	864
Cáncer de tráquea y pulmones	561

La mortalidad no es el único criterio de gravedad de una enfermedad; así, se debe también tomar en cuenta la morbilidad (tabla 8): existen problemas de salud que, a pesar de no ocasionar alta mortalidad, afectan bastante la población boliviana.

Tabla 9 Años de vida en buena salud perdidas por causa en Boliva (2002)

Enfermedad / problema de salud	Años de vida en buena salud perdidas
Infecciones respiratorias	189 231
Otras lesiones no intencionales	153 492
Diarrea	142 276
Asfixia y trauma en nacimiento	141 457
Depresión, desordenes unipolares	102 606
Condiciones maternas	78 846
Anomalías congénitas	74 215
Tuberculosis	60 914
Accidentes de tránsito	57 294
Malnutrición en proteína	48 466
Bajo peso al nacer	47 564
Desordenes por uso de alcohol	38 463
Enfermedades cerebro-vasculares	36 817
Cirrosis del hígado	36 270
Desordenes por uso de drogas	35 616
Enfermedad isquémica de corazón	33 521
Catarata	28 824
Chagas	27 691
Asma	27 219
Cáncer de cuello uterino	26 144
Nefritis y nefrosis	25 244
Diabetes mellitus	24 418
Esquizofrenia	23 598
Anemia, deficiencia en hierro	20 241
Desordenes endocrinos	20 191

b) Enfermedades Transmisibles transmitidas por vectores

Chagas

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, habiéndose completado en algunos lugares dos ciclos y se intensificaron las evaluaciones entomológicas post rociado.

Hasta 2005, el riesgo de transmisión vectorial después de las acciones de rociado fue nulo en un 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 sero-prevalencia 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*.

Malaria

Cabe mencionar que en 2004 casi 50% de los casos de malaria correspondieron al departamento del Beni, especialmente los municipios de Riberalta (Índice de prevalencia parasitaria de 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, con un índice de prevalencia parasitaria de 37 y 43 por 1.000 habitantes respectivamente.

Leishmaniasis

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), 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.

Dengue

En 2004 se reportaron 682 casos confirmados de dengue, sobre 7.395 casos sospechosos; en 2005, se notificaron 4.179 casos sospechosos (617 casos confirmados por laboratorio), por una tasa de incidencia nacional de 44 por 100.000 habitantes. En 2007, eran 7.323 casos sospechosos, de los cuales 76,1% ocurrieron en el departamento de Santa Cruz, mientras que en 2005, dos tercios (66%) del total nacional se presentaron en los departamentos del Beni y Pando.

En 2005, se registraron 10 casos de dengue hemorrágico, 20 en 2006 y 109 en 2007, con el departamento de Santa Cruz siendo el lugar de mayor incidencia (93% de los casos en estos tres años).

Enfermedades inmunoprevenibles

Desde el año 2000, ha aumentado de 6 a 11 el número de vacunas que protegen a la población menor de 2 años:

- Poliomiелitis
- Tuberculosis
- Difteria
- Tos ferina
- Tétanos, que se aplica a las mujeres de 15 a 39 años
- Rubéola que también se aplica a las mujeres de 15 a 39 años
- Hepatitis B
- Enfermedades causadas por Haemophilus influenzae tipo b
- Sarampión, rubéola y parotiditis (vacuna triple viral, introducida en 2000)
- Fiebre amarilla que se aplica también a las poblaciones adultas en riesgo

En 2004 se lograron coberturas de 86% para BCG; 84% para la tercera dosis contra la poliomiелitis; 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 periodo; 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. En 2007, un total de 77 casos de sarampión y rubéola fueron reportados al SNIS.

Entre 2001 y 2005, se había notificado en promedio tres casos anuales de tétanos neonatal, pero este número subió a 16 en 2006, y fue de 11 en 2007. El número de casos de tétanos en mayores de un año de edad fue de 54 en 2007, y 52 en 2006.

El riesgo de ocurrencia de la fiebre amarilla se ha reducido gracias a la estrategia de vacunación masiva en los departamentos en riesgo y en los municipios expulsores de migrantes. 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 tendencia de tos ferina parece creciente, con 68 casos notificados por el SNIS en 2005, 119 en 2006 y 93 en 2007. En el mismo período, solo se detectaron 11 casos de difteria (5 en 2005, 5 en 2006, 1 en 2007). Finalmente, cabe señalar que en diciembre de 2005, se aprobó la Ley de Vacunas, la cual permite asegurar el abastecimiento del programa y su sostenibilidad financiera. 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 ENDSA 2003. De 2001 a 2003, 80% de los casos de diarrea aguda se produjeron en menores de 5 años. En el período 2001 a 2005 no se diagnosticaron casos de cólera, pero 13 casos sospechosos fueron notificados al SNIS en 2007.

c) Enfermedades Transmisibles Crónicas

En 2005, el Programa Nacional de Tuberculosis notificó 9.196 casos nuevos de todas las formas de tuberculosis, y 7.527 de formas pulmonares con baciloscopia positiva (BK+), lo que representa una tasa de incidencia de 79,8 por 100.000 habitantes. Las tasas más altas de la forma pulmonar BK+ 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 la búsqueda activa se realiza 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 Tuberculosis/VIH. Sin embargo, se presentó disminución de los casos de tuberculosis de tipo pulmonar, pues el número de casos notificados en 2006 fue de 5.059, y de 4.998 en 2007.

En 2006, se notificaron 67 casos de lepra, de los cuales la mitad ocurrió en Pando; en 2004 y 2005, 76 y 66 casos respectivamente fueron reportados, con mayor incidencia en el departamento de Santa Cruz (53% de los casos). En 2007, se observó un incremento de los casos de lepra, con 346 casos nuevos; los departamentos más afectados eran Pando (53% de los casos) y Beni (36%), mientras que Santa Cruz reportó solamente un caso. 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).

d) Infecciones Respiratorias

En 2007 se notificaron 2.615.960 atenciones para infecciones respiratorias agudas (IRA) sin neumonía (266 por cada 1.000 habitantes), de las cuales 56% correspondieron a menores de 5 años (1.130 atenciones por cada 1.000 menores de 5 años). El número de casos de IRA sin neumonía está en aumentación comparando con los años anteriores, pues el promedio de atención por cada 1.000 habitantes era de 249 en 2006 (1.070 en menores de 5 años), y de 235 en 2005 (1.009 en menores de 5 años).

En cambio, el número de casos de neumonía disminuyó durante el periodo 2005-2007: 200.476 casos fueron reportados en 2005 (81,8% de estos casos en menores de 5 años), 195.542 en 2006 (80,8%) y 194.613 en 2007 (80,5%), lo que representa una tasa de incidencia de 1.980,3 por cada 100.000 habitantes.

Las infecciones respiratorias muestran 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 este periodo.

e) VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual

En 2003, los grupos de edad más afectados por el VIH/SIDA 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 sigue 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 en 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.

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.

f) Zoonosis

Dos personas fallecieron por rabia humana en 2003, 6 en 2004 y 11 en 2005. En cuanto a los ataques por canes, hubo 14.544 personas mordidas en 2005 (154 lesionados por 100.000 habitantes) y los niños fueron los más afectados; la mayoría de los ataques fueron por perros callejeros. En 2004 se diagnosticaron 408 canes positivos, cifra que se incrementó a 897 en 2005.

La alta incidencia de rabia canina que registra Bolivia se debe a la falta de un programa operativo entre el Ministerio de Salud y Deportes, los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y los municipios, especialmente de las nueve ciudades capitales, que permita articular todos los aspectos necesarios para el control de la rabia canina.

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), con una letalidad de 20%. En 2005, se notificaron 64 casos sospechosos y se confirmaron 18 por laboratorio. 58 casos sospechosos fueron notificados en 2007.

g) Enfermedades nutricionales

Según datos de la ENDSA 2003, más de una cuarta parte de los niños y niñas 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 (5% en el 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 y cinco de cada 10 niños presentó algún grado de anemia: 25% anemia leve y 25% anemia moderada.

h) 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 (figura 2).

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 de este grupo de edad. En 2005, la incidencia era de 58 por cada 100.000 mujeres, siendo mayor en los departamentos de Oruro y Potosí, cuyas tasa eran 60,9 y 93,5 por 100.000 mujeres, respectivamente. En términos de mortalidad, la OMS estimó que en 2002, el cáncer de cuello habría provocado la muerte de 1.665 mujeres, es decir un promedio de 4,5 defunciones por día. A pesar de ser un cáncer, el de cuello uterino es fácilmente prevenible mediante la detección y tratamiento oportuno de las lesiones pre-cancerosas. Sin embargo, en algunas regiones, la cobertura de citologías de cuello uterino es muy baja, no llega a 5% de las mujeres entre 25 y 49 años.

i) Otras enfermedades o problemas de salud**Desastres**

En el periodo 2001–2008 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 los ocasionados por la acción del ser humano se hizo evidente en el país durante los últimos 10 años. Las inundaciones aportaron el mayor número de muertos (198) entre 2001 y 2005, el número de familias afectadas y damnificadas fue considerable (150.530 familias). Entre las inundaciones que más afectaron a la población está la de la ciudad de La Paz en 2003, producto de una intensa granizada. Este hecho evidenció tanto las debilidades del municipio para responder adecuadamente a las emergencias, como las del sistema de salud que fue sobrepasado por la cantidad de personas que demandaban atención médica.

Los 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, lo que ocasiona 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, cometidos por su pareja. De igual manera, el maltrato de menores parece ser otro problema cotidiano en el cual 1 de cada 3 niños y niñas podría resultar afectado.

Por otra parte, en el año 2004 se produjeron 3.907 disturbios civiles tales como marchas, huelgas, bloqueos y tumultos en todo el país. Asimismo, estimaciones del Ministerio de Salud y Deportes señalan que en ese mismo año, se produjeron 55 accidentes de tránsito diarios (2,5 por hora), con las implicaciones sanitarias y de costo social consiguientes, habiéndose llegado a una tasa de mortalidad 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; sólo en 2,5% hubo motivos mecánicos y en más de 90% existió alguna responsabilidad por comportamiento humano.

Salud Mental y adicciones

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 tienen 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).

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.

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. 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. En general, el hábito era más frecuente en los varones que en las mujeres. Para luchar contra el uso del tabaco, falta el desarrollo de instrumentos y proyectos que promuevan la reducción tanto de la oferta como de la demanda.

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. 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.

2.3.3. Determinantes de la salud

a) Alimentación / Seguridad Alimentaria

La definición de la seguridad alimentaria ha ido cambiando, y actualmente no se considera únicamente la suficiente disponibilidad de alimentos, sino también el derecho de las personas a acceder a alimentos suficientes y adecuados.

La inseguridad o vulnerabilidad alimentaria puede ser causada y/o incrementarse por factores tanto internos como externos al individuo o a la familia: la inseguridad alimentaria está dada por la diferencia entre el riesgo a presentarse tal situación y la capacidad de respuesta de una población determinada ante la presencia de ese riesgo. El primer factor (el riesgo) está determinado por condiciones exógenas, y el segundo (la capacidad de respuesta) depende de condiciones endógenas.

Para cuantificar la vulnerabilidad alimentaria, se utiliza el índice VAM que se calcula en una escala de 1 a 5. Según el Diagnóstico, Modelo y Atlas Municipal de Seguridad Alimentaria en Bolivia, presentado por el Programa Mundial de Alimentos de Naciones Unidas, en el año 2006, 44 municipios presentaron alta o muy alta vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria, en tanto que 30 municipios presentaban un grado medio de vulnerabilidad. En ese mismo año, en el Departamento de La Paz, dejaron de haber municipios con VAM 5 (muy alto grado de vulnerabilidad a la inseguridad alimentaria), en tanto que Santa Cruz, Tarija y Beni se mantuvieron en las categorías de vulnerabilidad baja y media.

En cuanto a las repercusiones de la alimentación inadecuada en cantidad o calidad, están el bajo peso y la baja talla, pero también la obesidad y el sobrepeso, que a su vez son factores de riesgo relevantes para las enfermedades no transmisibles, especialmente por su relación con la diabetes y patologías cardiovasculares. Según una encuesta realizada con el apoyo de la OPS en 1998, los niveles de sobrepeso mostraban una prevalencia mayor en mujeres (64%) que en hombres (57%), para casi todas las edades; los índices más elevados de sobrepeso se presentaron entre 45 y 59 años para ambos sexos.

b) Vivienda

Diversos estudios han demostrado que las personas que viven en la calle tienen un índice de muerte prematura más elevado. Este hecho es más que suficiente para ilustrar la importancia de contar con un sitio en el cual vivir. Pero más allá de esto, abarca conceptos como la calidad de los materiales utilizados en la construcción de la vivienda, su amplitud, el que cuenten o no con servicios básicos incorporados, etcétera.

En Bolivia el 74,59% de la población vive en casa, choza o pahuichi, en tanto que un 21,25% habita en habitación suelta. En el área rural el 71,63% de las viviendas tiene piso de tierra y sólo el 0,76% lo tiene de mosaico, baldosas o cerámica. En área urbana el 49,02% cuenta con piso de cemento y el 33,65% posee piso de tierra. En cuanto a las paredes, el 51,01% de las viviendas son fabricadas con adobe o tapial, y los techos en un 48,61% son de calamina.

Respecto a la disponibilidad de cuartos por persona, en el 36,96% de los hogares, el dormitorio es ocupado por más de tres personas.

En lo que hace a la relación entre vivienda y enfermedades, cabe señalar que el hacinamiento favorece la transmisión de enfermedades contagiosas tales como la tuberculosis y que la situación de la vivienda en relación a los ambientes de corrales o gallineros y los materiales inadecuados de construcción favorecen la proliferación de vinchucas y con ello el riesgo de contraer el mal de

Chagas. Finalmente, en el trópico el no contar con aislamiento del medio ambiente acrecienta el riesgo de contraer malaria, hanta virus, leishmaniasis y otras patologías transmitidas por vectores.

c) Vestimenta

La vestimenta se refiere a la posibilidad de contar con ropaje adecuado para protegerse de las inclemencias climáticas, de factores ambientales y del ataque de algunos vectores de enfermedades. La importancia de la vestimenta es mayor cuando las personas habitan en zonas de climas extremos.

d) Acceso a Servicios Básicos

Agua Segura

En el año 2003, el 65,11% de los hogares se abastecía de agua por cañería de red, 12,17% de río, vertiente o acequia, 9,66% de pozo o noria sin bomba, 5% de pileta pública y el 8,06% restante de otra fuente de provisión.

En el área urbana, 86,49% de la población se abastecía de agua mediante cañería de red. Mientras que en el área rural, sólo el 27,97% de los hogares contaba con este servicio. Y si bien en el área urbana se advierten progresos en la provisión de agua por cañería, en el área rural ésta se mantuvo en el mismo nivel que en el año 1996.

En relación con el estado de salud, la falta de acceso inmediato a agua potable y la contaminación de las aguas, sea por minerales pesados o por plaguicidas, es factor desencadenante de varias y diversas patologías, en particular enfermedades gástricas y parasitosis.

Alcantarillado

En Nuestro país, el 68,76% de las viviendas cuenta con servicio sanitario. En el área rural 38.96% cuentan con este servicio, lo que contrasta con el área urbana, donde el 85.93% está en la misma situación.

Del total de viviendas con servicio sanitario, un 31.43% dispone de alcantarillado sanitario, 25.75% pozo ciego, 10.62% cámara séptica.

El 48.36% de las viviendas urbanas dispone de servicio de alcantarillado, en tanto que en área rural el 32.30% de las viviendas cuentan con pozo ciego, 3.61% con cámara séptica y sólo un 2.05% dispone de conexiones de alcantarillado sanitario.

Tanto la falta de alcantarillado como la de agua segura producen enfermedades gástricas y parasitosis, que hallan expresión en episodios diarreicos que, en el caso de menores de cinco años pueden llevar a la muerte por deshidratación.

Educación

Salud y educación son muy relacionadas (una no funciona bien sin la otra) y actúan juntas para el desarrollo de la niñez y de la población en general.

Es evidente que uno aprende mejor cuando está en buena salud, pero la relación funciona también en el otro sentido: cuando los niños tienen buenas condiciones de educación y aprenden mejor, favorece su salud presente y futura. La gente con mayor educación tiene una mejor comprensión de los determinantes de la salud y es más apta a utilizar los servicios de salud con eficiencia (por ejemplo para cumplir con los tratamientos). Además, la educación tiene un impacto indirecto sobre la salud mediante su influencia sobre variables como el ingreso.

Según el censo nacional de 2001, el 13,28% de la población boliviana es analfabeta. Las diferencias son importantes de acuerdo al sexo: en hombres es de 6,91% y en mujeres de 19,35%. Por otro lado existe una estrecha relación entre el nivel de estudios alcanzado y la ocupación. Las personas

con nivel educativo primario se concentran en empleos como trabajadores manuales (artesanos, obreros, etc.), en cambio los universitarios y técnicos tienen la oportunidad de acceder a cargos de mayor jerarquía.

De la misma forma, la probabilidad de ser pobre es más alta cuanto más bajo es el nivel de educación alcanzado. Por ejemplo, en término de necesidades básicas satisfechas, se tiene los siguientes resultados:

Sólo un 0.8% de la población tiene sus necesidades básicas satisfechas cuando el jefe del hogar no ha recibido ninguna educación e ingresan en la categoría pobres. En cambio, tiene sus necesidades básicas satisfechas un 58.4% cuando el jefe del hogar alcanza un nivel de educación superior.

En cuanto al nivel de estudios alcanzado en Bolivia en el año 2003, el 14.57 % de la población no contaba con ningún tipo de estudio escolar. De este porcentaje un 21.78% eran mujeres y el 6.71% varones. Sin embargo, esta situación de desigualdad se va atenuando a medida que se avanza en los años de escolaridad: del 44.96% de pobladores que han concluido estudios de primaria, un 46.40% son hombres y un 43.65% mujeres.

e) Recreación

La recreación se refiere a la posibilidad de contar con tiempo libre y recursos económicos para dedicarse a actividades recreativas, y en particular a actividades físicas.

La actividad física y el deporte son elementos preventivos con relación al consumo de estupefacientes, enfermedades cardiovasculares, mejoras en la psicomotricidad, estrés, etc. Existe pues en la realización de actividades deportivas una alta probabilidad de que se produzcan en primer lugar efectos visibles y positivos sobre la salud de toda la población; en segundo lugar se cree un hábito de vida que evite el consumo de estupefacientes, alcohol y tabaco y finalmente que se logren condiciones ideales sobre su predisposición a enfrentar situaciones de tensión generadas por la vida laboral y sedentaria.

En nuestro país, la actividad física tiene poca adherencia en la población y es menos común entre las mujeres. La práctica deportiva disminuye a lo largo de la edad y las brechas entre hombres y mujeres tienden a incrementarse. Según la ENDSA 2003, 74% de los hombres y 41% de las mujeres realizaron alguna actividad física recreativa en la semana previa a la entrevista.

Por otra parte, después de los 60 años, la inactividad superaba el 83% en las mujeres y alcanzaba al 60% en los hombres. La práctica también tiende a ser menos frecuente entre los más pobres y entre la población con menor nivel educativo.

f) Seguridad Social

El concepto de seguridad social se refiere principalmente al bienestar social relacionado con la protección social o la cobertura de las necesidades socialmente reconocidas, como la pobreza, la vejez, las discapacidades, el desempleo, las familias con niños y otras.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT), en un documento publicado en 1991, definió la Seguridad Social como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo, invalidez, vejez y muerte; y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos.

