

ESTRATEGIA DE COOPERACIÓN DE PAÍS

BOLIVIA / 2011-2015

Resumen ejecutivo

Prioridades principales de salud del país

Con la aprobación de la Constitución política el 9 de febrero de 2009, Bolivia funda un nuevo Estado. El país se define como plurinacional, intercultural, descentralizado y con autonomías. De esta manera, reconoce cuatro tipos de gobiernos autonómicos, departamental, regional, municipal e indígena originario campesino. En la gestión del actual gobierno la concepción de “El Vivir Bien” es el fundamento de la nueva propuesta de desarrollo, que expresa el encuentro entre pueblos y comunidades respetando la diversidad e identidad cultural, así como los derechos de la Madre Tierra, lo que permite asegurar la responsabilidad y obligación social en el desempeño de la gestión pública y del propio desarrollo.

En cuanto a la situación de salud, los niveles de mortalidad materno, perinatal, neonatal e infantil (ODM 4 y 5) aún se encuentran entre los más altos de la región. Los servicios de salud han logrado incrementar la demanda para ser utilizados por la población pero no todos han logrado tener las características mínimas en cuanto a equipamiento y personal adecuado. Los avances en salud sexual y reproductiva (SSR) se han visto entorpecidos por la complejidad del concepto, por sus diferentes componentes, originando diferentes áreas de competencia en diferentes ministerios, representando un desafío para la definición de respuestas nacionales debidamente coordinadas. La situación nutricional de la población infantil (ODM1) ha mejorado, pero la prevalencia de anemia en niños y mujeres en edad fértil se ha incrementado.

Las coberturas de vacunación se han mantenido en un rango de 80-86% con todos los biológicos en los últimos años, con diferencias marcadas entre municipios. En relación a enfermedades transmisibles (ODM 6), la tuberculosis, la malaria y la enfermedad de Chagas siguen teniendo alta endemicidad en muchas regiones y otras enfermedades, como el dengue, han adquirido caracteres epidémicos. La epidemia de VIH/SIDA en Bolivia está catalogada como concentrada, sin embargo hay una falta de información suficiente que permita definir mejor el tamaño del problema. En este acápite hay que mencionar la persistencia de problemas de salud ya superados en otros países (agenda inconclusa). El más llamativo es la rabia canina. Además siguen existiendo enfermedades como la lepra, peste o enfermedades parasitarias que siguen desatendidas. Al mismo tiempo, coexisten problemas ligados a la transición demográfica y epidemiológica, tales como las enfermedades no trasmisibles, violencias y hechos de tránsito; y los trastornos de salud mental.

Adicionalmente a los problemas anteriormente descritos se tienen factores de riesgo ambientales, principalmente en término de acceso al agua segura y a saneamiento básico (ODM 7), identificando brechas desatendidas en riesgos ambientales que afectan la salud y que se acompañan de entornos de contaminación del aire y de los suelos, ligados a la urbanización, a la actividad minera y agrícola. Asimismo, el país presenta condiciones de vulnerabilidad a desastres (inundaciones en los llanos orientales y sequía en el altiplano y el Chaco).

A pesar de no tener información reciente se puede afirmar que el financiamiento de la atención en salud continúa siendo a través del gasto de bolsillo (30%). Se han ido instalado mecanismos de protección financiera para grupos vulnerables de la población, como niños, mujeres en edad fértil o adultos mayores (SUMI y SSPAM). Por su parte, las Cajas de salud dejan una gran proporción de personas (76%) fuera de su cobertura.

En la actualidad, el sistema de salud está fragmentado y segmentado y no puede dar una respuesta eficiente y coordinada a los problemas de salud de la población. La fragmentación del sistema de salud y la separación de responsabilidades sin coordinación efectiva entre el gobierno central, las gobernaciones y los municipios constituyen una de las mayores dificultades para el logro de una cobertura universal de los servicios de salud, y en situaciones de epidemias o desastres esta situación hace que las acciones no se desarrollen de manera óptima. Además, la acción intersectorial, si bien está contemplada en el funcionamiento de los distintos niveles de gobierno, no se expresa claramente en la vida de la población.