En Bolivia, más de la mitad de la población no beneficia de ningún tipo de asistencia médica (que sea en cajas de salud o en seguros privados), lo que aumenta significativamente el riesgo de no acudir a un servicio de salud adecuado cuando se lo necesita.

g) Pobreza

El nivel de pobreza y el estado de salud son relacionados de manera muy estrecha. En primer lugar, la pobreza no permite el fácil acceso a servicios de salud adecuados por las barreras financieras que cree. Sin embargo, el efecto de la pobreza sobre el estado de salud consiste esencialmente en la relación que esta tiene con los otros determinantes de la salud (acceso a servicios básicos, educación, vivienda, seguridad social...).

De acuerdo con los datos del Anuario Estadístico 2005 del INE, el 39.6% de la población boliviana vive en condiciones de pobreza extrema; el 29.1% de la población del área urbana se encuentra en pobreza extrema, mientras que en el área rural el 58.6% está en esa categoría.

De acuerdo al Mapa de la Pobreza elaborado por el INE, los municipios se pueden clasificar en 5 categorías según la proporción de pobres que se encuentran en su territorio (tabla 9).

Tabla 10 Distribución de municipios y población según magnitud de pobreza. 2001

Grupo	Magnitud pobreza (%)	No. Municipios	%	Población	%
Grupo I	17,0 - 59,9	41	13,1	4.309.566	52,1
Grupo II	60,0 - 84,9	73	23,2	1.753.331	21,2
Grupo III	85,0 - 94,9	80	25,5	1.032.190	12,5
Grupo IV	95,0 - 97,9	49	15,6	619.059	7,5
Grupo V	98,0 - 100,0	71	22,6	560.179	6,8

Fuente: Elaborado en base datos de INE-UDAPE

El 38.2% de los 314 municipios que conformaban el país en 2001 se encontraban en los grupos IV y V, o sea que tienen más del 95% de su población en condición de pobreza.

De acuerdo con varios estudios, los municipios con mayores niveles de pobreza muestran también los peores resultados en los principales indicadores de salud, lo que reafirma la relación entre las condiciones de salud y la pobreza. En este sentido, la tabla 10 nos muestra la relación entre un indicador muy representativo del estado general de salud (la tasa de mortalidad infantil, por 1.000 nacidos vivos) y otros determinantes de la salud, entre las cuales está la pobreza.

Tabla 11. tasa de mortalidad infantil en Bolivia con relación a determinantes de salud

Departamento	Incidencia de Pobreza absoluta	Población sin acceso a agua segura	Tasa de analfabetismo en mujeres > 15 años	Tasa mortalidad infantil (x 1000 nv)
Potosí	66.7%	56.0%	40.0%	99
Chuquisaca	61.5%	46.1%	34.8%	71
Oruro	46.3%	42.5%	17.3%	82
La Paz	42.4%	34.5%	17.6%	64
Beni	41.0%	64.9%	11.7%	60
Cochabamba	39.0%	46.1%	21.2%	72
Pando	34.7%	61.4%	13.8%	63
Tarija	32.8%	24.5%	20.1%	53
Santa Cruz	25.1%	22.3%	10.3%	54
Bolivia	40.4%	37.7%	19.4%	66

Fuentes: Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INE. Informe Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Frente a esta estrecha interrelación entre salud y condiciones de vida, se puede concluir que:

- No es posible el tratamiento de lo sectorial sanitario de manera aislada de lo social global.
- No es posible modificar lo social con propuestas sectoriales aisladas.
- Las propuestas sectoriales sólo pueden crear condiciones que posibiliten la modificación de lo social desde lo social mismo.

2.3.4. Exclusión en salud y barreras al acceso

a) Concepto

La exclusión en salud se refiere a la falta de acceso total o parcial a los servicios de salud. En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a la atención en salud de manera adecuada. Por otra parte, es la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud. En conclusión, la exclusión en salud es un fenómeno que trasciende el sector. Está caracterizada por ser un problema multi-causal, donde se pueden distinguir fuentes externas e internas al sistema de salud. Entre las causas externas se encuentran las barreras de acceso (económicas, geográficas, laborales y culturales y étnicas). Las fuentes internas están constituidas por fallas o déficit en cobertura, de estructura, de procesos y de resultados.

b) Necesidad Percibida, Demanda y Demanda Asistida

En la encuesta continua de hogares de 2002 (MECOVI), de la población que reportó haber estado enferma (1,92 millones de personas, 23%), el 18% no recibió atención alguna porque no pudo o no percibió la necesidad de acudir a un servicio sanitario, sea por barreras económicas (42%), porque se trataba de un caso leve (33%), por recurrir a la automedicación (13%), por la distancia de los servicios (9%) o su mala calidad (3%); ellos constituyen el primer grupo de exclusión.

Del otro 82% que buscó algún servicio, el 55% fueron atendidos institucionalmente por personal de salud (no se considera la calidad ni el resultado); el otro 45% no accedió a ningún servicio institucional aunque había percibido la necesidad, constituyendo el segundo grupo de excluidos. Este grupo recibió atención no institucional, es decir, se hizo atender con un farmacéutico (6%), un familiar (39%) u otra persona (1%).

En totalidad, sólo el 42% de las personas que percibieron estar enfermos lograron acceder al sistema de salud.

Más allá de la penosa constatación de que el 58% de los bolivianos enfermos no reciben atención sanitaria cuando la requieren, el análisis de las causas de la exclusión, divididas en externas para las ajenas al sector e internas para las propias, puede orientar el análisis. Las causas externas de exclusión son las de mayor importancia relativa, con el analfabetismo de las mujeres como la variable más significativa, en segundo lugar están las barreras económico-financieras que se concentran en la población pobre. Así, el 80% de los pobres que percibieron enfermedad demandaron atención mientras que el 87% de los no pobres lo hizo.

Además, parece existir una relación negativa entre atención institucional y pobreza. El 59% de las personas que tiene un ingreso mayor a la línea de pobreza ha logrado atender su demanda de salud institucionalmente, comparado con sólo el 44% y el 35% de los pobres y pobres extremos respectivamente.

La tenencia de seguro, ya sea público, en la seguridad social o privados, motiva a la población enferma a buscar atención. En ambos casos, se observa que el 90% de las personas que reportaron enfermedad demandaron atención, mientras que entre aquellos que no tienen ningún seguro, la demanda contenida alcanza al 25%. Además, la tenencia de seguro implica una mayor probabilidad de ser atendido institucionalmente: el 73% de las personas que cuenta con un seguro privado o estaba afiliado a una Caja de Salud fueron atendidas de manera institucional; el resto puede estar constituido por población enferma que reside en áreas dispersas donde no llega la seguridad social y donde la medicina tradicional y la automedicación constituyen soluciones alternativas.

La demanda contenida según etnia muestra que los castellano-parlantes contienen menos la demanda de atención en salud, respecto a la población originaria. El 21% de éstos últimos

contuvieron su demanda de atención en salud, respecto al 14% de los castellano-parlantes que no demandaron atención en salud habiendo estado enfermos. Además los de habla castellana son los que han accedido con más frecuencia a la atención institucional (55%); los quechuas y los guaraníes accedieron a una atención institucional en 43% y 48% respectivamente. Los aymaras sólo reportaron que un 29% de su población enferma que buscó atención logró satisfacer su demanda institucionalmente.

La razón de no demanda según género muestra que el 45% de las mujeres que no demandó servicios de salud fue por razones económicas, frente a 38% de los hombres. La mala atención que experimentaron, ellos u otras personas, dentro del sistema de salud, es una tercera razón, con una mayor percepción negativa de los servicios por parte de los hombres.

Según área geográfica, la población enferma del área urbana es la que más se quejó de las barreras económicas como razón de demanda contenida (46%), respecto a la población enferma del área rural (36%). Como es de esperar, el problema de distancia es una razón para no acudir a los servicios en el área rural. La percepción de mala calidad de los servicios es mayor en el área urbana (4%) que en el área rural (3%).

c) Riesgo de Exclusión

La distribución del riesgo de exclusión según área geográfica y región (tabla 11.) muestra que la mayor severidad en el riesgo de exclusión existe en el occidente urbano y en el oriente rural, con 40% y 41% respectivamente. Si se suman los grados severo y alto, claramente vuelve a sobresalir la población que reside en el área rural del occidente y de valles como la de mayor riesgo de exclusión (95% y 98% respectivamente). Estos resultados son consistentes con la existencia del bolsón de pobreza ubicado en los valles rurales del sur del departamento de Cochabamba, el norte de Chuquisaca y los municipios del altiplano potosino.

Los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), son los que cuentan con menor grado de riesgo de exclusión. Si se suman los tramos de riesgo severo y alto, el departamento de Beni es el menos excluido (9%), seguido por Santa Cruz (16%) y finalmente Pando (22%).

Los departamentos que presentan el mayor grado de riesgo de exclusión (severo y alto) son Potosí (89%), Chuquisaca (76%) y Oruro (62%), mientras que los departamentos con un grado de riesgo de exclusión relativo (moderado y leve) son Cochabamba (62%), La Paz (56%) y Tarija (54%).

Tabla 12. Distribución del Riesgo de Exclusión, según Área Geográfica y Región

Área geográfica	Región	Grado del riesgo de exclusión			
		Severo	Alto	Moderado	Leve
Urbana	Occidente	40%	4%	10%	46%
	Valles	26%	7%	22%	45%
	Oriente	3%	0%	80%	17%
Rural	Occidente	21%	75%	0%	5%
	Valles	16%	82%	0%	2%
	Oriente	41%	5%	6%	48%

d) Causas de Exclusión

El riesgo de exclusión en salud tiene causas múltiples, presentadas en el Cuadro 8. Estas causas son clasificadas según si pertenecen a la dimensión interna del sistema de salud (peso relativo en la exclusión de 40%), o a las barreras externas al sistema de salud (60%).

Pese a que Bolivia cuenta con programas de aseguramiento público, éstos focalizan sus intervenciones en grupos vulnerables como la mujer embarazada y el menor de 5 años, lo que implica que otros grupos de población como la mujer en edad fértil y la población en edad productiva deben correr con los eventuales gastos por enfermedad, que pueden ser importantes como se observa en la importancia relativa del gasto catastrófico en el índice de exclusión (4.4%).

e) Barreras económico-financieras

Gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo, que representa 6% del gasto total del hogar, es una barrera financiera importante en el acceso de la población a los servicios de salud.

Esta proporción de gasto se concentra en los quintiles medios de la distribución del ingreso: el segundo quintil de ingresos reportó un gasto de bolsillo que representó un 9,3% de su gasto total mientras que el quintil más rico muestra la menor proporción de gasto de bolsillo en salud (5,2%). El quintil más pobre de ingresos reporta una baja proporción de gasto de bolsillo debido a la insuficiencia de ingresos. Los hogares no pobres que reportaron gasto de bolsillo, gastaron Bs. 144 en promedio, los pobres moderados Bs. 90 y los pobres extremos Bs. 70. Pese a que los no pobres reportan un mayor gasto de bolsillo promedio, los hogares en pobreza extrema y moderada muestran gastos considerables que en muchos casos puede llegar a representar más de la cuarta parte de la línea de pobreza.

El gasto de bolsillo en salud según etnia muestra un comportamiento estable entre los quechuas, guaraníes y castellanos, donde la mayoría tuvo que efectuar gastos de bolsillo en salud pero en una cuantía menor al 10% de su gasto total. Sin embargo, la mayoría de los aymaras (48%) reportaron no haber tenido que gastar en salud, lo cual sugiere que esta población ó tiene una morbilidad más baja respecto a los otros grupos étnicos o tiene una baja valoración de la salud.

En términos agregados, el gasto de bolsillo efectuado por los hogares, sigue siendo importante en el país a pesar de la vigencia del SUMI y del SMGV, alcanzando al 28% del gasto nacional total en salud para 2002.

Gasto catastrófico en salud

A partir del gasto de bolsillo en salud, se puede construir la variable del gasto catastrófico en salud (mayor al 10% del gasto total del hogar), que contribuye de mejor manera al análisis de la exclusión. A nivel nacional, el 34% de los hogares no precisó recurrir a gasto de bolsillo para atender su salud, el 53% reportó un nivel de gasto menor al 10% del gasto total y el 13% de los hogares tuvieron que gastar más del 10% de su gasto total.

Del total de hogares que tuvieron que efectuar gastos de bolsillo en salud mayor al 10% de su gasto total, 61% pertenecían a la economía informal y el 39% eran trabajadores formales. Este resultado tiene relación con el tipo de aseguramiento del SSO, que excluye a los informales. Así, el 72% del total de hogares que incurrieron en gasto catastrófico en salud no estaba protegido por ningún tipo de seguro, el 15% estaba cubierto por el SBS, y del 12% que cuenta con un seguro, 10% estaba con la seguridad social de corto plazo y 2% restante tenía un seguro privado.

Afiliación a Seguros de salud

Una de las formas de protección en salud más importantes en Bolivia es la afiliación a la seguridad social de corto plazo (Cajas de Salud). Sin embargo, la cobertura de éste subsistema es todavía baja. Aunque los registros administrativos del INASES reportan una cobertura de 27%, la MECOVI-2002 reporta apenas un 15,8% de la población total protegida por la seguridad social de corto plazo. El análisis de la tenencia de seguro según quintiles de ingreso señala que el subsistema de la seguridad social es excluyente, donde el 37% de la población del quintil más rico de ingresos está

asegurada en las Cajas de Salud, mientras que sólo el 4% de la población del quintil de ingresos más pobre se encuentra afiliada. Los pobres son los más desprotegidos, dado que del total de ellos, el 74,5% no cuentan con ningún tipo de seguro. El análisis del aseguramiento según grupo étnico, muestra que la población no indígena es la que mayor grado de aseguramiento tiene, representando el 71% del total de afiliados a las Cajas de Salud y seguros privados, mientras que alrededor de un 28% de población indígena (quechuas, aymaras y guaraníes) cuentan con un aseguramiento formal. Según área de residencia, la tenencia de seguro formal, asociado a la seguridad social de corto plazo y otros seguros privados, se concentra claramente en el área urbana. Del total de asegurados en términos formales, el 87.5% residen en el área urbana y sólo el 12.5% en el área rural.

Además de la Seguridad Social, el Estado Boliviano ha implementado, en las dos últimas décadas, seguros públicos de salud, principalmente con el fin de reducir de manera significativa los índices de morbimortalidad materna e infantil. También se implementó seguros para las poblaciones mayores de 60 años, que figuran dentro de las más pobres y excluidas del sistema nacional de salud.

Es así que a partir de 1996 se ingresa a una etapa de la salud pública nacional caracterizada por la otorgación de prestaciones de salud gratuitas mediante seguros públicos de salud financiados con recursos fiscales y administrados a partir de los Gobiernos Municipales (tablas 13. y 14.).

Tabla 13. Seguros Públicos de Salud maternos y de la niñez en Bolivia

Seguro	Beneficiarios	Vigencia	Prestaciones y atención	Financiamiento
Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)	Menores de 5 años y mujeres embarazadas	mayo 1996 a dic. 1998	32 prestaciones en el sub-sector público: 18 prest. de diagnóstico, 12 prest. para mujeres embarazadas y 9 prest. para menores de 5 años	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (3,2% del 90% de CP tributaria municipal), RRHH financiados por TGN
Seguro Básico de Salud (SBS)	Menores de 5 años, mujeres embarazadas y familias (grandes endemias)	marzo 1999 a 2003	92 prestaciones en el sub-sector público: 14 prest. de diagnóstico, 35 prest. para mujeres embarazadas, 33 prest. para menores de 5 años y 13 prestaciones universales a la familia (tuberculosos, malaria, cólera e ITS)	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (6,4% del 85% de CP tributaria municipal), RRHH financiados por TGN
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 1)	Menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores al parto	2003 a dic. 2005	500 prest. de atención a la enfermedad y prevención de la enfermedad en los sub-sectores público, de la Seguridad Social y sub-sector privado (con convenio)	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (10% del 100% de la CP tributaria municipal), transferencias eventuales del FSN, RRHH financiados por TGN y fondos de la Seguridad Social de Corto Plazo
Ampliación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2)	Beneficiarios SUMI 1 + mujeres en edad fértil	Desde diciembre 2005	Prestaciones SUMI 1 + 27 prestaciones de salud reproductiva a todas las mujeres en edad fértil en los sub-sectores público, de la Seguridad Social y sub-sector privado (con convenio)	Mismas fuentes de financiamiento SUMI 1

Tabla 14 Seguros Públicos de Salud para adultos mayores en Bolivia

Seguro	Beneficiarios	Vigencia	Prestaciones y atención	Financiamiento
Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	Agosto 1998 a enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seg. Social), únicamente en los establecimientos de la Seg. Social de CP	Prima anual para establecimientos de salud de \$56 por afiliado (repartida entre los 3 niveles de atención), pagada a 60% por TGN y 40% por Gobiernos Municipales (CP tributaria), RRHH por fondos de la Seg. Social de Corto Plazo
Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	desde enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seguridad Social) Atención en los sub-sectores público y de la Seguridad Social, y en otros sub-sectores con convenios	Prima anual para establecimientos de salud de Bs.450,8 (repartida entre los 3 niveles de atención) por afiliado pagada integralmente por recursos municipales (provenientes de la CP tributaria municipal, IDH municipal e ingresos propios), RRHH financiados por TGN, fondos de la Seguridad Social de Corto Plazo y fondos de otros sub-sectores según convenios

2.4. Contexto internacional

Internacionalmente, Bolivia, comparte sus amplias fronteras con países limítrofes, los cuales tienen similares situaciones de salud, con los cuales ha firmado convenios, bajo la premisa de fomentar, concretar y modernizar la infraestructura técnica, científica y tecnológica entre países en desarrollo; estos documentos son: “Acuerdos de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica” con las repúblicas limítrofes de Argentina, Chile, Perú, Paraguay; con quienes se ejecuta el programa de “Salud de las Fronteras”.

De la misma manera, se establece relación con Colombia, Ecuador, Uruguay, México, Panamá a modo de promover la Cooperación –Técnica y Científica, desarrollando programas integrados y proyectos específicos y de interés común.

Comparte puntos de coincidencia referentes a los sistemas de salud, las políticas y los programas que se vienen aplicando en tres países, como el haber desarrollado sistemas de salud familiar comunitaria y reorientar los servicios de salud – como en el caso de Cuba- , o haber incursionado en el seguro universal – como Brasil- y estar encarando procesos de cambio en la conceptualización de la salud y el derecho a la salud, como se hace actualmente en Venezuela.

2.4.1. República Socialista de Cuba

Las reformas encaradas en el Estado cubano a partir del 60; especialmente el Sistema Nacional de Salud, es un proceso permanente que comenzó con la creación del Servicio Médico Rural, las Áreas de Salud y el propio Sistema Nacional de Salud.

Actualmente, cuatro estrategias son las que delimitan la política de salud de Cuba, estas emergieron de un análisis profundo de identificar la problemática basada en el ambiente externo al sistema considerando el entorno político económico y social del país, el marco institucional, el financiamiento y los gastos del sector salud, analizando el ambiente interno, considerando el perfil epidemiológico, la situación de la reforma, el fomento de la salud y la regulación sanitaria, los servicios de salud, el desarrollo tecnológico, la formación y perfeccionamiento de los recursos humanos, valorando también el potencial científico técnico existente en el país.

a) Reorientación del Sistema de Salud

Hacia la atención primaria en salud que comprende un conjunto de procedimientos y servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación, así como la protección de grupos poblacionales específicos y el abordaje de problemas de salud con tecnologías apropiadas al nivel de atención. Esta estrategia de APS (atención primaria de salud), entra en vigencia con la implantación y desarrollo del modelo de atención de medicina familiar a partir de 1984.