Resultados del diálogo generados por el proceso de elaboración de la CCS

Los distintos actores del sector salud (ministerio de salud y deportes, servicios departamentales de salud - SEDES, movimientos sociales, agencias de cooperación bilateral y multilateral) resaltan la existencia de visiones comunes, con la necesidad de considerar las particularidades. Distinguen, dentro de las prioridades, dos ámbitos: uno, circunscrito a las formas de relacionamiento entre la cooperación y las autoridades de salud (aspecto más de procedimiento) y otro, relacionado con temas intrínsecos al sector de salud (aspecto más temático del propio sector). En este sentido, se reafirman pasos hacia fortalecer la rectoría en todos los niveles, alinear el accionar de la cooperación, trabajar algunas prioridades ya claramente identificadas (Sistema único de salud, medicina tradicional, política de recursos humanos, participación y control social, calidad de la atención), realizar una sistematización y difusión de los resultados del taller y establecer planes de seguimiento de las contribuciones propuestas.

Para esto, se destaca la necesidad de espacios de coordinación técnica entre el ministerio y los 9 SEDES, la participación social en todo el ciclo, la voluntad de optimizar las mesas ya existentes y la necesidad de marcar objetivos a corto y medio plazo con respecto a las ideas identificadas. Sin ser realmente un desacuerdo, ha quedado señalada la importancia de tener en cuenta la actual situación normativa con respecto a la Ley de Autonomías. Todos los niveles expresan la pertinencia de una rectoría (no solamente el nivel central) y, en consecuencia, existe una petición de nuevos relacionamientos de la cooperación con los diferentes niveles, que también incluye a las organizaciones sociales como parte del sector de salud.

Agenda estratégica para la cooperación de la OPS/OMS

Tomando en cuenta el análisis anterior, así como los mandatos de la Organización, la capacidad instalada de la Representación y la posibilidad de movilización de recursos, se definen las siguientes prioridades estratégicas: (a) contribuir a la definición e implementación del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural, (b) apoyar la organización de la respuesta a los determinantes sociales de la salud, (c) contribuir a la implementación del marco institucional y legal en el sector de salud y (d) fomentar la utilización del conocimiento como fuente de decisión.

La agenda estratégica de la OPS/OMS se enmarca a cabalidad en los tres ejes del Plan sectorial de desarrollo del Ministerio de Salud y Deportes, cada una con su programa: (i) el acceso universal al sistema único de salud familiar, comunitaria e intercultural, mediante la universalización y la equidad en el acceso al sistema de salud; (ii) la promoción de la salud y la movilización social, mediante la gestión participativa y la movilización por el derecho a la salud y (iii) la rectoría y la soberanía en salud, mediante la gobernanza en salud.

Sección 1 – Introducción

(i) Marco general de política y programa de la OPS/OMS

En el marco del Programa general de trabajo 2006-2015 de la OMS, están en ejecución tanto el Plan estratégico a plazo medio 2008-2013 de la OMS, como el Plan estratégico 2008-2012 de la OPS. Es en este ámbito que deben desarrollarse las Estrategias de cooperación en los países. Estos planes estratégicos incluyen los objetivos estratégicos aprobados por los Cuerpos directivos tanto de la OMS (13 objetivos), como de la OPS (16 objetivos), que abarcan los distintos aspectos de la planificación sanitaria. Hay que notar que la OPS ha introducido desde cercad de 10 años un nuevo nivel de programación, el subregional, para tomar en cuenta los procesos de integración existentes. Es así que Bolivia participa también de los planes subregionales del área andina y del MERCOSUR.

(ii) Valores y principios sosteniendo el concepto de la CCS

Los valores son los mencionados en la Constitución misma de la OMS. Incluyen el respeto de los derechos humanos, especialmente los relacionados con la salud, el fomento de la equidad, así como de la igualdad de género.

Los principios están en línea con la Declaración de París y rescatan la apropiación del proceso de desarrollo por parte del país, el alineamiento con las prioridades nacionales, además del fortalecimiento de los sistemas nacionales y de la armonización con el trabajo de los actores de la cooperación en general, en un marco de mutua rendición de cuentas.

El otro elemento de referencia es la Reforma del Sistema de las Naciones unidas, con la construcción de una visión compartida entre sus distintas agencias, que se traduce en un instrumento común de programación tendiendo a la paz, el respeto de los derechos humanos y el desarrollo integral en los países.

Asimismo, se pretende construir un proceso bidireccional de cooperación, que promueva la contribución de los Estados Miembros a la agenda mundial de salud, con el intercambio de sus experiencias, conocimientos y compromisos.

(iii) Contexto presente del país

Al inicio del año 2010, el presidente Evo Morales inició su segundo periodo de gobierno, después de haber ganado las elecciones generales de diciembre de 2009. En esta nueva gestión de cinco años, conformó su gabinete, con la tarea de impulsar los cambios inscritos en la Constitución política del Estado, aprobada por referéndum en 2009. En el campo de la salud, dicha Constitución estipula el mandato de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud, con la construcción del Sistema único de salud, en el marco de la política sanitaria de la Salud familiar, comunitaria e intercultural (SAFCI). Asimismo, el marco jurídico se completó con la promulgación de la Ley de autonomías y descentralización, que dedica el artículo 81 al sector de salud, en el cual se precisa el significado de las autonomías departamentales y municipales, así como indígenas originarias campesinas.

Es por lo tanto oportuno realizar en este momento una nueva formulación de la CCS, para ajustar la cooperación de la OPS/OMS a los procesos de cambio que vive Bolivia, con la voluntad de favorecer la inclusión y el acceso de todas las personas a la salud. El ejercicio anterior de actualización se llevó a cabo en el año 2006, cuando el presidente Morales asumió el poder por primera vez. Esta actualización permitió a la cooperación de la OPS/OMS acompañar todo el proceso de la Constituyente.

(iv) Características específicas del proceso de elaboración de la CCS

El proceso de elaboración de la CCS siguió las diferentes etapas sugeridas por la guía. Se puede mencionar al respecto: (i) la conformación de un equipo interno de la Representación, (ii) el establecimiento de un diálogo estratégico con las más altas autoridades del ministerio de salud y deportes, (iii) la ejecución de un taller de reflexión conjuntamente con el ministerio y la agencia canadiense de cooperación al desarrollo (ACDI), (iv) la realización de entrevistas con personas-claves del sector de salud y (v) la búsqueda de documentación de respaldo.

Sección 2 – Desafíos en salud y desarrollo, características del plan nacional y otras respuestas

(i) Contexto macroeconómico, político y social

Bolivia funda un nuevo Estado el 9 de febrero de 2009. Con la aprobación de la Constitución política, el país se define como plurinacional, intercultural, descentralizado y con autonomías. De esta manera, reconoce cuatro tipos de gobiernos autonómicos, departamental, regional, municipal e indígena originario campesino. En este proceso de transición para acceder a una gestión más democrática, destaca la alta participación electoral de los ciudadanos, con un padrón biométrico de alrededor de 5.000.000 de personas, registrándose una asistencia a las urnas de 90% de votantes para las elecciones presidenciales de 2009 y de 95% para las de gobernadores y alcaldes de 2010.

En la gestión del actual gobierno la concepción de “El Vivir Bien” es el fundamento de la nueva propuesta de desarrollo, que expresa el encuentro entre pueblos y comunidades respetando la diversidad e identidad cultural, así como los derechos de la Madre Tierra, lo que permite asegurar la responsabilidad y obligación social en el desempeño de la gestión pública y del propio desarrollo.

De los 10,4 millones de habitantes, 56% se encuentra en el rango de edad de 0 a 24 años, 37% entre 25 a 59 años y 7% corresponde a mayores de 60 años. Con 36 etnias y 37 lenguas oficiales, 63% de los habitantes se auto-identifica con un origen indígena.

Económicamente Bolivia es uno de los países pobres de América del Sur: 63% de la población boliviana es pobre, según ingreso y más de la mitad de ellos viven en pobreza extrema (37 % de la población). La pobreza es marcadamente rural. Es un país de desarrollo humano mediano, encontrando una ubicación, en 2010, en el rango 95 del Índice de desarrollo humano del PNUD, con un valor de 0,643 (esperanza de vida de 66,3 años, 9,2 años de educación promedio y 4.357,2 USD de ingreso nacional bruto ajustado per cápita). El índice era de 0,637 y 0,631 en 2009 y 2005 respectivamente.

La economía está centrada en la extracción de materias primas, minerales e hidrocarburos. En los últimos años, el crecimiento promedio del PIB ha sido de 3,8% debido al alto precio en el mercado de las materias primas y a un aumento de las remesas, lo que ha facilitado un incremento marcado de las reservas monetarias internacionales. El salario mínimo nacional es de alrededor de 100 dólares al mes, uno de los más bajos de América latina y la tasa de desempleo es de 11%, una de las más altas de la región. Bolivia es también uno de los países más desiguales del área, puesto que el 10% de la población más rica logra ingresos 79 veces más altos que el 10% de la población más pobre.