A la fecha, en Cuba el 97% de la población está cubierta con un médico y una enfermera familiares. Existen 381 áreas de salud con cobertura completa con el programa del médico de la familia y se espera alcanzar el 100% en los próximos años. Para lograr esto se ha previsto hacer mayores inversiones que permitan dotar al médico familiar de una mayor capacidad resolutoria para la atención a la población y tener como efecto positivo menor número de ingresos a los servicios de salud; asimismo, se ha previsto desarrollar la participación de la comunidad a través del movimiento municipios y comunidades saludables, para lo cual se ha creado una red integrada por consejos nacionales, provinciales y municipales de la salud, así como por los consejos populares por la salud.

b) Revitalización de la atención hospitalaria

La medicina familiar ha logrado disminuir los ingresos en los servicios hospitalarios, las consultas de urgencias y las intervenciones quirúrgicas. Las medidas de ahorro y racionalización de recursos han influido en la capacidad resolutoria de las unidades hospitalarias del sistema.

La recuperación hospitalaria, con un enfoque económico del trabajo hospitalario, en la solución de los problemas de salud a este nivel, va encaminada a incrementar la calidad de la atención médica; incrementar la eficiencia del trabajo de las instituciones; elevar la satisfacción de la población con los servicios y propiciar la proyección comunitaria del hospital.

c) Reanimación de programas de tecnología de punta e Institutos de Investigación

Cuba ha desarrollado un grupo de programas de atención de primer nivel para garantizar la salud de la población, tales como programas del cáncer, insuficiencia renal, los cardiocentros, el diagnóstico precoz de las afecciones congénitas, prenatales, de sangre y hemoderivados y otros para los cuales es necesario garantizar ciertas inversiones, organización, inteligencia y creatividad. En este sentido

es importante el papel que ha jugado y jugará la ayuda del exterior, que se está recibiendo, siendo aún necesario movilizar recursos externos y trabajar para organizar y poner en función esta estrategia.

d) Desarrollo del Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional

En la actualidad, Cuba trabaja en la producción de fármacos y vacunas indispensables, cuya falta de disponibilidad pondría en riesgo la vida de los pacientes. Adicionalmente, se impulsa la medicina tradicional y natural con todo el rigor científico necesario, a fin de desarrollar técnicas tales como la acupuntura, dígito puntura, láser terapia, balneoterapia, es decir, un grupo de técnicas que están sustituyendo, con más inocuidad, el enfoque de la medicina clásica.

El Sistema Nacional de Salud consolidado de Cuba, garantiza un pueblo saludable, su fortalecimiento, acompañado de cambios profundos en lo social y económico, cambios que se orienten a la modificación favorable de los determinantes de la salud: educación para todos, dignificación de la vida humana con trabajo, vivienda, mejores condiciones de vida, así como seguridad en el ejercicio los derechos de la población.

2.4.2. República Federativa del Brasil

El Instituto Nacional de Previsión Social y El Instituto Nacional de Asistencia Médica de la Previsión Social, INAMPS, creados en 1960 y en 1976, son los responsables de toda la asistencia médica a la población dependiente de trabajadores formales y trabajadores permanentes como a personas que, no tuviesen un empleo seguro y quisiesen realizar aportes.

La Constitución de 1988 instituyó el Sistema Único de Salud (SUS) que pasó a tener como meta la cobertura universal de toda la población brasileña, a semejanza de los sistemas de protección social existentes en los países europeos que adoptaron la vía del estado de bienestar. Sin embargo, en sus primeros años de vigencia, el SUS no arrojó resultados satisfactorios, razón por la cual se hicieron reformas orientadas hacia una mayor descentralización, con aumento de la autonomía de los estados y municipios en el montaje de estructuras de prestación de servicios sanitarios adecuados a cada realidad.

Por otra parte, a principios de los años 90 hubo una fuerte crisis institucional y financiera del sector sanitario en Brasil, que tuvo como corolario una pérdida de calidad y de cobertura del sistema público. Con ello se acentuó la tendencia a que el SUS se convirtiese, en la práctica, en un sistema dirigido a la atención de los grupos sociales de renta más baja, una vez que las clases de media y alta renta podían contar con los llamados sistemas privados de medicina supletoria, que se han expandido a tasas bastante elevadas.

Y aunque, Brasil cuenta también con una estructura de recursos humanos en salud son fuerte expansión, la composición de los equipos sanitarios es todavía inadecuada, en la medida en que se centra en el médico y en el auxiliar de enfermería, sin incorporar a otros profesionales que dotarían a los equipos de la necesaria interdisciplinariedad en su accionar.

Hoy en día, el Ministerio de Sanidad y el Gobierno Federal - en colaboración con los estados y municipios - se encuentran en permanente búsqueda de nuevas definiciones que permitan al sistema sanitario brasileño adquirir más eficiencia y alcanzar los objetivos de cobertura y equidad. El principal desafío es administrar adecuadamente los escasos recursos disponibles para que puedan suplir necesidades y carencias, en especial de los segmentos más pobres de la población.

2.4.3. República Bolivariana de Venezuela

El Programa Venezolano de Educación-Acción en Derechos Humanos, define la salud en sus características integrales que incluyen elementos y factores involucrados en la salud, se mencionan la salud física y mental adecuada, un medio ambiente sano, una alimentación completa y balanceada, un trabajo digno, bien remunerado y en condiciones higiénicas y seguras, un sistema de seguridad social que cubra necesidades básicas, una vivienda digna que reúna condiciones sanitarias óptimas, una educación gratuita y adecuada, el descanso, la recreación, el deporte y la vida cultural.

En la actualidad existen varios sistemas sanitarios separados, sin comunicación, ni coordinación funcional y territorial entre ellos. Cada sistema responde a una autoridad gubernamental diferente, donde se evidencia la ausencia de una autoridad pública nacional responsable de las distintas prácticas sanitarias a nivel nacional.

La *Misión Barrio Adentro*, es la estrategia de extensión de coberturas del sistema de salud venezolano, este sistema y el sistema tradicional público se encuentran funcionalmente separados, aumentando así la fragmentación del sistema global. Sin embargo, la forma como se ha venido implementando, la gran cantidad de recursos invertidos y su continuidad en el tiempo parecen indicar que la *Misión* tiene como fin sustituir el sistema sanitario público tradicional que presenta significativas deficiencias, y no el de integrarse a éste.

El Instituto Venezolano de Seguridad Social cuenta con la red de centros sanitarios de más alta tecnología en el sistema público y apenas cubre formalmente al 34% de la población total. La red de centros de segundo y tercer nivel de la *Misión Barrio Adentro* ha hecho que los servicios de alta tecnología lleguen más a los sectores populares, pero el número de estos centros es muy bajo para cubrir la demanda.

2.5. Problemática en el sector

La problemática en salud es traducida globalmente como:

- ❖ **Alta privación socio – biológica en las mayorías poblacionales**, determinantes sociales y políticas desfavorables para la calidad de vida y sus consecuencias para la salud colectiva; que se expresan en perfiles patológicos y epidemiológicos diferenciados según grupos sociales, caracterizados por la alta incidencia de enfermedades de la pobreza, muertes evitables y baja productividad.
- ❖ **Sistema de Salud Inequitativo e ineficiente**: no se toma en cuenta la diversidad cultural, social, étnica del país. Insuficiente capacidad resolutoria de los establecimientos de salud, expresado en niveles de gestión y atención desintegrados; sin criterio de calidad y eficiencia, desconectados entre sí, mal distribuidos, deficientemente equipados, con profesionales, técnicos y administrativos desmotivados y sin mecanismos de control social.
- ❖ **Sistema Nacional de salud segmentado, fragmentado**, con débil rectoría. Gestión ineficaz e ineficiente, sin capacidad de seguridad sanitaria ni de contribuir a la protección social de la población, expresado en la presencia de varios subsectores, con planes y presupuesto no coordinados entre sectores; y de accionar independiente, con recursos de cooperación mayoritariamente condicionados por las agencias cooperantes, con un marco jurídico disperso y

contradictorio, en gran parte obsoleto; con concentración y duplicidad de servicios en focos urbanos y con áreas rurales sin servicios básicos de salud; con poca o ninguna experiencia o interés en coordinar intersectorialmente para intervenir sobre las determinantes de la salud y minimizar la exclusión social en salud.

- ❖ **Insatisfacción de los usuarios del Sistema Nacional de Salud** con expresión de la alineación sobre la valoración de la salud y escasa participación en la planificación y control social de la actividad sectorial, determinado por un entorno económico y social que ha minado el poder social y ha evitado el empoderamiento de la población, aun más el de las mujeres.
- ❖ **El Sector salud no asume la medicina tradicional** y no hay complementación plurinacional en los servicios. Hay una falta de fomento a la práctica de los terapeutas tradicionales, a la investigación de la medicina ancestral a la elaboración de una farmacopea y al implementación de mecanismos regulatorios.
- ❖ **Los problemas alimentario nutricionales, que repercuten en la desnutrición y malnutrición** que generan bajas defensas frente a la enfermedad y en el caso de la infancia causa disminución en sus capacidades de aprendizaje y desarrollo intelectual.

Esta situación de salud de los bolivianos y bolivianas ha permanecido en el tiempo, con poca o casi ninguna variación positiva; a lo largo del transcurso de las diferentes gestiones de gobierno, aunque las propuestas de trabajo planificado y programático permitían ver un trabajo organizado que repercutiría en la mejoría de algunos de los problemas señalados arriba.

2.6. Potencialidades del sector

El sector salud posee muchas capacidades y potencialidades que le permiten dar pasos hacia el futuro. Entre ellas están:

- Un modelo de gestión de salud descentralizado y concurrente, en proceso de mayor profundización, que tendría capacidad para tomar decisiones más próximas a los problemas locales, en la que participarán las comunidades en la toma de decisiones.
- Pueblos Indígenas y Originarios con estructuras propias que cuentan con saberes ancestrales, usos y costumbres en el tratamiento de enfermedades.
- Se cuenta con un Sistema Nacional de Salud con práctica gerencial en manejo del seguro público (Seguro Universal Materno Infantil y Seguro Médico Gratuito de Vejez) en todo el territorio nacional, además de 50 años de experiencia en Seguridad Social.
- Alianzas estratégicas intersectoriales por niveles de gestión. (Universidades públicas y privadas para desarrollar acciones de promoción en salud)
- Incorporación efectiva de las redes sociales al sector, por niveles de gestión. (especialmente en el nivel local para la sistematización de necesidades y toma de decisiones)
- El Plan Nacional de Desarrollo prioriza la protección social y el desarrollo comunitario integral Base de la salud familiar comunitaria intercultural
- Apoyo de Cooperación Internacional a través del financiamiento y asistencia técnica.

2.7. Enfoques transversales en el sector

De manera general la transversalidad es *“Un enfoque de desarrollo que interactúa en todos los niveles y dimensiones del desarrollo, parte de considerar que la realidad es múltiple y diversa, trata de captar todas las variables posibles que puedan afectar al problema o la realidad que se pretende modificar en los sectores que considera el PND, desde una perspectiva holística e integral, y en forma participativa”*

Los enfoques transversales del Plan Nacional de Desarrollo son innovación, equidad, medio ambiente-riesgos y territorialidad. En cuanto al Sector Salud, el enfoque de equidad se tradujo desde 2006 principalmente en estrategias de equidad de género.

2.7.1. Una mirada de género en el desenvolvimiento del sector

El “Género” se refiere a los roles, derechos y responsabilidades diferentes de los hombres y las mujeres, a sus cualidades, conductas e identidades que se encuentran determinadas por el proceso de socialización. El género, frecuentemente, está asociado a desigualdades tanto en el poder como en el acceso a las decisiones y los recursos. Las posiciones diferentes de las mujeres y los hombres se encuentran influenciados por realidades históricas, religiosas, económicas y culturales. Dichas relaciones y responsabilidades pueden cambiar, y de hecho cambian, a través del tiempo⁹.

Transversalizar la perspectiva de género es un proceso, implica proveer herramientas metodológicas que permitan superar las brechas históricas, reducir las profundas desigualdades, valorar las implicaciones para las mujeres y para los hombres de cualquier acción que se planifique, trátase de legislación, políticas o programas en todas las áreas y a todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante de la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final es conseguir la igualdad de los géneros¹⁰.

Las Leyes N° 1674 de 15 de diciembre de 1995 de Violencia en la Familia o Doméstica, y la Ley N° 1779 de 19 de marzo de 1997 de Reformas y Complementación al Régimen Electoral (Ley de Cuotas), junto con otras incorporan a promoverla igualdad de oportunidades de hombres y mujeres e introducen el criterio de alternabilidad¹¹. Existen otras reformas legales, traducidas en leyes y decretos supremos, con enfoque de género en Bolivia, siendo muy importante por ejemplo la Ley N° 1715 de 18 de octubre de 1996 del Servicio Nacional de Reforma Agraria de 1996, a través de la cual se establece la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en la distribución, administración, uso, aprovechamiento y tenencia de la tierra, sin importar su estado civil. Asimismo, en la CPE la igualdad de género y los derechos de las mujeres están ampliamente reconocidos.

Paralelamente a estos acontecimientos, los anteriores Gobiernos Nacionales contaban con unidades especializadas en desarrollar la incorporación de la equidad de género en las políticas públicas, que fueron cambiando sus denominaciones (Subsecretaría de Asuntos de Género, Viceministerio de Asuntos de Género y Generacionales), de la misma manera el actual Gobierno cuenta con un Viceministerio de Género y Asuntos Generacionales dependiente del Ministerio de Justicia.

⁹ Información obtenida de la página web: www.es.genderandwater.org

¹⁰ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, ECOSOC, 1997

¹¹ Información obtenida del Informe de Desarrollo Humano de Género en Bolivia 2003 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Sin embargo, existe todavía desigualdad y discriminación en muchas áreas. Prejuicios tradicionales y condiciones sociales siguen siendo barreras importantes para que las mujeres puedan ejercer sus derechos. En el diagnóstico oficial sobre la situación de la problemática de género, sobresalen los problemas de trabajo, remuneración, salud, alimentación, reconocimiento y violencia intrafamiliar.

Las cifras relacionadas con la violencia contra la mujer son alarmantes, particularmente en los casos de “feminicidio”, de violencia intrafamiliar y doméstica y de violencia sexual. Según varios estudios, 7 de cada 10 mujeres bolivianas sufren algún tipo de violencia en su vida.

En el sector salud, el mayor problema relacionado con la equidad de género es la exclusión social en salud, el limitado acceso a la salud de la población en general y en particular de las mujeres, la violencia doméstica oculta que es ejercida tanto en mujeres como varones en todos sus ciclos de vida. Además, falta mejorar el seguimiento del enfoque de género en las políticas de salud y en el seguimiento de los indicadores de estado de salud, de acceso, etc.

2.7.2. Enfoque transversal de equidad

Además del enfoque sobre inequidades de género, el Sector Salud buscó disminuir las inequidades y desigualdades de otro tipo, como pueden ser desigualdades sociales, económicas, etc. Sin embargo, es evidente que atacarse realmente a las desigualdades no fue la primera prioridad del Estado y del Sector, como se puede constatar en la débil priorización de las poblaciones más excluidas en las políticas de salud. Sin embargo, se debe destacar que los programas y proyectos que se enfocaron en las desigualdades, como el Programa Desnutrición Cero (desigualdades territoriales en este caso) han tenido buenos resultados.

Además, los estudios de inequidades en salud se limitan a considerar el género, y no se contempla otros tipos de inequidades. En este sentido, el nuevo Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 no debe solamente seguir, evaluar, y buscar disminuir las inequidades de género, sino también las inequidades geográficas, económicas, sociales, etc. que tienen mucho impacto en la realización de los objetivos generales planteados.

2.7.3. Enfoque transversal de innovación

Al contrario del enfoque de equidad, el eje transversal de innovación en salud ha tenido avances significativos desde 2006, pues se revalorizó los saberes locales y conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas originarios mediante el reconocimiento y desarrollo de la medicina tradicional. Aunque queda todavía mucho que hacer para el desarrollo de la medicina tradicional, en particular su desinformalización, es evidente que tiene un lugar en la Sociedad boliviana y en las políticas de desarrollo mucho más importante que antes de la gestión del Presidente Evo Morales.

Los saberes ancestrales de la medicina tradicional se traducen actualmente en los recursos humanos, es decir los médicos tradicionales, pero también en la producción de medicamentos naturales que ayudan a disminuir y romper la dependencia tecnológica hacia medicinas producidas en países industrializados por parte de grandes empresas multinacionales.

Desde el punto de vista de la medicina occidental, también se logró innovar con la incorporación de nuevas tecnologías como pueden ser las máquinas de hemodiálisis o nuevas vacunas entre otros.

Sin embargo, existe todavía una gran dependencia tecnológica hacia el exterior en cuanto a medicamentos, equipamientos e insumos, dado que la industria farmacéutica y médica no está muy desarrollada en nuestro país. En este sentido, se deben multiplicar las iniciativas públicas y privadas en un objetivo de disminución de la dependencia tecnológica hacia el exterior.

Las dificultades para lograr esta independencia tecnológica son principalmente de orden económico, pues se necesitaría gastos de inversión muy importantes para desarrollar la producción tecnológica nacional en salud.

2.7.4. Enfoque transversal de medio ambiente y riesgos

El accionar del Sector Salud está grandemente afectado por los riesgos climáticos y de medio ambiente; en este sentido, algunos estudios realizados en el país muestran relaciones entre las condiciones ambientales - ya sean naturales o provocadas por el hombre - y determinados problemas de salud. Entre estos estudios se encuentran distintas investigaciones que muestran que la calidad del agua en los ríos es deficiente, y en muchos casos no apta para consumo humano sin tratamiento. Sin embargo, debido a la necesidad, es consumida por poblaciones ribereñas u otras que usan esta fuente. La contaminación del agua se da principalmente por actividad agrícola, a partir de plaguicidas y nutrientes; ésta es seguida por contaminación por actividades industriales y finalmente por contaminación debida al uso domestico del agua.

En cuencas como la del río Pilcomayo o la Amazónica, la contaminación por metales pesados a partir de actividades extractivas mineras es un hecho. Estudios ambientales reportan presencia de metales pesados (arsénico, plomo, mercurio y otros) que pueden generar en la población efectos neurológicos, dermatológicos y genéticos. En la cuenca Amazónica, la contaminación por mercurio ha alcanzando índices elevados, dada la imposibilidad de eliminación por el cauce normal del agua, aún mucho tiempo después que la actividad aurífera ha concluido. Los diferentes organismos vertebrados e invertebrados van acumulando este mutágeno en sus tejidos, y una vez que son ingeridos, son bioacumulados y biomagnificados por especies superiores (hombre) y pueden generar distintos efectos cancerígenos y no cancerígenos a largo plazo.

Según el Análisis de la Situación de Salud ASIS 2004 realizado en el Ministerio de Salud y Deportes, se han detectado los siguientes problemas ambientales:

- Efectos teratogénicos identificados en bebés humanos nacidos en poblaciones ribereñas de los ríos nacionales.
- El uso de aguas residuales para riego de legumbres es un riesgo potencial, ya que en ellas existe contaminación microbiológica y química en grados variables.
- Diversos estudios muestran la presencia de contaminantes orgánicos persistentes y otros plaguicidas, en medio ambiente, alimentos y tejidos humanos. Estos químicos tienen efecto carcinogénico, mutagénico y generan disrupciones endocrinas.
- La exposición a compuestos químicos, está relacionada con una mayor ocurrencia de cáncer; entre estos compuestos sobresalen plaguicidas como el DDT, cuyos residuos se encuentran incluso en la leche materna debido a su acción bioacumulativa; lo que además es muy peligroso para la vida silvestre y en particular para las aves.
- El cambio climático y la variabilidad climática ya están presentando y tendrán numerosos efectos sobre la salud, como un incremento de la extensión geográfica y altitudinal de las

enfermedades transmitidas por vectores. Por otro lado, alteraciones meteorológicas violentas de presentación cíclica, como el fenómeno de El Niño, también ejercen notable influencia sobre la salud humana, a partir de magnificación de eventos naturales tales como lluvias y sequía, que pueden generar desastres y facilitar la proliferación de enfermedades infecciosas como el dengue.