Al iniciarse el proceso de implementación de autonomías surgieron varios conflictos. Por un lado, las protestas coordinadas entre Santa Cruz, Beni y Tarija para manifestarse contra la Ley transitoria para el funcionamiento de entidades territoriales autónomas. Por su parte, el proceso de implementación de las autonomías indígenas originario campesinas, originó una marcha de la Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia (CIDOB). De igual modo, se registraron bloqueos carreteros importantes, generados por defensa de intereses locales o regionales. Por otro lado, el fenómeno de los linchamientos sigue siendo agudo.

(ii) *Otros determinantes principales de la salud*

La diferenciación étnica de los hogares constituye un factor explicativo de pobreza en Bolivia y los idiomas que conoce o habla el jefe de hogar es el dato que ayuda a identificar dicha condición étnica. La pobreza que afecta a los indígenas bolivianos suele ser desproporcionadamente más grave que la que afecta a otros grupos de la sociedad: es así que cerca del 80% de los indígenas se ubican por debajo de la línea de la pobreza.

Con relación a los determinantes socioculturales, resultados de algunos diagnósticos ponen en evidencia la existencia de barreras que no solo dependen de las habitualmente reconocidas como las geográficas, las económicas y las culturales; sino la existencia de barreras relacionadas con las propias mujeres y su toma de decisión para atender su salud. Estas barreras se asocian a las construcciones sociales inequitativas y desiguales de género, con una situación de salud de las mujeres, que muestran datos alarmantes (mortalidad materna, cáncer cérvico-uterino, embarazo en adolescentes y embarazo no deseado).

Existen otros factores de riesgo, ligados a estilos de vida como son el hábito de fumar, el sedentarismo, los inadecuados hábitos alimentarios, la hipertensión arterial, el abuso de alcohol y el sobrepeso. La respuesta es aún incipiente y se requiere de mayores contribuciones para la aplicación de instrumentos técnicos, el desarrollo de capacidades en recursos humanos y el establecimiento de alianzas.

Con relación a los determinantes ambientales, vale la pena mencionar que Bolivia tiene una cobertura de agua potable del 75% y en saneamiento del 48%. En el área urbana, la cobertura de agua potable es del 88% y en saneamiento del 54%. Más crítica es la situación en el área rural, donde el 50% de la población, principalmente indígena, cuenta con servicios de agua potable y un 37% dispone de saneamiento. En el sector de agua y saneamiento, se identifican problemas relacionados con la vigilancia de la calidad de los servicios, insuficiencia e ineficacia de las inversiones, falta de capacidad institucional en administración, operación y mantenimiento de los sistemas, que inciden en la prestación de los servicios y por lo tanto impactan en la salud.

La salud ocupacional es un campo desatendido en los últimos decenios, con situación preocupante en diferentes sectores (minería, transporte, construcción y agricultura). Hay que señalar también la existencia de alrededor 300 toneladas de plaguicidas obsoletos.

La vulnerabilidad del país a desastres y brotes epidémicos, durante estos últimos años se incrementó de manera importante por efecto de los eventos adversos, causando daños a la salud, bienes, infraestructura, afectando a la seguridad alimentaria de las personas. Los eventos que con más frecuencia se vienen presentando son los de tipo hidrometeorológico, la deforestación, los incendios producto de los “chaqueos” (quema de pastizales y para expansión agrícola) y los brotes de enfermedades (dengue, leptospirosis, hantavirus, fiebre hemorrágica).

(iii) *Situación de salud de la población*

Aunque en los últimos años con el apoyo del Fondo Mundial se han reforzado financieramente los programas de tuberculosis, VIH/Sida y malaria, no se refleja en un impacto epidemiológico contundente y aun persisten dificultades para atender poblaciones vulnerables y pueblos indígenas.

En el 2009, la tasa de incidencia notificada de TB pulmonar con baciloscopia positiva esta en el orden de 78% en los departamentos del eje troncal, aunque el promedio del país sea de 58 con poca diferencia al apreciar el comportamiento en las áreas urbanas y en el área rural. Silenciosamente en los últimos 5 años se percibe un aumento de los casos de multiresistencia a los medicamentos, encontrándose en el 2009, 76 casos tipificados.

La epidemia de VIH/Sida es caracterizada como concentrada y de bajo nivel. La concentración se refiere principalmente a grupos de mayor riesgo como la población GBT, otros HSH con predominio de población trans y trabajadoras sexuales. Evidencias estadísticas permiten inferir que la prevalencia en población GBT y otros HSH es de hasta el 15% en el caso de las trabajadoras sexuales es de 0.20%. Considerando la población general la prevalencia estimada es de 0,05% (0,02% en el caso de los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años y de 0,16% en el grupo de mujeres embarazadas. La distribución geográfica muestra que 89% de los casos se distribuyen en los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, correspondiendo el 54% de los casos notificados a Santa Cruz.

En cuanto a la malaria, de más de 14.500 casos registrados en el 2007, se logró disminuir a menos de 10.000 en los años 2008-2009; sin embargo, hay un repunte en el 2010, mostrando la fragilidad de lo conseguido. El área hiperendémica se ubica en la región amazónica de los departamentos de Beni y Pando, seguido por bolsones de mediana a alta transmisión en los departamentos de La Paz, Santa Cruz, Potosí y Tarija.

La enfermedad de Chagas es una preocupación puesto que a pesar de existir un decreto supremo que prioriza la atención a esta enfermedad no se refleja en la asignación de recursos por parte del estado. La demora en reforzar este programa, pone en riesgo los logros previamente alcanzados de cobertura en la disminución del vector en el área endémica de los 6 departamentos donde se presenta la enfermedad.

El dengue se caracterizó por la ocurrencia, entre enero y mediados de abril del 2009, de una epidemia con cerca de 80 mil casos registrados, que azotó a Bolivia y principalmente a Santa Cruz de la Sierra. Hubo una gran movilización de autoridades y habitantes en procura de eliminar los recipientes que almacenan agua y se constitúan en criaderos del mosquito vector. Los serotipos circulantes fueron Den 1 y Den 3. Sigue siendo una enfermedad que aparece periódicamente generando brotes y desestabilizando el sector salud.

La situación de la lepra y la leishmaniasis no es suficientemente documentada que hace que estas patologías prevalentes sean invisibilizadas.

La pandemia de Influenza A H1N1 hizo presencia en los nueve departamentos afectando principalmente los ubicados en el eje central. Se aplicaron cerca de 600 mil dosis de vacuna a poblaciones vulnerables.

Respecto a la rabia y otras zoonosis, en el año 2005 se registraron más de 897 casos de rabia canina y 15 fallecidos. En el año 2009 se registraron 3 casos humanos y 145 casos de rabia canina. El MSD, como los municipios de ciudad capital y SEDES, han otorgado recursos humanos y económicos para combatir esta zoonosis. El MSD ha manifestado su posición de eliminar para el año 2012 la rabia humana transmitida por

perro. En el año 2007 se realizó un estudio piloto en un municipio del área hiper endémica de fasciolosis. Este estudio determinó que las reacciones adversas al uso del triclabendazole no eran significativas y por lo tanto era posible el uso de este antiparasitario en actividades masivas. En el año 2008 se desparasitaron 71.456 personas, y en el año 2009 fueron 223.946. Igualmente una observación en el municipio de Tupiza, plantea que la prevalencia de hidatidosis es alta y muy compleja.

El último caso confirmado de poliomielitis ocurrió en 1987 y desde entonces se ha mantenido una buena vigilancia de las parálisis flácidas agudas para detectar casos de polio importados desde otros continentes. El último caso de sarampión ocurrió en el año 2000 y el último caso de rubéola fue en el año 2006 antes de la campaña de vacunación de niños y adultos hasta 39 años. Después de la campaña de vacunación contra fiebre amarilla en 2007, solamente se han presentado 1-2 casos por año. Durante el año 2010 se han presentado casos de tétanos en adultos, principalmente hombres; así mismo, se han presentado 4 casos de difteria 2 en niños de 11 y 13 años y dos en adultos de 28 y 50 años. Por esta razón, se ha elaborado un plan de eliminación de la difteria y tétanos en el país que tiene como meta eliminar estas enfermedades como problemas de salud pública hasta el año 2012.