- El desplazamiento del bosque húmedo tropical y subtropical a expensas del bosque seco tropical, proveería el hábitat adecuado a los vectores transmisores de malaria. Como consecuencia, se produce un aumento de la cantidad de insectos al verse favorecidos por los cambios (aumento de la humedad y de la extensión geográfica de su hábitat) y por último un aumento considerable de los casos de malaria, tanto en las zonas tradicionales como en las nuevas áreas de ocupación vectorial donde el incremento es particularmente importante debido a la escasa inmunidad desarrollada por los habitantes de dichas regiones.
- De la misma manera, un estudio demostró que el incremento de la densidad del vector y las modificaciones en las eco-regiones causadas por el calentamiento global permiten una clara acentuación estacional del comportamiento de la leishmaniasis, con una tendencia al aumento de la incidencia en áreas de alto riesgo como consecuencia de las variaciones infra-anales y estacionales de los procesos atmosféricos.

A estos problemas identificados, se debe añadir la contaminación del aire, que puede provocar infecciones respiratorias, entre otros. Sin embargo, nunca se realizaron investigaciones sobre este tema y su impacto en la salud en Bolivia.

2.7.5. Diagnóstico del sector en relación al enfoque de territorialidad

La territorialidad, es el proceso de organización del uso y la ocupación del territorio, bajo características socioeconómicas y político-institucionales y biofísicas; ligada a principios tales como integralidad, participación, subsidiariedad, concurrencia y precautoriedad.

Territorialidad viene de Territorio del cual tiene su origen; la territorialidad, expresa un sistema de comportamiento individual y colectivo de los animales, entre ellos los seres humanos.

“El territorio se define como la porción de la superficie terrestre apropiada por un grupo social con el objetivo de asegurar su reproducción y la satisfacción de sus necesidades vitales” (Bailly, et al., 1995). Esta definición insiste sobre cuatro aspectos:

- El territorio incorpora cualquier porción de la superficie terrestre, traspasando la noción de frontera. Todos los espacios geográficos no son territorios y un territorio puede incluir varios espacios geográficos.
- Una forma apropiada, es decir, la construcción de una identidad alrededor de este territorio. Existen múltiples formas de apropiación concreta, desde la denominación hacia la delimitación de fronteras; existen también formas de apropiaciones muy abstractas o idealizadas (por ejemplo el territorio de la diáspora, de los nómadas o de los gitanos), o el “archipiélago” cuando, por ejemplo, el grupo social utiliza superficies en varios pisos ecológicos.
- El territorio es relativo a un grupo social determinado. Un mismo lugar puede corresponder a varios territorios superpuestos, proporcionado por diferentes grupos sociales de manera compatible o incompatible.
- El territorio se define en función de la posibilidad de asegurar la reproducción social, es decir, el territorio mismo tiene funciones específicas que son fundamentales para su mantenimiento.

Estos conceptos derivados de la geografía humana, delimita dos conceptos: el Espacio como sistema de localizaciones y el Territorio como sistema de actores.

El Espacio geográfico es un tejido de localizaciones, es decir de objetos geográficos que se definen por el valor relativo que le da la sociedad. “Cada localización es, pues, un momento del inmenso movimiento del Mundo, aprehendido en un punto geográfico, un lugar. Por eso mismo, gracias al movimiento social, cada lugar está siempre cambiando de significado: en cada instante las fracciones de la sociedad que incorpora no son las mismas” (Santos, 1996, 1996, 2000).

Lo que transforma un espacio en territorio es el proceso de apropiación y de diferenciación. “El Territorio es al Espacio, Territorio es lo que la conciencia de clase es a la clase, algo que se integra como parte de sí mismo, es decir, que estamos dispuesto a defender” (Brunet, et al., 1993), “una forma objetivizada y consciente del espacio” (Brunet, 2001).

La territorialidad (como forma de concientización del espacio) nos enseña que no puede existir comportamiento social sin territorio, y por consiguiente, no puede existir una sociedad sin territorio; la esencia del Espacio y del Territorio es social.

La Territorialidad sirve para organizar y articular el territorio de acuerdo a sus potencialidades, limitaciones; orientar las inversiones públicas y privadas a través de la formulación e implementación de políticas de uso y de ocupación del territorio; promover el uso adecuado de los recursos naturales; optimizar la organización de los asentamientos humanos, el acceso a servicios de salud, educación y servicios básicos, así como la localización de las infraestructuras vial y de apoyo a la producción; identificar y contribuir al manejo sostenible de áreas de fragilidad ecológica, riesgo y vulnerabilidad, así como las áreas de régimen especial.

El territorio, se personifica en sus instituciones sociales, produce normas sociales, económicas o políticas. “Es así una creación colectiva, un campo de acción en el cual los conflictos, las negociaciones, los dispositivos formales o informales de cooperación, de arbitraje o de normas forman un dispositivo complejo que los sectores académicos dificultan a entender.” (Courlet, 2001).

La territorialidad es en este caso el conjunto de relaciones que permite dar coherencia a una sociedad que busca construir conscientemente su dinámica de aptitudes, alrededor de un proyecto territorial.

Por otro lado, el concepto de territorio no sirve para nada (a fuera de una delimitación política obsoleta en el contexto actual de la globalización) si no está relacionado con la cuestión del desarrollo, y en particular del desarrollo local.

Explicando nuestro contexto; Bolivia abarca un territorio de 108 millones de hectáreas y su población al 2008 se estima en alrededor de 10 millones de habitantes. Geográficamente se distinguen tres eco-regiones principales: el Altiplano, ubicado a una altura promedio de 3800 m.s.n.m., cubre alrededor de un 13% de la superficie nacional; los Valles, ubicados entre los 1800 y los 3000 m.s.n.m., comprenden cerca del 25% del territorio y los Llanos o tierras bajas situados por debajo de los 1500 m.s.n.m., que cubren un 62% de la superficie.

La década de los noventa en Bolivia se caracterizó por la profundización del modelo neoliberal de ajuste estructural iniciado hacia 1985, el que incluyó una reducción significativa del aparato del Estado, la privatización de las principales empresas estatales, la reforma del sistema tributario, la apertura de mercados y la modificación al sistema de pensiones. En este periodo se dieron las llamadas reformas de ‘segunda generación’, entre las que destacan una nueva política de tierras y bosques (con la Ley del Instituto Nacional de Reforma Agraria y normas ambientales), una reforma educativa y un proceso de descentralización y participación popular.

Para muchos (c.f. Pacheco 1998, Urioste y Kay 2006) es precisamente el proceso de descentralización, concretizado en la Ley de Participación Popular promulgada en 1994, el que mayor impacto habría tenido en desarrollo de áreas rural en el país.

La derivación de competencias públicas a los municipios, que ayudó a constituirlos como nuevos actores del desarrollo, conjuntamente con mayores asignaciones presupuestarias (por ejemplo, el 20% de la recaudación impositiva nacional por concepto de coparticipación tributaria), significó que la inversión municipal pase de 32.5 millones de dólares en 1994 a 200.3 millones en 2001 y 229.7 en 2004. También a nivel de prefecturas, la inversión pública se duplica, pasando de 64 millones de dólares en 1994 a 128 millones en 2000.

El proceso de descentralización consolidó espacios territoriales para el desarrollo mediante la transferencia de responsabilidades y recursos para la promoción del desarrollo, institucionalizando actores locales con derechos y obligaciones claramente definidas a nivel de municipios y de departamentos.

Buscó constituir los municipios y prefecturas en instancias públicas de planificación del desarrollo económico social el mismo que ha tenido sus limitaciones. Sin embargo, se ha presentado un relativo impacto en la inversión social que habría tenido en el desarrollo rural.

En el periodo 1997-2001 la inversión social (salud, educación, deportes) municipal representó el 62.5% y la de apoyo al sector productivo solo el 35.2% del total y gran parte de la inversión de apoyo al sector se destinó a la construcción de caminos.

Con la aplicación de las Leyes de Participación Popular y de Descentralización se tuvieron avances en territorialidad como en salud, algunas apreciaciones son:

- El 20 de abril de 1994, la Ley 1551 de Participación Popular dio luz verde para que el Estado llegue a todo el territorio nacional a través de los municipios.
- Con la norma el mundo rural y urbano se reconfigura. Se municipaliza el mapa de Bolivia, se forman primero 311 municipios, luego 314, el 2004 crecen a 327 y ahora suman 333.
- Todos los municipios, rurales y urbanos, tienen misma jerarquía constitucional.
- Cada sección de provincia se fue constituyendo en un gobierno local, con autoridades elegidas por voto, con recursos propios, con responsabilidades y autonomía.
- En el caso local la gestión pública fue participativa.
- Este proceso permite el nacimiento del Comité de Vigilancia y la Organización Territorial de Base, mecanismos de control social.
- Las primeras tareas asignadas a los municipios apuntaban a garantizar los servicios de educación, salud y saneamiento, ante una población que tenía, hasta hoy una demanda insatisfecha acumulada.
- Así, los gobiernos locales se convirtieron en el nivel del Estado más cercano a la gente.
- Con problemas de gobernabilidad en algunos casos, con deficiencias administrativas en otros, los municipios han construido Estado en todos los rincones del país.

Haciendo un poco de historia:

- 1834. Los corregidores y alcaldes daban sus “buenos servicios” mientras los prefectos y gobernadores así lo dispusiesen.
- 1947. Concejos municipales y alcaldes en las capitales, con salarios y mandatos de 2 años.
- 1983. Los alcaldes eran designados, mediante memorandos, por el Gobierno a través del
- Ministerio del Interior.

- 1985. Primeras elecciones municipales. 24 municipios eligen a sus autoridades.
- Las organizaciones sociales se legalizan como interlocutores de la gestión edil, con personería jurídica.
- Se convierten en organizaciones territoriales de base (OTB), que demandan obras y servicios y tienen potestad para supervisar a sus autoridades.
- A partir de ellas, avanza el control social en el municipio, a través del Comité de Vigilancia.
- En 1999, con la Ley de Municipalidades, se crea el Fondo de Control Social y los comités de vigilancia reciben recursos para funcionar.
- En el caso de las organizaciones indígenas, se da una convivencia entre los usos y costumbres y la gestión pública formal.
- Así, al alcalde y a los concejales les tocó negociar con mallkus y capitanes guaraníes o las propias autoridades originarias optaron por tomar la silla edil.
- Los pueblos indígenas encontraron entonces en el municipio uno de sus mejores espacios de participación política.
- En los últimos años se hizo frecuente el cambio de alcaldes por cabildo o en plazas públicas ante algún descontento ciudadano.
- El presupuesto se dividió por distritos a demanda de la gente, lo que ha provocado la dispersión de la inversión en muchos casos.
- Pero en definitiva, autoridades y ciudadanos organizados siguen abriendo sendas a formas más participativas de la gestión pública.
- La protección estatal a la población vulnerable es financiada en un 49% por los municipios, 41% por el TGN y 10% por las prefecturas.
- Esto significa que aproximadamente 1.216 millones de bolivianos son asignados anualmente por los gobiernos municipales a la población de niños, niñas, madres, gestantes y adultos mayores mediante el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), Seguro Universal Materno Infantil, (SUMI), desayuno escolar y Renta Dignidad.
- Los gobiernos municipales deben implementar el SSPAM con recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).
- El SUMI se implementa con el 10% de los recursos de Coparticipación Tributaria y hasta el 10% de la cuenta de salud del HIPC II.
- La atención del desayuno escolar aumenta cada año su cobertura, ya en el 2005 se aplicaba en 210 municipios con una inversión de 110 millones de bolivianos. En el 2007 el servicio se extendió a la población estudiantil de 279 municipios con una inversión de 241 millones de bolivianos.
- La experiencia de la alimentación escolar, junto a proyectos de transporte escolar, significan hoy las mejores medidas para incentivar la permanencia escolar y la reducción del abandono escolar.
- La Renta Dignidad es financiada con el 30% de los recursos IDH y los dividendos de las empresas capitalizadas. El 2008 los municipios aportaron con el 40% del monto total que alcanzó el Fondo de este beneficio.
- Los principales programas nacionales también reciben recursos municipales para su funcionamiento (PROME, Programa Desnutrición Cero, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Malaria, Chagas, Dengue, Rabia)
- En 1998 los adultos mayores se beneficiaron con el Seguro de Vejez, que se convirtió el 2006 en el actual Seguro de Salud para el Adulto Mayor, financiado en su totalidad por los municipios.
- El 2002, cuando se encontraba en vigencia el Seguro Básico de Salud, se plantea un nuevo seguro que promovía una maternidad y niñez segura: el SUMI.

- El 2005, con nuevas competencias y recursos del IDH, se implementa el Programa Desnutrición Cero, para reducir la desnutrición en niños menores de dos años.
- El 2008, 117 municipios distribuían el suplemento nutricional Nutribebé y en 15 se crearon unidades de nutrición.
- A finales de 2007, nace la Renta Dignidad, una iniciativa del Gobierno nacional, que beneficia a adultos mayores de 60 años, con aporte del 30% de los recursos del IDH de los municipios.

El proceso de Ordenamiento Territorial se lleva a cabo en los tres niveles del Estado:

A Nivel Nacional

El Ministerio de Desarrollo Sostenible (MDS) a través del Viceministro de Planificación y Ordenamiento Territorial (VPOT) se constituye en la instancia de coordinación ejecutiva.

La instancia territorial en el sector salud es el Ministerio de Salud y Deportes.

A Nivel Departamental

Determinan la territorialidad departamental, las disposiciones emanadas de la Ley 1654 de 28 de julio de 1995 de Descentralización Administrativa, en el ámbito de su jurisdicción y a través de la instancia técnica operativa de su dependencia.

En el sector salud son 9 las instancias territoriales departamentales, denominadas Servicios Departamentales de Salud – SEDES -, correspondientes a cada uno de los nueve departamentos.

A Nivel Municipal:

Establece la territorialidad municipal las disposiciones, atribuciones y/o funciones establecidas en la Ley 1551 de 20 de abril de 1994 de Participación Popular y la Ley 2028 de octubre de 1999 de Municipalidades en el ámbito de su jurisdicción, a través de la instancia técnico operativa de su dependencia

A nivel de los municipios, están establecidas las redes de establecimientos de salud tanto urbana como rural, las cuales tienen jurisdicción por niveles de atención.

2.8. Balance del Estado de Situación Sectorial

El mandato político y social para alcanzar la visión del sector hasta el 2020, permite ver las condiciones institucionales de fragmentación del sector y del sistema nacional de salud se convierten en obstáculos de importancia tanto para la conducción y la regulación sanitarias, como para la efectiva implementación de programas y proyectos.

Asimismo, el exiguo porcentaje del PIB asignado a salud impide que el sector cuente con financiamiento suficiente como para plantearse metas que si bien son ambiciosas, podrían dar solución a varios de los problemas que la población enfrenta en términos de salud y de calidad de vida, más aún cuando lo que se busca es una menor dependencia de la cooperación internacional.

Otros de los aspectos a tener en cuenta es el referido a los recursos humanos tanto del sector, como los que están siendo formados en las universidades públicas y privadas del país. En el primer caso, el personal de Ministerio de Salud y Deportes así como de los SEDES, se halla desmotivado por la inestabilidad laboral y por los bajos sueldos del sector; el personal de salud no quieren trabajar en área rural porque el salario no compensa su permanencia en área rural, tampoco se han establecido sistemas de estímulos para el personal que presta servicios en estas áreas.

Los planes de estudio implementados en el proceso de formación de los recursos humanos en salud, por las universidades públicas y privadas; no toman en cuenta los postulados programáticos del sector, la formación profesional en salud es vertical, con planes foráneos que no permiten el desarrollo de sensibilidad social, vocación de servicio, no permiten el desarrollo de capacidades y destrezas para la comprensión e internalización del respeto intercultural, de género o generacional.

El proceso de cambio plasmado en la Constitución Política del Estado vigente, fruto de las movilizaciones de la sociedad civil; estructurado por el Plan Nacional de Desarrollo, que se establece en el Plan Sectorial de Desarrollo de salud, es un compromiso social de todos los actores que va a permitir mejorar el futuro de la presente y futura generaciones. La Nueva Constitución Política del Estado, aprobada y puesta en vigencia el presente año, refuerza las transformaciones del sector salud, ampliando la visión de la salud mediante el reconocimiento del derecho a la salud.

Capítulo III. Propuesta de Desarrollo

3.1. Mandato Político y Social del Sector Salud

El Sector Salud contribuye al paradigma del *Vivir Bien* asegurando el ejercicio del derecho a la salud y la vida por parte de todas las personas, familias y comunidades. El ejercicio de este derecho se logrará a través del acceso universal al sistema único de salud dentro del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, cuya estrategias son la promoción de la salud y prevención de enfermedades, la curación y rehabilitación, la actuación sobre las determinantes socio económicas, y la participación comunitaria. El Sistema Único de Salud incluye a los subsectores Público, de la Seguridad Social, Privado y se articula con la Medicina Tradicional.

3.2. Visión del Sector Salud

En el año 2020:

Todos los ciudadanos bolivianos y ciudadanas bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones gozarán de un buen estado de salud y del derecho a la salud, teniendo acceso universal al Sistema Único de Salud, dentro del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; se habrá eliminado las barreras de acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, en especial para los grupos vulnerables excluidos históricamente, garantizando entre otros, el acceso al Seguro Universal de Salud y la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de Salud.

Mediante una estrategia integral de Promoción de la Salud, la población tendrá prácticas saludables y actuara positivamente sobre las determinantes sociales y económicas de la salud: alimentación, educación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos, seguridad ciudadana y trabajo. Además, la población participará en la planificación, gestión y control social de las políticas de salud mediante instancias formales de participación social en salud.

El Ministerio de Salud y Deportes ejercerá la rectoría sobre todo el Sector Salud gracias a una capacidad de gestión fortalecida, y asegurará la aplicación de las políticas nacionales de acuerdo a las necesidades de la población.

3.3. Objetivos Generales del PSD

El objetivo general del PSD 2010-2020 es mejorar el estado de salud de todos los Bolivianos y Bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, mediante la implementación del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural, que será integral, participativo, intercultural, intersectorial y incluyente de la medicina tradicional.

Además de mejorar el estado de salud de la población, Bolivia se ha comprometido a alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio para el año 2015; los ODMs que conciernen al Sector Salud son:

- ODM 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre
Meta 1C: Disminuir a la 1/2, entre 1990 y 2015, el % de personas que padece hambre
- ODM 4 Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años
Meta 4A: Reducir en 2/3, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años
- ODM 5 Mejorar la salud materna
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en 3/4 partes
Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva
- ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación VIH/SIDA
Meta 6B: Lograr, para el 2010, el acceso universal al tratamiento VIH/SIDA
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves
- ODM 8: Desarrollar la colaboración global para el desarrollo
Meta 8E: proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los PED

Para medir el avance de los objetivos generales del PSD, se utilizará los indicadores oficiales de los Objetivos del Milenio en Salud: razón de mortalidad materna, tasa de mortalidad infantil, tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad de las principales enfermedades (malaria, tuberculosis, Chagas, VIH/SIDA), cobertura de atención prenatal, etc.