Los niveles de mortalidad materno, perinatal, neonatal e infantil aún se encuentran entre los más altos de la región. Según la ENDSA de 2003, la mortalidad materna ha sido de 229 por 100,000 nacidos vivos. Esto a pesar de que se observan mejores coberturas de control prenatal y parto en establecimientos de salud (atención de parto por médico 55,9% para el 2003 y 65,8% para 2008, parto en establecimientos de salud 57,1% para el 2003 y 67,5% para el 2008). Los servicios de salud han logrado incrementar la demanda para ser utilizados por la población pero no todos han logrado tener las características mínimas en cuanto a equipamiento y personal adecuado. En cuanto a la salud infantil, según la ENDSA 2008 la mortalidad neonatal representa un poco más del 50% de la mortalidad infantil (menores de 1 año) y el 40% de la mortalidad de la niñez (menores de 5 años). La tendencia de la reducción de la mortalidad neonatal entre 2003 (26 x 1000 n.v.) y 2008 se ha visto estancada ya que la tasa se ha mantenido en 27 por cada 1000 n.v. para el 2008.

Los avances en salud sexual y reproductiva (SSR) se han visto entorpecidos por la complejidad del concepto, por sus diferentes componentes, originando diferentes áreas de competencia en diferentes ministerios, representando un desafío para la definición de respuestas nacionales debidamente coordinadas. Su ejercicio limitado afecta negativamente la calidad de vida y el bienestar de la población en general.

La situación nutricional de la población infantil ha demostrado un mejoramiento en los últimos años. Sin embargo, la prevalencia de anemia en niños y mujeres en edad fértil se ha incrementado (de 51% a 61% y 33% a 38% ENDSA 2003 y 2008 respectivamente).

Al mismo tiempo, coexisten problemas ligados a la transición demográfica y epidemiológica, tales como las enfermedades no transmisibles, violencias y hechos de tránsito, y los trastornos de salud mental. Así por ejemplo, algunos datos muestran que la población presenta sobrepeso en un 29,5%, pre-hipertensión en un 19,2%, glucosa elevada en ayunas 7,3%. La violencia doméstica continúa siendo una de las formas más frecuentes, ya que 7 de cada 10 mujeres sufren algún tipo -física, sexual y/o psicológica-

en sus hogares. Respecto a hechos de tránsito se reconocen 55 eventos al día en algún lugar del país, de los cuales más del 40% se producen con heridos y muertos. La prevalencia de vida del consumo de alcohol, alcanza al 78% en los hombres y al 75% en las mujeres. El consumo de tabaco en forma de cigarrillos en la población de entre 15 y 49 años llegaría al 29,5%. Este consumo alcanza al 41,2% entre jóvenes estudiantes de carreras de medicina a nivel nacional. Los trastornos depresivos parecen ser los trastornos más frecuentes de salud mental (25%) junto a los trastornos por abusos de sustancias psicoactivas (18%) que se encuentran en la consulta de servicios públicos de primer nivel de complejidad.

La situación de las discapacidades ha empezado a ser mejor conocida con la realización de encuestas a domicilio, inicialmente en Santa Cruz y El Alto. Estas encuestas han confirmado la presencia de las distintas discapacidades físicas y mentales.

(iv) Respuestas nacionales a los desafíos de salud

Como mencionado más arriba, la Constitución política del Estado se constituye en el marco legal para generar “El Vivir Bien”. En este contexto el gobierno aprobó el Plan nacional de desarrollo del cual se desprende el Plan sectorial de salud 2010-2020, “Hacia la salud universal”, el mismo que explicita el mandato político y social del sector de salud. Establece la política de salud familiar comunitaria intercultural – SAFCI, organizando el modelo sanitario vigente, en sus componentes de atención y gestión, aplicando la estrategia de promoción de la salud y promoviendo la soberanía y rectoría en salud.

Adicionalmente, el ministerio de salud y deportes presentó un proyecto de ley para la conformación de un Sistema único de salud con el fin de mejorar el acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud.

Como respuesta a la problemática de salud, el gobierno ejecuta también programas sociales como el pago de la Renta Dignidad, Bono Juancito Pinto y Juana Azurduy, que según el ministerio de planificación y desarrollo y la Unidad de análisis, de políticas sociales y económicas (UDAPE), llegan a más del 60% de las familias bolivianas. Sin embargo, se advierte que se requerirá no sólo de mayor presupuesto, sino también en potenciar una óptima articulación con los diversos actores que tienen en su responsabilidad la administración financiera, considerando a su vez la Ley de autonomías, para garantizar su sostenibilidad y permanencia. Otra iniciativa se relaciona con la atención a las discapacidades, por medio de la Misión Moto Méndez.