Además de los indicadores de los ODMs, se manejará indicadores de estado de salud, como la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida en buena salud, la tasa de mortalidad infantil, tasas de morbilidad y mortalidad de las enfermedades (

Tabla 15 Objetivos generales del PSD 2010-2020

Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada	Medios de Verificación
Mejorar el estado de salud de todos los Bolivianos y Bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida	Esperanza de vida en buena salud	59 años (2007)	> 64 años	Censos y estudios específicos (ENDSA, modelos de mortalidad)
	Esperanza de vida al nacer	65,4 años (2007)	> 70 años	
	Tasa de mortalidad infantil	50 x 1000 n.v. (2004-2008)	< 30 x 1000 n.v.	
ODM 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre Meta 1C: Disminuir a la 1/2, entre 1990 y 2015, el % de personas que padece hambre	Tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años	10%	0%	SNIS
ODM 4 Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años Meta 4A: Reducir en 2/3, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	63 x 1000 n.v. (2004-2008)	< 40 x 1000 n.v.	Censos y estudios específicos (ENDSA)

Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta esperada	Medios de Verificación
ODM 5 Mejorar la salud materna Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en 3/4 partes Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	Razón de mortalidad materna	A establecer	< 104 x 100 000 n.v.	Censos y estudios específicos (ENDSA)
	Tasa de fecundidad en adolescentes (15-19)	88 x 1 000 mujeres de 15 a 19 años	< 70 x 1 000	Censos y estudios específicos (ENDSA)
ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación VIH/SIDA Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Tasa de incidencia de infección por VIH			SNIS, Censos y estudios específicos (ENDSA)
	Tasa de incidencia de tuberculosis	280 por 100 000 habitantes	< 150 x 100 000	SNIS, Censos y estudios específicos (ENDSA)
	Tasa de incidencia de malaria			SNIS, Censos y estudios específicos (ENDSA)

3.4. Principios del sector

Los principios del Sector Salud entran en cada Eje de Desarrollo y se deben tomar en cuenta en cada proyecto sectorial, en cada intervención del Sector, así que en los procesos de monitoreo, seguimiento y evaluación. Los principios del Sector Salud son los siguientes:

Universalidad, para proteger a toda la población, sin ningún tipo de discriminación.

Inclusión social, para favorecer a quienes quedaron al margen de los beneficios del sistema de salud.

Equidad de género, generacional y territorial, porque las Bolivianas y los Bolivianos de todas las edades tienen derecho a la salud en todo el territorio.

Ética en salud, por la necesidad de una conducta moral, tanto en la formulación de las políticas, como en la prestación de atención en los servicios.

Transparencia, que se traduzca en una gestión abierta al control social y contemple mecanismos de prevención y punición de actos de corrupción en todos y cada uno de los subsectores.

Eficiencia, para una gestión óptima de los recursos financieros, humanos y materiales.

Innovación, desarrollo de la ciencia, la tecnología y el saber local para alcanzar mejores resultados

3.5. Ejes de Desarrollo

A partir de varias reuniones realizadas con representantes de las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud y Deportes, así como otros subsectores de salud e integrantes de la sociedad civil, se definieron tres ejes estratégicos que orientarán el accionar del Sector Salud.

Estos tres ejes de desarrollo del Sector Salud, son:

- Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural
- Promoción de la salud en el marco de la SAFCI
- Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI

Los tres Ejes de Desarrollo que guiarán el accionar del Sector Salud durante el periodo 2010-2020 no deben ser entendidos como tres tipos de estrategias diferenciadas, sino como un conjunto integral de estrategias que deben coordinarse entre ellas para lograr los objetivos planteados.

Por ejemplo, proyectos que entran en el marco del Eje 1 no podrán funcionar adecuadamente sin considerar y coordinar con proyectos del segundo o del tercer Eje de Desarrollo.

En este sentido, se considera que los tres Ejes de Desarrollo pueden formar un triángulo estratégico, de tal modo que cada Eje de Desarrollo es interdependiente de los dos demás.

Ilustración 2 Diagrama de los 3 Ejes de Desarrollo



Para cada uno de estos ejes se han fijado objetivos estratégicos, indicadores y metas a ser alcanzadas hasta el año 2020. Posteriormente, también a partir de los ejes, se han definido distintos programas y proyectos que coadyuven o faciliten la consecución de las metas y objetivos trazados.

3.5.1. Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural

Avanzar por el camino hacia el acceso universal a un sistema de Salud Único, Familiar Comunitario Intercultural, que sea equitativo, solidario y de eficiente desempeño, es uno de nuestros principales objetivos. Un sistema en el que se articulen los servicios públicos, privados, de la seguridad social y otras organizaciones e instituciones de la sociedad civil con capacidades para la prestación de servicios de salud que satisfagan las demandas de la población.

En este sentido, las acciones, servicios y productos generados desde el sector salud se desarrollarán con criterios de equidad, interculturalidad, enfoque de género, y generacional, calidad y sostenibilidad a fin de hacerlos accesibles a la población en general y en especial a los grupos que, históricamente, han sido los más excluidos.

La ampliación de la cobertura de los servicios estará basada en el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, para -bajo una perspectiva integral que conjugue promoción de la salud, prevención y curación-, lograr un verdadero impacto en la salud de las y los bolivianos.

Por otra parte, se ha previsto impulsar el Seguro Universal de Salud, SUSALUD, que permitirá que el total de la población goce de este beneficio social, incluyendo a quienes se hallan más desprotegidos: población sin dependencia salarial y personas con discapacidad.

Asimismo, es indispensable incorporar dentro de los servicios de salud los enfoques de género, generacional y abordaje de violencias haciendo especial énfasis en aspectos referentes a la interculturalidad en tanto ésta puede facilitar la inclusión social.

Por otra parte, se mejorará la capacidad resolutoria de los servicios de salud para que la atención sea oportuna, humanizada y segura, no discriminadora que favorezca la igualdad de género, la interculturalidad en el trato a los bolivianos y bolivianas.

Tabla 16 Eje de Desarrollo 1

Eje de Desarrollo	Objetivo estratégico	Indicador	Meta 2020
Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario intercultural	Todos los Bolivianos y Bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones; gozan de acceso universal al Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural	% población excluida en el acceso a servicios de salud	tasa de exclusión en salud menor a 10% en 2020

3.5.2. Promoción de la salud en el marco de la SAFCI

Promoción de la salud es el conjunto de políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades de individuos familias y comunidades para la consecución de una mejor calidad de vida con equidad social. Es el eje más importante del Desarrollo Sectorial, por su carácter articulador como por constituirse en pilar fundamental y diferenciadora de la propuesta de este gobierno en torno a la salud.

Tabla 17 Eje de Desarrollo 2

Eje de Desarrollo	Objetivo estratégico	Indicador	Meta 2020
Promoción de la salud en el marco de la SAFCI	Fomentar el desarrollo de potencialidades de los Bolivianos y Bolivianas en sus diferentes ciclos de vida, en sus familias y comunidades para la consecución de un mejor estado de salud.	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	Mejora de 10% del IDH para llegar a la categoría de desarrollo “alto” (IDH > 0.800)
		Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	reducción NBI del 12%

El segundo eje considera la Promoción de la Salud en su sentido más amplio, es decir un conjunto de acciones enfocadas al desarrollo de la participación social y a actuar sobre las determinantes de la salud, como lo definió la Carta de Ottawa de 1986. En ella se define la promoción de la Salud como el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore. De esta manera se incorpora a la comunidad a la responsabilidad de cuidar de su propia salud, dándole por tanto un especial protagonismo al propio individuo.

La Promoción de la Salud se basa en cinco principios:

- La Promoción de la Salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
- La Promoción de la Salud pretende influir en los determinantes o causas de la salud.
- La Promoción de la Salud combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.
- La Promoción de la Salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
- Los profesionales de la salud deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la Promoción de la Salud.

3.5.3. Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI

El tercer Eje de Desarrollo del PSD 2010-2020 está dirigido a establecer una soberanía sanitaria efectiva y a garantizar al Ministerio de Salud y Deportes el ejercicio de la autoridad sanitaria sobre todo el Sistema de Salud boliviano, para permitir una aplicación efectiva de las políticas nacionales de salud por parte de todos los subsectores y en todo el territorio. A corto y mediano plazo, los varios subsectores que componen al Sector Salud deberán alinearse con las políticas nacionales, hasta, a largo plazo, ser parte del Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

Tabla 18 Eje de Desarrollo 3

Eje de Desarrollo	Objetivo estratégico	Indicador	Meta 2020
Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI	Recuperar la soberanía sanitaria en los diferentes subsectores de salud, ejerciendo la Autoridad sanitaria.	% de subsectores e instituciones que adoptan las políticas y normativa en salud del sector (adaptada a su contexto)	100 %

3.6. Programas y Proyectos

3.6.1. Acceso universal al Sistema único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

El objetivo del primer Eje de Desarrollo del PSD 2010-2020, que es el acceso de toda la población al Sistema de Salud, se lograra solamente si no existen barreras a este acceso. En este sentido, el Programa 1, llamado “Universalización del Acceso al Sistema de Salud”, tendrá como objetivo principal atacar a las barreras que impiden el acceso de los Bolivianos y Bolivianas a los servicios de salud; estas barreras son principalmente de cuatro tipos: económicas, geográficas, culturales y relacionadas con la calidad de atención.

Para eliminar las barreras y así lograr el acceso universal hacia los servicios de salud, el Programa 1 está compuesto por cinco proyectos sectoriales estrechamente relacionados entre sí: 1.1 Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI; 1.2 Fortalecimiento de Redes de Salud; 1.3 Medicina Tradicional e Interculturalidad; 1.4 Vigilancia y Gestión de la Calidad de bienes y servicios y 1.5 Seguro Universal de Salud.

Tabla 19 Objetivos, Indicadores y Metas del Eje 1 y Programa 1

Eje / Programa	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	Todos los Bolivianos y Bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igualdad de condiciones; gozan de acceso universal al Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural	% población excluida en el acceso a servicios de salud	42% de la población enferma en 2007 no accedió al SNS (institucional o tradicional)	< 5%	Encuestas específicas
Programa 1: Universalización del Acceso al Sistema de Salud	Disminuir la magnitud de las barreras al acceso al Sistema de Salud de tipo económico, geográfico, cultural y relacionadas a la calidad de atención para incrementar el acceso de los Bolivianos y bolivianas al Sistema de Salud	<i>Económico:</i> % de la población con seguro de salud	56%	100%	Seguros Públicos, Seguridad Social y Seguros Privados
		<i>Geográfico:</i> % de la población viviendo > 1 hora de servicios de salud fijos	A establecer	<5%	Censos y Estudios específicos
		<i>Cultural:</i> % de establecimientos de salud que coordinan con medicina tradicional	< 5%	70%	Estudios específicos
		<i>De calidad:</i> Resultados de evaluaciones de desempeño	A establecer	100% de los RRHH evaluados aplicando normas de atención	Estudios de evaluación de desempeño

Proyecto Sectorial 1.1 - Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI

El Proyecto Sectorial 1.1 Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI, tiene como objetivo el incremento de las coberturas de las prestaciones esenciales, en las áreas de prevención, detección temprana, tratamiento, y control de enfermedades. La extensión de coberturas se logrará a partir de los establecimientos de salud, de las visitas domiciliarias y de los equipos móviles.

Tabla 20 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.1

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 1.1: Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI	Incrementar las coberturas en el área de prevención, detección temprana, tratamiento y control de enfermedades en el marco de la SAFCI y en todo el Sector	Cobertura de vacuna pentavalente en menores de 1 año	84% (2008)	95%	SNIS
		% de partos asistido por personal de salud	65% (2008)	> 90%	SNIS
		% de pacientes curados de Tb del total de detectados con Tb		>90%	SNIS
		Cobertura de consulta externa en adultos mayores (60 y más)	A establecer	>95%	SNIS

El logro del objetivo de este Proyecto Sectorial no se puede medir con un indicador único, sino por varios indicadores de cobertura de prestaciones y servicios de salud.

Cuatro indicadores de cobertura en particular servirán para medir el avance del Proyecto Sectorial 1.1: la cobertura de vacuna pentavalente (tercera dosis) en menores de 1 año, la cobertura de 4to control prenatal, el porcentaje de pacientes curados del total de personas detectados con tuberculosis y la cobertura de consulta externa en adultos mayores de 60 años y más. Estos cuatro indicadores serán considerados como trazadores para medir los avances en cuanto a coberturas de prestaciones y servicios de salud en todos los Bolivianos y Bolivianas.

Sin embargo, para el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación, se deberán considerar otros indicadores de cobertura, en particular los relacionados a los principales eventos de salud y a las enfermedades más prevalentes y letales en la población boliviana. Así, se monitoreará, entre otros, las de contracepción, de vacunas, de tratamientos de enfermedades más prevalentes, de prestaciones de detección temprana de enfermedades, de donación de sangre, de odontología, de salud mental, de controles prenatales, etc.

Proyecto Sectorial 1.2 - Fortalecimiento de las Redes de salud

El Proyecto Sectorial 1.2 “Fortalecimiento de las Redes de Salud” tiene como enfoque principal el mejoramiento cuantitativo y cualitativo de las infraestructuras, equipamientos y recursos humanos de todo el Sector Salud y en todos los niveles de atención. También se mejorará estructuras de apoyo como laboratorios y bancos de sangre. Para disminuir las barreras al acceso de tipo geográfico, se dará prioridad en el área rural y se fortalecerá tanto establecimientos fijos como equipos móviles y visitas a comunidades.

Además, el proyecto buscará mejorar la organización de las redes de salud, mediante el incremento de las entradas al sistema iniciadas en el primer nivel de atención, el fortalecimiento del sistema de referencia y retorno, y la integración de los sub-sectores de la Seguridad Social y privados (con o sin

fin de lucro) a las Redes de salud existentes para permitir la referencia de pacientes entre los varios subsectores.

Finalmente, la accesibilidad geográfica también se mejorará gracias a un incremento del número de vehículos del Sector (como ambulancias o motocicletas), y gracias a la mejora de las vías de acceso a los establecimientos de salud.

Tabla 21 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.2

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 1.2: Fortalecimiento de las Redes de salud	Mejorar las condiciones de infraestructura, equipamiento, RRHH y de gestión de las redes de salud en todo el Sector para satisfacer la demanda de la población en el marco del modelo SAFCI	Nº de médicos generales por 10.000 habitante	4	6 con disminución de las desigualdades en la distribución territorial	SNIS
		% de establecimientos conformes a Norma de caracterización según nivel de atención	A establecer	90%	Estudios específicos
		% de consultas externas realizadas en establecimientos de primer nivel	63% (2008)	80%	SNIS

Proyecto Sectorial 1.3 - Medicina tradicional e Interculturalidad

El Proyecto Sectorial 1.3 llamado “Medicina Tradicional e Interculturalidad” tiene como objetivo principal promover y desarrollar la medicina tradicional para proveer dentro del Sistema de Salud alternativas a la medicina occidental y así, disminuir las barreras culturales de acceso. También se creará y desarrollará mecanismos de coordinación y referencia entre ambas medicinas, hasta la inclusión de médicos tradicionales en las redes de servicios de salud.

La promoción de la medicina tradicional se enfocará en los recursos humanos tradicionales, pero también en la farmacopea natural y tradicional, desarrollando su producción, promoción, control de calidad y distribución en todo el territorio boliviano.

Tabla 22 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.3

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 1.3: Medicina tradicional e Interculturalidad	Promover, desarrollar y articular la Medicina Tradicional con la medicina occidental dentro del Sistema Único de Salud	Nº med. Tradicional acreditados	0	700	Vice-Ministerio de Medicina Trad.
		% establecimientos que coordinan con medicina tradicional	A establecer	100%	Estudios Específicos
		Nº de medicamentos tradicionales y naturales registrados en lista nacional de medicamentos esenciales	0 medicamentos naturales en la LINAME	10	DINAMED

Proyecto Sectorial 1.4 - Vigilancia y gestión de la calidad de bienes y servicios de salud

El Proyecto Sectorial 1.4 “Vigilancia y gestión de la calidad de bienes y servicios de salud” tiene como objetivo principal la mejora de la calidad en los servicios de salud, que constituye también una barrera al acceso. Así, las actividades que entrarán en el marco de este Proyecto deberán permitir mejorar la formación, actualización y comportamiento de los Recursos Humanos en cumplimiento de las normas existentes.

También se desarrollara la acreditación de los establecimientos de salud de todo el Sector, se controlará la calidad de los medicamentos e insumos, y la gestión de desechos hospitalarios del Sector como contribución del Sector al cuidado del medio ambiente.

Tabla 23 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.4

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 1.4: Vigilancia y gestión de la calidad de bienes y servicios de salud	Mejorar la calidad de la atención en todo el Sector Salud y controlar los medicamentos e insumos para garantizar su inocuidad y buena calidad	% de medicamentos disponibles en el Sector que cumplen con la normativa	A establecer	100%	DINAMED
		% de establecimientos de salud acreditados de acuerdo al nivel de atención	< 1%	> 50%	SEDES
		Índice de satisfacción de los usuarios de servicios de salud en la atención recibida	No se cuenta con estudios a nivel nacional	90% de usuarios satisfechos de la atención recibida	Estudios específicos

Proyecto Sectorial 1.5 - Seguro Universal de Salud

El Proyecto Sectorial 1.5 “Seguro universal de Salud” tiene como objetivo principal atacar a las barreras al acceso de tipo económico, asegurando que todos los Bolivianos y Bolivianas beneficien de un seguro de salud. En este sentido, el principal desafío será de asegurar toda la población que no beneficia actualmente de un seguro de salud completo, es decir básicamente todos los Bolivianos y Bolivianas de 5 a 59 años no afiliados a la Seguridad Social o a un seguro privado.

El rol del estado es importante pues el objetivo de aseguramiento universal sólo se lograra con la creación de un Seguro universal Público; sin embargo, los demás subsectores, y en particular la Seguridad Social, participarán en este proyecto incrementando su población afiliada.

Pero estar afiliado a un Seguro de Salud no significa que se beneficia realmente de este seguro o que cubra un conjunto completo de prestaciones, razón por la cual otros aspectos importantes del Proyecto Sectorial Seguro Universal son el incremento del número de prestaciones cubiertas y que la población no tenga gastos de bolsillo en salud, es decir que todos los gastos en salud estén cubiertos por el seguro.

Tabla 24 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 1.5

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 1.5: Seguro Universal de Salud	Hacer beneficiar a toda la población de un Seguro de Salud que cubra un paquete completo de prestaciones	% Población afiliada a un Seguro de Salud	56%	100%	Seguros Públicos, Seguridad Social y Seguros Privados
		gasto de bolsillo total de los hogares en % del gasto total en salud	23% (2006)	< 5%	Cuentas nacionales de Salud

3.6.2. Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI

El segundo Eje de Desarrollo se sustenta en la necesidad de convertir a la población en sujeto activo y protagonista de la búsqueda de la salud y el bienestar de las familias y comunidades, y se enmarca en el desarrollo de la promoción de la salud en su sentido más amplio definido la Carta de Ottawa de 1986, que incluye el desarrollo de la participación social y la mejora de las determinantes de la salud, entre otros.

En este sentido, los indicadores manejados para medir los avances del segundo Eje son indicadores sintéticos de las principales determinantes de la salud.

El programa que permitirá cumplir el objetivo del segundo Eje de Desarrollo es denominado “Participación Social y Determinantes de la Salud”, enfocado en el desarrollo de la participación y control social de la población sobre las políticas de salud, el autocuidado de la salud y la actuación sobre las principales determinantes de la salud.

Tabla 25 Objetivos, Indicadores y Metas del Eje 2 y Programa 2

Eje / Programa	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Eje 2: Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI	Fomentar el desarrollo de potencialidades de los Bolivianos y Bolivianas en sus diferentes ciclos de vida, en sus familias y comunidades para la consecución de un mejor estado de salud	Índice de Desarrollo Humano (IDH)	0.729 (2007)	Mejora de 10% del IDH para llegar a la categoría de desarrollo “alto” (IDH > 0.800)	PNUD
		Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	A establecer	reducción NBI del 12%	Censos y encuestas
Programa 2: Participación Social y Determinantes de la Salud	Desarrollar la participación social y la promoción de la salud para mejorar y disminuir las desigualdades en el estilo de vida de los Bolivianos y Bolivianas	Índice de Salud Municipal (ISM)	179 Municipios con ISM bajo o muy bajo (ISM < 0.500) en 2007	300 Municipios con ISM > 0.500	OPS
		% de Municipios con Consejo municipal de Salud funcionando y realizando sus tareas de acuerdo a Norma	0% (los CMS recién conformados no realizan todavía las tareas previstas en el Reglamento SAFCI)	100%	SEDES, Estudios de seguimiento al modelo de gestión SAFCI

Un aspecto importante que deberá mejorar el programa es la existencia de grandes desigualdades en los niveles de vida dentro del territorio boliviano; en este sentido, el índice Municipal de Salud constituirá un indicador importante, pues mide las desigualdades entre los Municipios del país para un conjunto de indicadores de determinantes de salud.

El Programa 2 está compuesto por ocho proyectos sectoriales estrechamente relacionados entre sí: 2.1 intersectorialidad; 2.2 Gestión, movilización y Control Social en el marco de la SAFCI; 2.3 Nutrición Familiar Comunitaria Intercultural; 2.4 Reducción de la violencia; 2.5 Integración de las Personas con Discapacidad; 2.6 Gestión del riesgo ambiental en salud y adaptación al cambio climático; 2.7 Deporte y Salud, y 2.8 Educación y Comunicación en Salud en el marco de la SAFCI.

Proyecto Sectorial 2.1 - Intersectorialidad para un entorno saludable**Tabla 26 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.1**

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.1: Intersectorialidad para un entorno saludable	Promover la formación de alianzas entre sectores, en torno a lograr un enfoque intersectorial de la salud y buscar intervenir de manera integral	N° actividades intersectoriales liderizadas por el Sector Salud y orientadas a mejorar estilos de vida	A establecer		A establecer
		% de municipios declarados saludables	0	> 90%	Ministerio de Salud y Deportes

El proyecto 2.1 estará dirigido en la mejora de las condiciones de vida a partir de acciones intersectoriales liderizadas por el Sector Salud, como pueden ser la creación de espacios de análisis y toma de decisiones multisectorial, con priorización de los municipios y zonas de Bolivia menos desarrollados en cuanto a acceso a agua potable, saneamiento básico, vivienda saludable, etc. También se realizará acciones de control de calidad de bienes determinantes de la salud, como el agua, la contaminación de los suelos, etc. Las acciones que entran en el marco del Proyecto Sectorial 2.1 se realizarán principalmente a nivel de las comunidades y ciudades, pero también a nivel del lugar de trabajo, de las escuelas, o de las viviendas.

Proyecto Sectorial 2.2 - Gestión, movilización y Control Social en el marco de la SAFCI**Tabla 27 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.2**

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.2: Gestión, movilización y Control Social en el marco de la SAFCI	Desarrollar instancias formales de gestión, movilización y control social en todo el Sector Salud, en el nivel local, municipal, departamental y nacional, para que los Bolivianos y Bolivianas ejerzan su derecho a la salud, controlen a las acciones del Sector, y tengan espacios de promoción del autocuidado de su salud.	% de niveles de gestión que cuentan con Consejo de Salud funcionando y realizando sus tareas de acuerdo a Norma (niveles nacional, departamental, municipal y local)	0%	> 95%	SEDES, Estudios de seguimiento al modelo de gestión SAFCI
		% de mujeres que componen a los Consejos de Salud en niveles nacional, departamental, municipal y local	A establecer	50%	

El Proyecto Sectorial 2.2 se inscribe en la continuidad de las estrategias instancias de gestión, movilización y control social iniciadas a partir de 2006 con la creación de las Autoridades Locales de Salud, Consejos Locales de Salud, Consejos Municipales de Salud, etc. Así, un objetivo del proyecto será fortalecer las instancias creadas, y de crear nuevas en todo el territorio y en todos los subsectores del Sector Salud, adaptando al contexto.

Como la creación de instancias no es suficiente para que la población ejerza realmente la gestión y el control social, las Instituciones del Sector deberán apoyar a estos espacios de gestión, movilización y control social y así otorgar a la población un ejercicio real del derecho a la salud.

El objetivo de las instancias de control social será controlar la implementación de las estrategias nacionales de salud, pero también planificar las intervenciones a nivel local y promover la salud dentro de la comunidad.

Proyecto Sectorial 2.3 - Nutrición y Seguridad Alimentaria

Tabla 28 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.3

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.3: Nutrición y Seguridad Alimentaria	Contribuir, en el marco de SAFCI, a la erradicación de la desnutrición en la población, en particular en niños menores de 5 años, mujeres embarazadas, en periodo de lactancia y en edad fértil Prevenir y disminuir la malnutrición	Tasa de desnutrición aguda (leve, moderada y aguda) en menores de 5 años	10% (2009)	0%	Encuestas (ENDSA), SNIS
		% de Municipios que cuentan con Unidades Nutricionales Integrales funcionando de acuerdo a norma	0% (2009)	> 90%	SEDES
		Prevalencia de anemia en mujeres en edad fértil	38,3% (2008)	< 10%	Encuestas (ENDSA)
		% de niños de 6 a 23 meses de edad que recibieron las 3 prácticas alimenticias apropiadas de infantes y niños	65,6% (2008)	> 90%	Encuestas (ENDSA)

El Proyecto Sectorial 2.3 es la continuación del Programa Desnutrición Cero, y tiene el mismo objetivo de erradicación de la desnutrición en menores de 5 años y mujeres embarazadas. Sin embargo, se atacará también a la malnutrición, que se traduce en fenómenos que constituyen importantes factores de riesgo para la salud, como la obesidad y la anemia.

Las intervenciones tendrán esencialmente un enfoque de promoción de buenas prácticas nutricionales y de acciones intersectoriales para disminuir la vulnerabilidad alimentaria, priorizando los alimentos producidos localmente y nacionalmente. También se desarrollará las políticas actuales de suplementación con micronutrientes, alimentos complementarios, alimentos fortalecidos, atención integral al niño desnutrido, para implementarlas y fortalecerlas en todo el Sector Salud.

Proyecto Sectorial 2.4 - Reducción de la violencia

El Proyecto Sectorial 2.4 tiene como objetivo principal captar, atender y denunciar los casos de violencia intrafamiliar, y así erradicar la tolerancia actual hacia este problema. Los enfoques importantes son entonces la mejora de la capacidad de captación de los casos de violencia, pero también el incremento de las denuncias. Finalmente, el indicador producido por la ENSA de porcentaje de mujeres unidas que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja permitirá verificar el impacto de las acciones en la prevalencia de violencia intrafamiliar.

También en el marco del Proyecto Reducción de la Violencia, se realizará acciones enfocadas a reducir otros tipos de violencia, principalmente los accidentes de tránsito.

Tabla 29 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.4

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.4: Reducción de la violencia	Establecer sistemas y mecanismos de trabajo para la captación, atención y denuncia de casos de violencia	% de establecimientos de salud que reportan casos de VIF	24% (2008)	70%	SNIS
		% de mujeres unidas que han sufrido violencia física o sexual por parte de su pareja	24% (2008)	15%	Encuestas (ENDSA)

Proyecto Sectorial 2.5 - Integración de las Personas con Discapacidad**Tabla 30 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.5**

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.5: Integración de las Personas con Discapacidad	Fortalecer la capacidad de respuesta integral de las Redes y Establecimientos de salud para la prevención, atención de las necesidades de las personas con capacidades diferentes y promoción de la prevención de las discapacidades	Nº de centros de rehabilitación para personas con discapacidad		Al menos un centro de rehabilitación en cada Departamento	Ministerio de Salud y Deportes
		Nº de personas con discapacidad registradas y carnetizadas	A establecer	100% de las personas con discapacidad registradas	SEDES
		% infraestructuras de salud que cumplen con norma arquitectónica de acceso para personas con discapacidad	0%	100% de los establecimientos de referencia (nivel II, III y nivel I con camas) cumplen con las normas	SEDES, Estudios específicos

El Proyecto Sectorial 2.5 se enfocará en una mejor atención y rehabilitación de las personas con discapacidad, así que en una mejor prevención de las discapacidades evitables.

Proyecto Sectorial 2.6 - Gestión del riesgo ambiental y adaptación al cambio climático**Tabla 31 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.6**

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.6: Gestión del riesgo ambiental en salud y adaptación al cambio climático	Establecer mecanismos de prevención y respuesta del Sector Salud frente a los eventos de salud originados por eventos climáticos	Nº de casos de enfermedades transmisibles consecutivos a desastres naturales	A establecer	Disminuir en 50%	SNIS

Dentro del marco de este Proyecto Sectorial 2.6, el Sector Salud se integrará en las acciones intersectoriales de adaptación al cambio climático y a desastres ambientales, creando mecanismos de respuesta en cuanto a prevención, promoción, atención de enfermedades, etc.

Proyecto Sectorial 2.7 – Deporte y Salud**Tabla 32 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.7**

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.7: Deporte y Salud	Promover la participación de la población en las actividades deportivas y de recreación	% de la población de 14 a 19 años que participa en torneos deportivos no profesionales	< 5%	20%	Encuestas específicas
		% de la población que practica regularmente una actividad física	A establecer	Incremento de 10% al 2015 20% al 2020	Encuestas específicas

El proyecto Sectorial 2.7 consiste en desarrollar la práctica del deporte y de actividades físicas recreativas en todos los Bolivianos y Bolivianas. Para tal propósito, se promocionará la práctica del deporte y otras actividades físicas recreacionales en toda la población.

Proyecto Sectorial 2.8 - Educación y Comunicación en Salud en el marco de la SAFCI**Tabla 33 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 2.8**

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 2.8: Educación y Comunicación en Salud en el marco de la SAFCI	Desarrollar los mecanismos de educación y comunicación en salud para informar la población de los riesgos en salud y prácticas saludables	% de comunidades que tienen promotor de salud	A establecer	90%	SEDES
		% de unidades educativas que realizan actividades de comunicación y educación en salud	A establecer	> 90%	Ministerio de Educación

El proyecto 2.8 tiene como objetivo desarrollar mecanismos de educación y comunicación en salud que se coordinaran con los demás proyectos sectoriales para promoción de la salud y prevención de enfermedades, entre otros.

3.6.3. Soberanía y rectoría sobre el Sistema único SAFCI

El tercer Eje de Desarrollo se sustenta en la ausencia de aplicación de las políticas y estrategias nacionales de salud en todo el territorio y por parte de todo el Sector Salud. En este sentido, el objetivo principal del tercer Eje es la aplicación de los Proyectos Sectoriales del PSD en toda Bolivia y por parte de todo el Sector.

El programa que permitirá cumplir el objetivo del segundo Eje de Desarrollo es denominado “Alineación y compromiso del Sector Salud con las políticas nacionales”, enfocado en la construcción y organización del Sistema de Salud Único. Esta construcción se realizará en varias etapas, iniciando con la aplicación de las políticas nacionales en todo el Sector hasta a largo plazo lograr la integración de todos los actores del Sector en un sistema único.

Para tal propósito, se mejorará las capacidades de gestión, entendido como una mejor planificación, mejor ejecución, mejor control y seguimiento en todo el Sector, entre otros, lo que constituye el Proyecto Sectorial 3.1 “Fortalecimiento de la Capacidad de gestión”. También se deberá reducir la dependencia financiera y tecnológica del Sector Salud hacia cooperantes exteriores, en un enfoque de soberanía nacional sobre el Sector Salud.

Tabla 34 Objetivos, Indicadores y Metas del Eje 3 y Programa 3

Eje / Programa / Proyecto	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Eje 3: Soberanía y Rectoría sobre el Sistema Único SAFCI	Recuperar la soberanía sanitaria, garantizando el ejercicio de la rectoría sanitaria del MSyD sobre el SNS	% de subsectores e Instituciones públicas que adoptan las políticas y normativa en salud del sector (adaptada a su contexto)	< 5%	90%	Ministerio de Salud y Deportes
Programa 3: Alineación y compromiso del Sector Salud con las políticas nacionales	Realizar tareas efectivas de coordinación y seguimiento para la aplicación de las políticas nacionales de salud en todo el Sector y en todo el territorio	Nº de compromisos de gestión acordados con el MSyD en los varios subsectores (SEDES, Seguridad Social, Sector privado con o sin fin de lucro)	Compromisos de gestión en los 9 SEDES	Cada institución pública y subsectores han acordado de compromisos de gestión con el MSyD	Ministerio de Salud y Deportes

El Programa 3 tiene cuatro Proyectos Sectoriales, estrechamente relacionados entre sí:

3.1 Fortalecimiento de la capacidad de Gestión del SNS; 3.2 Integración de todos los sub-sectores en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural; 3.3 Gestión Financiera del Sistema Nacional de Salud; y 3.4 Gestión tecnológica e investigación.

Proyecto Sectorial 3.1 - Fortalecimiento de la capacidad de Gestión en el SNS

La rectoría sobre el Sistema de Salud no se logrará sin capacidad de gestión fortalecida. En este sentido, el Proyecto Sectorial 3.1 tiene como objetivo mejorar la capacidad de gestión, es decir de planificación, programación, control y seguimiento, etc. en el Ministerio de Salud y Deportes, y en todo el Sector (SEDES, Cajas, ONGs, etc.) para asegurar la aplicación de las políticas nacionales de salud en todo el Sector y en todo el territorio.

Los indicadores trazadores del fortalecimiento de la capacidad de gestión serán la ejecución financiera y física de los POAs en todo el Sector, así que indicadores sobre las actividades de seguimiento, que son la base de la evaluación del Sector Salud que permitirá conocer la contribución al PSD de cada actor del Sector.

Tabla 35 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.1

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 3.1: Fortalecimiento de la capacidad de Gestión en el Sistema Nacional de Salud SNS	Fortalecer la capacidad de manejo de las herramientas de planificación, programación, organización, seguimiento y evaluación de planes y proyectos, en todos los niveles administrativos y operativos del sector	% ejecución financiera y física de los POAs de salud en todo el Sector	A establecer	> 90%	MSyD, SEDES, Municipios, OMGs, Seguridad Social, Iglesia, etc.
		% de proyectos con seguimiento efectivo de actividades e impacto	0%	100%	Ministerio de Salud y Deportes
		% de indicadores producidos por el SNIS analizados trimestralmente	0%	100%	SNIS

Proyecto Sectorial 3.2 - Integración de los sub-sectores en el Sistema Único SAFCI

Tabla 36 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.2

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 3.2: Integración de los sub-sectores en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural	Alinear las estrategias e intervenciones del Sector con PND y PSD	% Planes Estratégicos, programas y proyectos de todo el Sector Alineados	0%	90%	Ministerio de Salud y Deportes

El Proyecto 3.2 tiene como objetivo tomar medidas legales, incentivas y coercitivas para asegurar la aplicación de las políticas nacionales en todo el Sector y todo el territorio, como un primer paso a la creación de un Sistema de Salud Único, cuales modalidades están todavía por definir.

Proyecto Sectorial 3.3 - Gestión del financiamiento del Sistema Nacional de Salud

El Proyecto Sectorial 3.3 tiene como objetivo disminuir la dependencia financiera de la ayuda externa, en particular de los créditos y del financiamiento exterior de gastos corrientes, para asegurar la continuidad y la sostenibilidad a largo plazo del financiamiento del Sector Salud. Se deberá paralelamente asegurar el incremento y la sostenibilidad del financiamiento nacional en salud.

Tabla 37 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.3

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 3.3: Gestión del financiamiento del Sistema Nacional de Salud	Asegurar un financiamiento suficiente y sostenible para el Sistema de Salud y disminuir la dependencia financiera del Sistema de Salud hacia recursos exteriores	% del gasto total en salud financiado por recursos interiores (TGN, aportes, etc.)	A establecer		Cuentas Nacionales de Salud
		gasto en salud en % del PIB	A establecer		

Proyecto Sectorial 3.4 - Gestión tecnológica e investigación

Tabla 38 Objetivos, Indicadores y Metas del Proyecto Sectorial 3.4

Proyecto Sectorial	Objetivos	Indicadores	Situación inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
Proyecto 3.4: Gestión tecnológica e investigación	Desarrollar la industria nacional en salud y la investigación científica	N° de investigaciones científicas que apoyan a los Proyectos Sectoriales del PSD	A establecer	33 investigaciones científicas mandadas por el MSyD realizadas al 2020	Ministerio de Salud y Deportes
		% de los medicamentos de la LINAME producidos nacionalmente	A establecer	> 50%	Ministerio de Salud y Deportes

El último Proyecto Sectorial tiene como enfoque principal el desarrollo de las capacidades nacionales en cuanto a tecnología en salud, como medicamentos e insumos, y en cuanto a investigación, para contar con estudios adaptados al contexto boliviano.

Capítulo IV. Presupuesto plurianual y Estrategia de Financiamiento

4.1. Presupuesto plurianual del PSD

Para el cumplimiento de los objetivos y las metas del PSD debemos estimar el presupuesto Plurianual del Sector Salud; sin embargo, la falta de participación de los sub-sectores dificulta este ejercicio, y como consecuencia, se presentará datos desglosados por programa confiables solamente para el Ministerio de Salud y Deportes; para los demás niveles de gestión (Prefecturas, municipios) y demás sub-sectores, se calculó estimaciones a partir de los datos del Ministerio de Salud y Deportes y de la proporción del gasto en salud 2006 correspondiente a cada sub-sector.

4.1.1. Presupuesto del MSyD y programas Nacionales 2007-2009

En la tabla 36 se observa el comportamiento de la inversión y del gasto corriente del MSyD y de los Programas Nacionales en el periodo 2007-2009; esta información ha sido la base de la elaboración del presupuesto plurinacional. Se clasificó el presupuesto del MSyD en función a los Proyectos Sectoriales del PSD 2010-2020, considerando la actividad principal desarrollada por el Programa o la Unidad para determinar la pertenencia a tal o tal Proyecto Sectorial.

Sin embargo, cabe notar que la mayor parte de los recursos humanos asalariados del sector salud no son presentados en esta tabla porque son financiados por las Prefecturas con recursos del TGN y además no entran en un programa específico.

4.1.2. Presupuesto plurianual 2010-2020 del MSyD y programas Nacionales

A partir de los datos de 2006 a 2009, se estimó el presupuesto plurianual del MSyD y de los Programas Nacionales, con un crecimiento anual de 5% para los programas de los Ejes 1 y 3, y un crecimiento de 10% anual para el presupuesto de los programas del segundo Eje (promoción).

El presupuesto plurianual se puede observar a continuación (tabla 37).