Hay que señalar que, al mismo tiempo, persiste aún un modelo clásico de manejo por programas técnicos dirigidos a la prevención y control de enfermedades, lo cual genera intervenciones segmentadas y fragmentadas. A esto se suma persistentes desafíos que son de urgente atención tales como unas deficiencias en la calidad de atención (en especial para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva), un limitado sistema de información, así como una provisión de servicios por personal no calificado. A este contexto se suma la falta de acceso a los servicios con pertinencia intercultural.

(v) *Sistemas y servicios de salud y la respuesta de otros sectores*

En cuanto al modelo SAFCI, su implantación en el país ha sido disímil; incluso en los municipios en los que se está implantando solo se ha avanzado en los mecanismos de gestión del modelo, que principalmente son comunitarios y falta aún su aprendizaje y uso por el personal de salud de todos los niveles. En cuanto a las brigadas móviles SAFCI, son 56 distribuidas en los departamentos de La Paz, Oruro, Santa Cruz, Potosí, Cochabamba y Chuquisaca. Los equipos están compuestos por un médico, un odontólogo, una trabajadora social y una auxiliar de enfermería, con visitas a las poblaciones rurales y peri urbanas. Su nexos con los servicios de salud está supeditado a la relación establecida entre el jefe del servicio de salud y el jefe de la brigada.

La propuesta de un seguro universal quedó trunca en el parlamento en la primera gestión de gobierno y posteriormente se vio desfinanciada. Actualmente se está dejando de lado la idea de un seguro universal y se ha pasado a la gestación del Sistema único de salud, en base a la nueva Constitución.

En todas estas propuestas de cambio el ministerio de salud y deportes ha visto diluirse su capacidad rectora, no solo por los constantes cambios de ministros y sus equipos técnicos sino por las variantes en las visiones, siendo en la actualidad el mayor reto para el nivel central es mantener la unidad de criterio y acción bajo el nuevo marco de autonomías, tanto departamentales, municipales e indígenas.

Hay conciencia, por parte de las autoridades de nivel central, en que es su recurso humano el que implantará el cambio. En el año 2005 el subsector público contaba con 17.779 puestos de trabajo, de los cuales el 87% fueron financiados con recursos del TGN y el 13% era financiado con los recursos del programa ampliado de alivio a la deuda, HIPC II. Del total, el 43% eran técnicos de salud, 35% profesionales en salud y el restante 22% pertenecían al área de apoyo administrativo.

De los 4.303 cargos de médicos generales y especialistas existentes en el subsector público del país, 39% son de medio tiempo. El eje troncal concentra el 62% de médicos de tiempo completo y el 74% de los médicos de medio tiempo. Sin embargo, cuando el análisis se lo realiza por habitante, los departamentos con menor asignación de médicos por habitante son los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz. Si hacemos el análisis por zona rural o urbana vemos que más del 60% del personal de salud se encuentran en la zona urbana. Si el análisis se realiza por quintiles de pobreza, se observa que en los dos quintiles más pobres. En los dos quintiles más pobres el 63% del recurso humano en salud es personal de enfermería, determinando la baja capacidad resolutoria del personal de salud en los municipios más pobres.

Para ir contrarrestando esta situación el ministerio de salud y deportes ha promovido la formación de especialista en SAFCI, de los cuáles ya hay una primera cohorte de 130 profesionales quienes han recibido su grado por varias universidades departamentales. Siguiendo con la misma lógica el ministerio también ha promovido y emitido, en consenso con los distintos actores, la Política de recursos humanos en salud a finales del 2009. En la formación general, hay una oferta total de 81 carreras en las áreas de ciencias de la salud. Las carreras ofertadas en mayor proporción son medicina, odontología y enfermería. Las carreras con menor oferta son nutrición y dietética y fisioterapia.

En general vemos que i) la distribución de recursos humanos en salud está más concentrada en algunos departamentos y hay un menor número de personal de salud en los municipios más pobres del país, ii) ésta asignación ha beneficiado más a los hospitales de tercer nivel en detrimento de los establecimientos de primer nivel, iii) la escala salarial del ministerio de salud y deportes presenta 43 niveles salariales, encontrándose algunos con pocas diferencias entre funciones y remuneración básica, y iv) se advierte que el actual sistema de remuneración, al no estar asociado al desempeño del personal ni al lugar de trabajo, ocasiona la baja calidad de atención en el subsector público de salud y la ausencia del recurso humano en el área rural.