Tabla 39 Presupuesto del MSyD 2007-2009 en el marco del PSD

Eje / Programa	2007	2008	2009
----------------	------	------	------

PSD 2010-2020 “Hacia la Salud Universal”

Plan de Desarrollo Sectorial	454 362 001	580 522 140	587 512 272
Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	379 281 675	453 528 448	493 998 225
Proyecto 1.1: Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI	210 429 913	214 185 226	400 738 329
Proyecto 1.2: Fortalecimiento de las Redes de salud SAFCI	94 246 069	166 677 033	68 059 013
Proyecto 1.3: Medicina tradicional e Interculturalidad	624 116	315 212	588 426
Proyecto 1.4: Vigilancia y gestión de la calidad de bienes y servicios	5 469 282	6 505 590	7 875 766
Proyecto 1.5: Seguro Universal de Salud Único	68 512 295	65 845 387	16 736 691
Eje 2: Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI	14 815 066	34 711 790	66 859 951
Proyecto 2.1: Intersectorialidad para un entorno saludable	0	0	0
Proyecto 2.2: Gestión, movilización y Control Social en el marco de la SAFCI	416 617	4 837 947	4 443 270
Proyecto 2.3: Nutrición y Seguridad Alimentaria	1 578 323	15 798 183	40 592 176
Proyecto 2.4: Reducción de la violencia	100 000	386 198	171 300
Proyecto 2.5: Integración de las Personas con Discapacidad	0	2 642 243	3 500 000
Proyecto 2.6: Gestión del riesgo ambiental en salud	7 205 000	8 600 315	166 033
Proyecto 2.7: Deporte y Salud	4 601 634	1 801 690	17 146 926
Proyecto 2.8: Educación y Comunicación para Salud en el marco de la SAFCI	913 492	645 214	840 246
Eje 3: Soberanía y Rectoría en el marco del Sistema Único SAFCI	60 265 260	92 281 902	26 654 096
Proyecto 3.1: Fortalecimiento de la capacidad de Gestión del SNS	60 265 260	92 240 202	26 528 096
Proyecto 3.2: Integración de todos los sub-sectores en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural	0	0	0
Proyecto 3.3: Gestión del Financiamiento del Sistema Nacional de Salud	0	0	0
Proyecto 3.4: Gestión tecnológica e investigación	0	41 700	126 000

Tabla 40 Presupuesto plurianual del MSyD 2010-2020

Eje / Programa	2010	2011	2012	2013-2020
Plan de Desarrollo Sectorial	880 500 000	928 425 000	979 136 250	10 058 316 479
Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural	770 000 000	808 500 000	848 925 000	8 511 801 115
Proyecto 1.1: Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI	200 000 000	210 000 000	220 500 000	2 210 857 432
Proyecto 1.2: Fortalecimiento de las Redes de salud SAFCI	100 000 000	105 000 000	110 250 000	1 105 428 716
Proyecto 1.3: Medicina tradicional e Interculturalidad	10 000 000	10 500 000	11 025 000	110 542 872
Proyecto 1.4: Vigilancia y gestión de la calidad de bienes y servicios	10 000 000	10 500 000	11 025 000	110 542 872
Proyecto 1.5: Seguro Universal de Salud Único	450 000 000	472 500 000	496 125 000	4 974 429 223
Eje 2: Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI	78 000 000	85 800 000	94 380 000	1 187 251 031
Proyecto 2.1: Intersectorialidad para un entorno saludable	1 000 000	1 100 000	1 210 000	15 221 167
Proyecto 2.2: Gestión, movilización y Control Social en el marco de la SAFCI	6 000 000	6 600 000	7 260 000	91 327 002
Proyecto 2.3: Nutrición Familiar Comunitaria Intercultural (Desnutrición Cero)	40 000 000	44 000 000	48 400 000	608 846 682
Proyecto 2.4: Reducción de la violencia	1 000 000	1 100 000	1 210 000	15 221 167
Proyecto 2.5: Integración de las Personas con Discapacidad	10 000 000	11 000 000	12 100 000	152 211 671
Proyecto 2.6: Gestión del riesgo ambiental en salud	10 000 000	11 000 000	12 100 000	152 211 671
Proyecto 2.7: Deporte y Salud	5 000 000	5 500 000	6 050 000	76 105 835
Proyecto 2.8: Educación y Comunicación para Salud en el marco de la SAFCI	5 000 000	5 500 000	6 050 000	76 105 835
Eje 3: Soberanía y Rectoría en el marco del Sistemá Único SAFCI	32 500 000	34 125 000	35 831 250	359 264 333
Proyecto 3.1.1: Fortalecimiento de la capacidad de Gestión del SNS	25 000 000	26 250 000	27 562 500	276 357 179
Proyecto 3.1.2: Integración de todos los sub-sectores en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural	5 000 000	5 250 000	5 512 500	55 271 436
Proyecto 3.1.3: Independencia financiera del Sistema Nacional de Salud	500 000	525 000	551 250	5 527 144
Proyecto 3.1.4: Gestión tecnológica e investigación	2 000 000	2 100 000	2 205 000	22 108 574

4.2. Fuentes de financiamiento del Sector

Las fuentes de financiamiento para el PSD son diferentes según el sub-sector considerado.

4.2.1. Fuentes de financiamiento del sub-sector público

- Recursos del Tesoro General de la Nación que se transfieren esencialmente a Prefecturas para el pago de salarios de los recursos humanos del Sector.
- Recursos de Coparticipación Tributaria que se transfieren a los municipios.
- Recursos HIPC
- Recursos IDH
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.
- Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector público. Estos pagos directos desaparecerán con la implementación del Seguro Universal.

4.2.2. Fuentes de financiamiento del sub-sector de la Seguridad Social

- Aportes de los empleadores, pagado para afiliar a los asalariados; constituyen la fuente de financiamiento principal y casi exclusiva de la Seguridad Social.
- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación.

4.2.3. Fuentes de financiamiento del sub-sector privado

- Recursos externos provenientes de organismos financieros multilaterales, agencias de cooperación y gobiernos de otros países, mediante convenios de crédito o donación. Estos recursos conciernen solamente el subsector privado sin fines de lucro.
- Pagos directos: son los pagos realizados por los usuarios cuando utilizan los servicios de salud del subsector privado.
- Cotizaciones a Seguros de Salud privados.

Capítulo V. Estrategia de implementación

La Estrategia de Implementación es la organización de los recursos humanos, técnicos y financieros de las entidades del sector en el territorio nacional, de acuerdo a un conjunto de prioridades definidas para asegurar, de la manera más óptima, el logro de los objetivos del Plan Sectorial.

La estrategia de implementación es constituida por varias etapas:

1. Formación de un comité técnico administrativo para la implementación, seguimiento, monitoreo y evaluación del PSD; la primera tarea será llevar a cabo la evaluación completa del sector para el periodo 2006-2009, y eventualmente ajustar en consecuencia la propuesta del PSD 2010-2020; a partir de esta finalización del PSD, se difundirá el documento en todo el Sector acompañado con una metodología indicativa para la realización de los Planes Estratégicos en los diferentes sub-sectores y diferentes ámbitos de gestión.
2. Realización del mapeo de actores del Sector y de sus respectivos roles en la implementación de los programas, con el fin de realizar una estructura organizativa completa, por sub-sectores y por niveles territoriales. De acuerdo al tercer eje de desarrollo del Plan, el MSyD es el ente rector del sector; actualmente, constituye solamente el ente rector del sub-sector público, razón por la cual se deberá crear espacios e instrumentos para que los demás subsectores adaptan sus acciones al PSD en una primera etapa, antes de integrarse al Sistema Único en una segunda etapa a mediano/largo plazo.
3. Realización de un taller conjunto de inducción sobre el PSD aprobado y con resolución ministerial de aprobación, en la que se realizara una presentación, discusión y validación de propuesta de implementación.
4. Realización e implementación de los Planes estratégicos 2010-2020 alineados con el PSD en los diferentes sub-sectores y en los diferentes niveles de gestión territorial. Estos planes estratégicos y sus instrumentos de aplicación respectivos, como el cuadro de mando integral, definirán las estrategias propias a cada entidad del Sector para el logro de los objetivos del PSD. Hasta que los subsectores de la Seguridad Social y privado no estén totalmente integrados en el Sistema Único, no participaran en la totalidad de los programas del PSD, pero realizarán progresivamente más y más intervenciones en el marco de los 3 Ejes estratégicos. A partir de estos planes estratégicos, se realizará anualmente los PADs y POA.
5. Se implementará el Sistema de Seguimiento y Evaluación de las acciones del Sector; debido a la fragmentación actual del sector, este sistema deberá ser adaptativo a las características propias de cada subsector en una etapa preliminar, antes de ser integral con la creación del Sistema de Salud Único (ver capítulo 6). Este sistema de seguimiento y evaluación no servirá solamente a seguir el cumplimiento de los objetivos, pero también será utilizado para realizar seguimiento a la implementación del PSD en cada entidad del Sector.

Tabla 41 Estrategia de implementación del PSD

Programa	Proyecto Sectorial	Instituciones del Sector	Roles
Programa 1 Universalización del Acceso al Sistema de Salud	1.1 Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos, • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados (tasas de coberturas de los servicios de salud) a nivel nacional
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Extender las coberturas a toda la población, adaptándose a sus características para proveer los servicios necesarios; • deberá mejorar la prestación de servicios de salud preventivos y promocionales • Controlar la aplicación de las normas y procedimientos nacionales
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Extender las coberturas a su población afiliada, en particular servicios de salud preventivos y promocionales; • adaptar y priorizar los servicios de salud según características de la población afiliada
		Sub-sector privado sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Extender la cobertura de sus servicios, • mejor coordinación con los demás subsectores para evitar la duplicidad de esfuerzos en zonas que no lo necesitan
		Sub-sector privado con fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • mejorar la accesibilidad de sus servicios • Extender la cobertura de sus servicios, en particular servicios de salud preventivos y promocionales
	1.2 Fortalecimiento de Redes de Salud	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos de caracterización y equipamiento, • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Financiar RRHH, infraestructuras y equipamientos en lugares donde se necesitan realmente • Controlar la aplicación de las normas y procedimientos nacionales • Coordinar la referencia y retorno con los demás subsectores
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar infraestructuras y equip., en particular de primer y segundo nivel • Coordinar la construcción de nuevos establecimientos con los demás subsectores • Coordinar la referencia y retorno con los demás subsectores
		Sub-sector privado con o sin fin de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar la referencia y retorno con los demás subsectores • Coordinar la construcción de nuevos establecimientos con los demás subsectores

Programa	Proyecto Sectorial	Instituciones del Sector	Roles
Programa 1 Universalización del Acceso al Sistema de Salud	1.3 Medicina Tradicional e Interculturalidad	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos, • Integrar los medicamentos naturales en las listas nacionales y seguros públicos • Establecer el sistema de coordinación entre medicina tradicional y medicina occidental
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar el registro y acreditación de los médicos tradicionales, • Aplicar las normas de coordinación con la medicina tradicional • Proveer ítems a médicos tradicionales
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la medicina tradicional, • Aplicar las normas de coordinación con la medicina tradicional • Proveer ítems a médicos tradicionales
		Sub-sector privado con o sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer la medicina tradicional, • Aplicar las normas de coordinación con la medicina tradicional
		Asociaciones de médicos tradicionales	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyar y coordinar con el MSyD y otras instituciones para el registro y acreditación de médicos tradicionales, • realizar el control social y seguimiento de la coordinación con medicina occid. • Aplicar las normas del MSyD
	1.4 Vigilancia y Gestión de la Calidad de bienes y servicios	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos para el control de calidad y acreditación • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados • Organizar el control de calidad de medicamentos
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar la habilitación y acreditación de los establecimientos de salud de todos los subsectores (SEDES), • realizar controles de calidad en los establecimientos
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • realizar controles de calidad en los establecimientos de la Seguridad Soc.
		Sub-sector privado con o sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las normas nacionales y procedimientos de calidad
	1.5 Seguro Universal de Salud	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos del Seguro Universal para todos los subsectores de salud
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la aplicación de un Seguro Público que cubra toda la población no afiliada a Seguridad Social o Privados • Coordinar con los demás subsectores para la creación del Seguro universal
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar sus afiliados • Coordinar con los demás subsectores para la creación del Seguro universal

Programa	Proyecto Sectorial	Instituciones del Sector	Roles
Programa 1 Universalización del Acceso al Sistema de Salud	1.5 Seguro Universal de Salud	Sub-sector privado sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la coordinación con el Sector público para cubrir las prestaciones del nuevo Seguro Público que cubra toda la población no afiliada a Seguridad Social o Privados • Coordinar con los demás subsectores para la creación del Seguro universal
		Sub-sector privado con fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los demás subsectores para la creación del Seguro universal • Estudiar la posibilidad de Seguros privados complementarios al Seguro universal (prestaciones adicionales)
Programa 2: Participación Social y Determinantes de la Salud	2.1 Intersectorialidad	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los demás sectores para la verdadera creación e implementación de acciones intersectoriales • Integrar las determinantes de la salud en todas las políticas, normas de salud, y en el SNIS
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.) Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.) Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con los demás sectores para la aplicación de intervenciones intersectoriales con el objetivo de mejorar el estado de salud
	2.2 Gestión, movilización y Control Social en el marco de la SAFCI	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos • Realizar el seguimiento y control de la implementación de las autoridades locales, consejos locales, municipales, departamentales y nacional de salud • Organizar el consejo nacional de salud
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la implementación, el buen funcionamiento y el financiamiento de las autoridades locales, consejos locales, municipales y departamentales de salud
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar consejos locales, departamentales y nacional de salud en el ámbito de la Seguridad Social, con competencias adaptadas al subsector de la Seguridad Social
		Sub-sector privado con o sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar consejos locales, departamentales y nacional de salud en el ámbito privado, con competencias adaptadas al subsector privado
	2.3 Nutrición y Alimentación	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados • Coordinar con los demás sectores para la realización de políticas multisectoriales de seguridad alimentaria

Programa	Proyecto Sectorial	Instituciones del Sector	Roles
Programa 2: Participación Social y Determinantes de la Salud	2.3 Nutrición y Alimentación	Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias nacionales de nutrición y alimentación en los establecimientos del subsector y en la comunidad • Mejorar la promoción y prevención de desnutrición y malnutrición
		Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias nacionales de nutrición y alimentación en la población afiliada • Mejorar la promoción y detección de la población afiliada desnutrida y malnutrida
		Sub-sector privado con o sin fines de lucro	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias nacionales de nutrición y alimentación • Mejorar la promoción y prevención de desnutrición y malnutrición
	2.4 Reducción de la violencia	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados • Coordinar con sectores de seguridad, justicia, etc. para mejorar la denuncia y disminuir la tolerancia hacia violencia
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.) Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.) Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias nacionales de detección y atención de violencias
	2.5 Integración de las Personas con Discapacidad	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.) Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.) Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias nacionales para discapacitados • Mejorar la accesibilidad para personas con discapacidad en los establecimientos de todo el Sector
		Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos para la adaptación al cambio climático y riesgos para el Sector • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados • Coordinar acciones con otros sectores para gestión ambiental
	2.6 Gestión del riesgo ambiental en salud y adaptación al cambio climático	Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.) Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.) Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicar las estrategias nacionales para adaptación al cambio climático

Programa	Proyecto Sectorial	Instituciones del Sector	Roles	
	2.7 Deporte y Salud	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos de promoción del deporte y de la actividad física • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados 	
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.) Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.) Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las políticas nacionales de promoción del deporte y de la actividad física 	
	2.8 Educación y Comunicación en Salud en el marco de la SAFCI	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos • realizar el control y seguimiento de las estrategias de educación y comunicación en salud de los proyectos 	
		Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.) Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.) Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Implementar las estrategias nacionales de educación y comunicación en salud adaptadas al contexto 	
	Programa 3: Alineación y compromiso del Sector Salud con las políticas nacionales	3.1 Fortalecimiento de la capacidad de Gestión del SNS	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos • realizar el control y seguimiento de los proyectos y de los resultados • Fortalecer la capacidad de gestión del Ministerio de Salud y Deportes
			Sub-sector público (SEDES, DILOS, establecimientos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad de gestión de los SEDES, de los DILOS, cabeceras de Red, establecimientos, etc.
Seguridad Social a corto plazo (INASES, Cajas, Establecimientos, etc.)			<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad de gestión del INASES y de las Cajas de Salud 	
Sub-sector privado con o sin fines de lucro			<ul style="list-style-type: none"> • Fortalecer la capacidad de gestión en el Sector privado 	
3.2 Integración de todos los sub-sectores en el Sistema Único de Salud Familiar, Comunitaria, Intercultural		Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer normas y procedimientos y organizar la creación del Sistema de Salud único 	
		Sub-sector público Seguridad Social a corto plazo Sub-sector privado	<ul style="list-style-type: none"> • Alinearse realmente a las políticas nacionales • Integrarse en el sistema único 	
3.3 Gestión Financiera del Sistema Nacional de Salud	Ministerio de Salud y Deportes	<ul style="list-style-type: none"> • Velar para la mejora del financiamiento de la salud en conjunto con Ministerio de Economía 		

Capítulo VI. Seguimiento y Evaluación

Uno de los requisitos de todo proceso basado en la planificación, es establecer un sistema de monitoreo, seguimiento, y evaluación del mismo. El Plan de Desarrollo Sectorial, al margen de haber sido construido participativamente, ha sido pensado como un conjunto de estrategias dinámicas, que incluyen acciones de retroalimentación y propuestas correctivas durante su aplicación.

Aunque de manera ideal lo más adecuado sería tener un equipo de profesionales que se dediquen con exclusividad a efectuar el seguimiento y monitoreo en la aplicación del PDS, por el momento no existe la posibilidad de implementar tal propuesta, razón por la cual será el equipo técnico de la Unidad de Planificación del Ministerio de Salud y Deportes el encargado de realizar este proceso en coordinación con los diferentes niveles de gestión departamentales, municipales y locales, en todos los subsectores.

También cabe precisar que el buen desarrollo del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación depende del buen funcionamiento del Sistema de información en Salud, cual desarrollo está incluido en las estrategias del Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 (Eje Estratégico 3: Rectoría).

El objetivo del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación es apreciar y cuantificar los resultados e impactos alcanzados por los diferentes programas del Plan de Desarrollo 2010-2020; también se analizara eventualmente futuros proyectos o intervenciones que no se incluyeron en el presente documento.

En este sentido, se analizará los procesos de los programas y los impactos, pero sobre todo, se deberá analizar las interrelaciones entre los dos, es decir determinar en qué proporción las modificaciones en los resultados / impactos se deben a los programas del PDS, y en qué proporción se deben a otros factores exteriores al Sector.

Los hallazgos del Sistema de Monitoreo, Seguimiento y Evaluación beneficiarán en primer lugar al Ministerio de Salud y Deportes, entidad rector del sector, y a los actores del Sector Salud en general, para que conozcan el estado del Sector Salud en Bolivia y en consecuencia, puedan reformular y reorientar adecuadamente el diseño y la implementación de las intervenciones del Sector Salud. El seguimiento y evaluación también tienen un objetivo de rendición de cuentas hacia toda la población boliviana.

6.1. Desarrollo del proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación

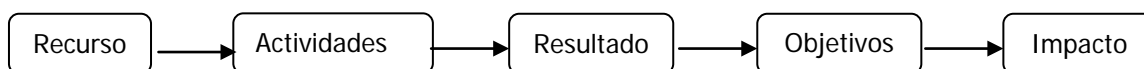
6.1.1. Definición de términos

- **Monitoreo:** es el proceso rutinario y continuo de observación y recolección de informaciones sobre las diferentes intervenciones y proyectos del Sector.
- **Seguimiento:** es el proceso de acompañamiento a la implementación de las iniciativas (proyectos, programas y ejes estratégicos), que permite controlar si el Plan, programas y proyectos están siendo ejecutados tal como estaba previsto.

- **Evaluación:** es el proceso por el cual se determina el nivel de cumplimiento de los objetivos estratégicos planteados: objetivos inmediatos de los proyectos, objetivos intermedios de los programas, objetivos finales del Plan e impactos sobre la población boliviana.

6.1.2. Criterios de evaluación

El proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación del PDS seguirá el esquema de análisis siguiente:



El análisis de los recursos, actividades, resultados, objetivos e impactos se realizará en base a los 4 criterios siguientes, siempre cuando sea posible:

1. **EFICACIA:** análisis de los indicadores de proceso y de los resultados específicos de cada Programa y cada Proyecto, para saber si los objetivos específicos y resultados han sido alcanzados, cuantitativamente y cualitativamente.
2. **EFICIENCIA:** análisis de los recursos utilizados (financieros –costos-, humanos y materiales) de cada Programa y cada Proyecto, para determinar si han sido aprovechados de manera óptima; en otras palabras, el criterio de eficiencia determina si se habría podido alcanzar mejores resultados con los recursos disponibles (o alcanzar los mismos resultados con menos recursos), o en termino de costo-eficiencia, si los resultados han sido alcanzados al menor costo sin sacrificar a la calidad.
3. **IMPACTO:** análisis de los beneficios y de los costos del PDS 2006-2010 en toda la Sociedad boliviana, en cuanto a salud (indicadores de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, indicadores de carga global, etc.), pero también en cuanto al impacto social de las intervenciones (repartición de los beneficios / costos en la población, efectos sobre la pobreza, sobre necesidades básicas, etc.).
4. **VIABILIDAD:** análisis financiera, técnica e institucional para determinar si es posible continuar el proyecto o la intervención.

6.1.3. Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación

Básicamente, el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación empezará el primer de Enero 2010 con las actividades rutinarias de monitoreo en los sub-sistemas público y de la Seguridad Social; La Unidad de Planificación del MSyD y el SNIS realizarán conjuntamente un manual detallado de Normas y procedimientos para el proceso de monitoreo, seguimiento y evaluación, que incluirá también procedimientos para los subsectores que actualmente no comparten informaciones con el MSyD (algunas Cajas de Salud, Sector privado y Medicina Tradicional).

La tabla 40 presenta el cronograma indicativo del proceso de seguimiento y evaluación.

Tabla 42 Cronograma del proceso de seguimiento y evaluación

Actividades	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Evaluación de las acciones del Sector para el periodo 2006-2009												
Elaboración de la Norma nacional de monitoreo, seguimiento y evaluación de las acciones del Sector Salud y de su manual de procedimientos												
Difusión de la Norma y Manual a nivel nacional												
Proceso de Monitoreo en los sub-sectores público y de la Seguridad Social												
Proceso de Monitoreo y proporción de la información en los demás subsectores												
Producción del informe anual de seguimiento por parte de UP/MSyD (cada tercer trimestre para el año anterior)												
Eventual formulación de recomendaciones y ajustes a los programas y proyectos												
Evaluación de medio-término del PSD												
Difusión de los resultados de la primera evaluación del Sector												
Inicio del proceso de evaluación final del Sector para el periodo 2010-2020												

6.2. Sistema de indicadores

Los indicadores son esencialmente parámetros que sirven para medir el grado de cumplimiento de los objetivos y de los procesos de los varios Programas y Proyectos del plan Sectorial de Desarrollo, así que los impactos alcanzados.

Dentro del conjunto de indicadores posibles para cada Proyecto, Programas, se realizará una selección de algunos, con el fin de simplificar el proceso de seguimiento y evaluación, en base a los varios criterios siguientes:

- pertinencia (muestra el objetivo logrado);
- confiabilidad (refleja la realidad, no se puede manipular / engañar);
- simple (es fácilmente comprensible y comunicable);
- práctico (el costo de recopilar y producir la información es razonable);
- inequívoco (refleja directamente y sin ambigüedad el progreso hacia el objetivo)
- coherente con el ciclo de toma de decisión

Para facilitar el tratamiento de datos, los valores de los diferentes indicadores estarán compilados en una tabla de la forma siguiente (tabla 39):

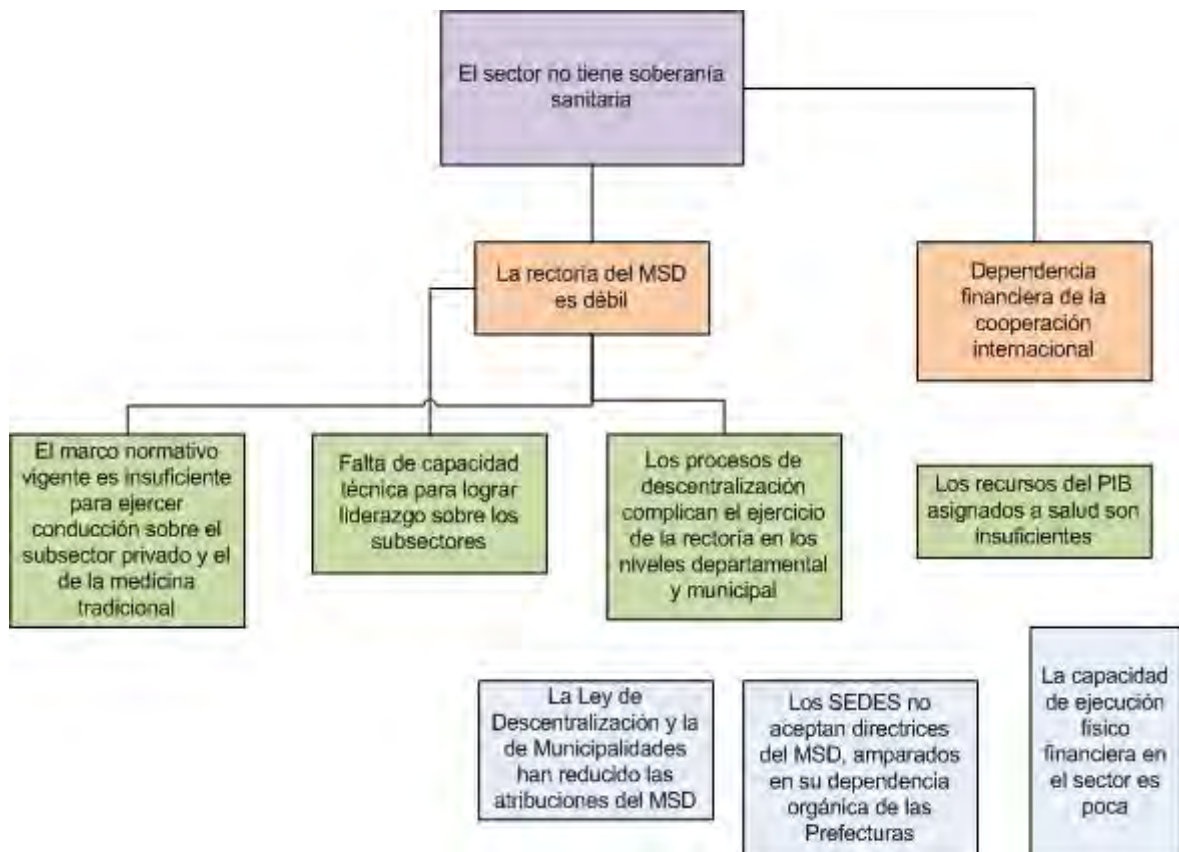
Tabla 43 Formato de recopilación de indicadores

Objetivos	Indicador	Método de cálculo del Indicador	Valor indicador y metas a alcanzar					Fuentes de información	Observación sobre el indicador	Tipo de indicador
			2009 (línea base)	10	11	12	...			
objetivo proyecto o programa	nombre indicador	Fórmula de cálculo del indicador considerado	Valor					Quién produce los datos	Eventuales notas	Impacto Resultado o Intermedio
			Meta							

Anexos

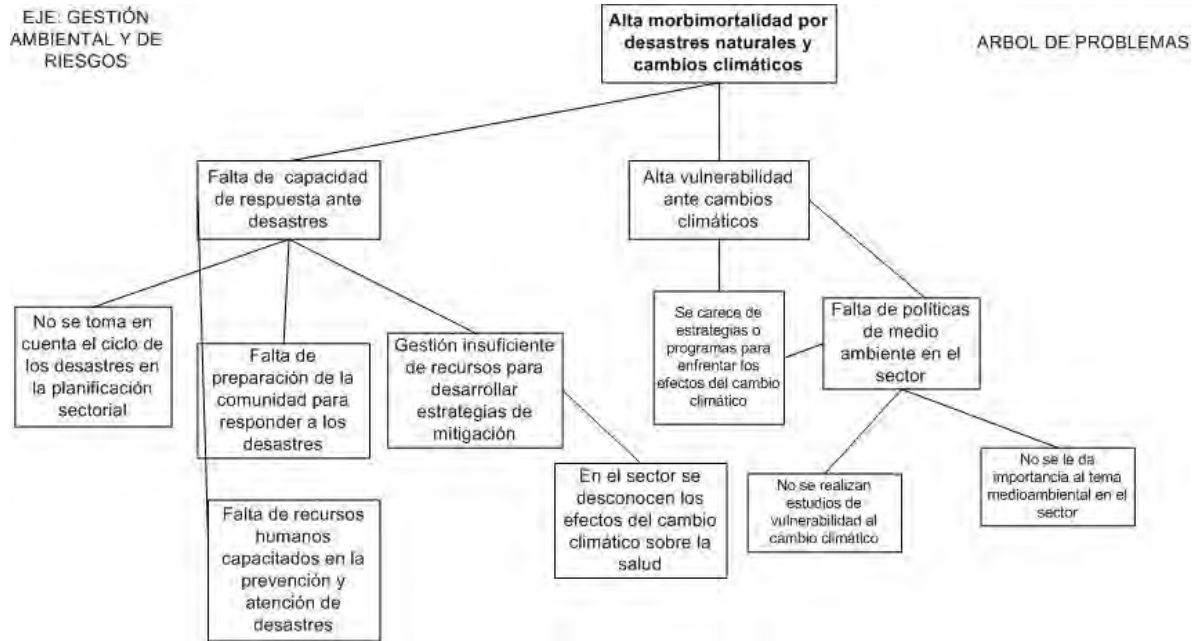
ANEXO 1

Ilustración 3 Árbol de problemas 1



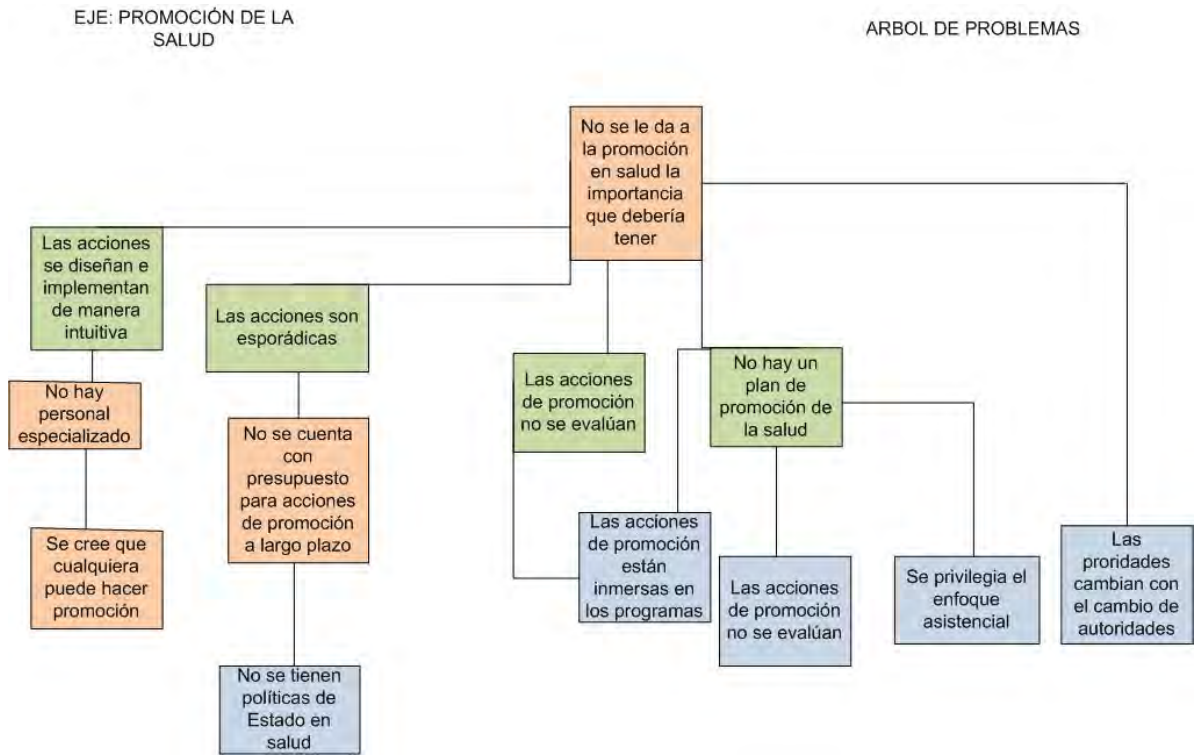
ANEXO 2

Ilustración 4 Árbol de problemas 2



ANEXO 3

Ilustración 5 Árbol de problemas 3



ANEXO 4**Tabla 44 Cuadro de resumen del Programa 1****DATOS DEL PROGRAMA**

OBJETIVO ESTRATÉGICO DEL SECTOR:	Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural		
NOMBRE DEL PROGRAMA:	Universalización del Acceso al Sistema de Salud		
ENTIDAD EJECUTORA:	Sector Salud (Ministerio de Salud, SEDES, Municipios, establecimientos de salud, Seguridad Social de corto plazo, subsector privado, etc.)		
FECHA DE INICIO:	2010	FECHA DE CONCLUSIÓN:	2020
PROBLEMA O NECESIDAD QUE PRETENDE RESOLVER:	Las barreras que impiden el acceso de los Bolivianos y Bolivianas al Sistema de Salud para servicios preventivos, curativos, etc.		
OBJETIVO DEL PROGRAMA:	Disminuir la magnitud de las barreras al acceso al Sistema de Salud de tipo económico, geográfico, cultural y relacionado a la calidad de atención para incrementar el acceso de los bolivianos y bolivianas al Sistema de Salud.		
POBLACIÓN META:	Todos los Bolivianos y Bolivianas		

OBJETIVOS E INDICADORES PROGRAMA Y PROYECTOS

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA BASE	META 2020	META 2015	META 2010
Del objetivo del programa: Disminuir la magnitud de las barreras al acceso al Sistema de Salud de tipo económico, geográfico, cultural y relacionadas a la calidad de atención para incrementar el acceso de los Bolivianos y bolivianas al Sistema de Salud	% de la población con seguro de salud	56%	100%	90%	60%
	% de la población viviendo > 1 hora de servicios de salud fijos	-	<1%	<5%	<10%
	% de establecimientos de salud que coordinan con medicina tradicional	<5%	70%	30%	5%
	Resultados de evaluaciones de desempeño	-	100% de los RRHH evaluados aplicando normas de atención	40% de los RRHH evaluados aplicando normas de atención	10% de los RRHH evaluados aplicando normas de atención
De innovación: Disminuir la magnitud de las barreras relacionadas al uso de la medicina tradicional	% de establecimientos de salud que coordinan con medicina tradicional	<5%	70%	30%	5%
De equidad: Disminuir las inequidades en el acceso al Sistema de Salud	Brecha en el acceso al Sistema de salud entre área rural y urbana	-	<5%	<15%	-
Objetivo del Proyecto 1.1 Incrementar las coberturas en el área de prevención, detección temprana, tratamiento y control de enfermedades en el marco de la SAFCI y en todo el Sector	Cobertura de vacuna pentavalente (3ra dosis) en menores de 1 año	84% (2008)	95%	93%	90%
	% de partos asistido por personal de salud	65% (2008)	> 90%	>80%	70%

OBJETIVOS	INDICADORES	LINEA BASE	META 2020	META 2015	META 2010
Objetivo del Proyecto 1.1 Incrementar las coberturas en el área de prevención, detección temprana, tratamiento y control de enfermedades en el marco de la SAFCI y en todo el Sector	% de pacientes curados de Tb del total de pacientes detectados con Tb	-	100%	90%	-
	Cobertura de consulta externa en adultos mayores (60 y más)	-	100%	90%	-
Objetivo del Proyecto 1.2 Mejorar las condiciones de infraestructura, equipamiento, RRHH y de gestión de las redes de salud en todo el Sector para satisfacer la demanda de la población en el marco del modelo SAFCI	N° de médicos generales por 10.000 habitante	4	6	5	4 + mejora de la distribución
	% de establecimientos conformes a Norma de caracterización según nivel de atención	-	90%	60%	10%
	% de consultas externas realizadas en establecimientos de primer nivel	63% (2008)	80%	70%	65%
Objetivo del Proyecto 1.3 Promover, desarrollar y articular la Medicina Tradicional con la medicina occidental dentro del Sistema Único de Salud	N° med. Tradicional acreditados	0	5000	1500	700
	% establecimientos que coordinan con medicina tradicional	-	100%	60%	10%
	N° de medicamentos tradicionales y naturales registrados en lista nacional de medicamentos esenciales	0	10	3	-
Objetivo del Proyecto 1.4 Mejorar la calidad de la atención en todo el Sector Salud y controlar los medicamentos e insumos para garantizar su inocuidad y buena calidad	% de medicamentos disponibles en el Sector que cumplen con la normativa	-	100%	90%	-
	% de establecimientos de salud acreditados de acuerdo al nivel de atención	< 1%	> 50%	20%	5%
	Índice de satisfacción de los usuarios de servicios de salud en la atención recibida	-	90% de usuarios satisfechos de la atención recibida	50% de usuarios satisfechos de la atención recibida	-
Objetivo del Proyecto 1.5 Hacer beneficiar a toda la población de un Seguro de Salud que cubra un paquete completo de prestaciones	% Población afiliada a un Seguro de Salud	56%	100%	90%	-
	gasto de bolsillo total de los hogares en % del gasto total en salud	23% (2006)	< 5%	10%	-

ANEXO 5**Tabla 45 Cuadro de resumen del Programa 2****DATOS DEL PROGRAMA**

OBJETIVO ESTRATÉGICO DEL SECTOR:	Promoción de la Salud en el marco de la SAFCI		
NOMBRE DEL PROGRAMA:	Participación Social y Determinantes de la Salud		
ENTIDAD EJECUTORA:	Sector Salud (Ministerio de Salud, SEDES, Municipios, establecimientos de salud, Seguridad Social de corto plazo, subsector privado, etc.)		
FECHA DE INICIO:	2010	FECHA DE CONCLUSIÓN:	2020
PROBLEMA O NECESIDAD QUE PRETENDE RESOLVER:	Las determinantes de la salud y la insuficiencia de la promoción de la salud		
OBJETIVO DEL PROGRAMA:	Desarrollar la participación social y la promoción de la salud para mejorar y disminuir las desigualdades en el estilo de vida de los Bolivianos y Bolivianas		
POBLACIÓN META:	Todos los Bolivianos y Bolivianas		

ANEXO 6**Tabla 46 Cuadro de resumen del Programa 3****DATOS DEL PROGRAMA**

OBJETIVO ESTRATÉGICO DEL SECTOR:	Soberanía y Rectoría sobre el Sistema Único SAFCI		
NOMBRE DEL PROGRAMA:	Alineación y compromiso del Sector Salud con las políticas nacionales		
ENTIDAD EJECUTORA:	Sector Salud (Ministerio de Salud, SEDES, Municipios, establecimientos de salud, Seguridad Social de corto plazo, subsector privado, etc.)		
FECHA DE INICIO:	2010	FECHA DE CONCLUSIÓN:	2020
PROBLEMA O NECESIDAD QUE PRETENDE RESOLVER:	La fragmentación del sistema de salud y de sus intervenciones		
OBJETIVO DEL PROGRAMA:	Realizar tareas efectivas de coordinación y seguimiento para la aplicación de las políticas nacionales de salud en todo el Sector y en todo el territorio		
POBLACIÓN META:	Todos los actores del Sector Salud		