Sobre la infraestructura, hay un total de 2.983 establecimientos de salud en el país (2006). De los que corresponden a I nivel el 92% y el 2% al III nivel. La oferta privada es baja en relación a la población que cubre este subsector. La oferta de camas se concentra en hospitales de alta complejidad con 1,56 camas por 1000 habitantes.

En el campo farmacéutico los principales avances se han orientado a lograr que la población boliviana tenga acceso con equidad a medicamentos esenciales, habiéndose desarrollado el soporte informático para la gestión de medicamentos, la implementación de un modelo de farmacias institucionales municipales interculturales y el desarrollo del sistema nacional de vigilancia y control de medicamentos, enfocado a combatir la falsificación y el comercio de medicamentos lícitos. Se ha fortalecido la capacidad rectora del ministerio con la institucionalización de la “Buena Gobernanza” en el sector farmacéutico público.

En medicina tradicional, se ha fortalecido a instituciones vinculadas con la investigación de tecnologías de producción, dirigidas al aprovechamiento del potencial terapéutico tradicional de la flora y fauna boliviana y la construcción de una primera guía de plantas medicinales aceptadas, con la consiguiente capacitación a médicos tradicionales en formulación de productos.

En cuanto al financiamiento del sistema, este sigue fragmentado y con predominio de pago directo (de bolsillo); es así que los mecanismos de aseguramiento de corto plazo (Cajas de salud) solo benefician a los estratos medios de la población que cuentan con un trabajo asalariado, salvando en parte esta situación los seguros públicos (SUMI y SSPAM) como parte de la responsabilidad del estado para con la población. El 30,6% de la población es atendido por la Seguridad Social, 11,9% estarían cubiertos por el SUMI y SSPAM y el 57,6% no tiene cobertura por ninguno de estos sistemas. El Gasto nacional en salud como % del PIB evolucionó en forma positiva, de 1995 en que era 4,38% llegó a 6,95% en el 2002 para luego disminuir en el 2007 a 4,86% y la tendencia es a bajar. El gasto nacional en salud per cápita se ha incrementado de 61,37 USD en el 2002 a 65,09 USD en el 2007.

Referente al sistema de información en salud no se han tenido mejoras o implantación de elementos visibles para el recojo y análisis de datos. Uno de los problemas fue la alta rotación de los responsables y el enfocar esfuerzos casi exclusivamente en los procesos de software y hardware, que en realidad son un medio para facilitar el trabajo, y no se ha centrado aún la atención en el recojo del dato, su calidad, validez y tampoco se estimula su uso en el nivel en el que se genera.

Pasando a la interacción del ministerio de salud y deportes con otros ministerios para establecer relaciones de trabajo que actúen sobre las determinantes no hay trabajo visible. El único nivel en el que se ha visto un trabajo interrelacionado a sido a nivel de comunidades o municipios a través de los residentes SAFCI y, en menor escala, con el Programa de desnutrición cero.

(vi) *Contribuciones del país a la salud internacional*

En cuanto a inmunizaciones, Bolivia ha mantenido los logros de la erradicación de la poliomielitis, el sarampión y la rubéola, con lo cual se aporta a los compromisos internacionales. Al respecto, se pueden compartir experiencias exitosas como la campaña de vacunación contra fiebre amarilla de 2-44 años en 2007 que ha sido única en América y con la cual el número de casos se ha reducido a 1-2 casos por año, la campaña para lograr la eliminación de la difteria y el tétanos como problemas de salud pública en 2010, dirigida a niños entre 1-15 años (es otra campaña sin precedentes en las Américas) y la investigación de casos y controles para evaluar la efectividad de la vacuna antirrotavírica.

Asimismo, dentro de las experiencias y lecciones que pueden ser compartidas con otros países, se puede mencionar:

- en el área de género, Bolivia tiene la experiencia exitosa de servicios de “Salud Estrella”, un modelo de gestión de servicios desde la atención primaria, con enfoque de género (es una experiencia premiada a nivel internacional por la OPS en el 2009);
- en el área de zoonosis, se ha logrado la reducción de la rabia canina y se ha mejorado su control en las fronteras de Bolivia con otros países; además, se ha implementado un modelo de desparasitación contra la fasciolosis; ambas zoonosis están clasificadas dentro de las enfermedades olvidadas;
- en el área de control de vectores, Bolivia forma parte de la red amazónica de vigilancia a resistencia a drogas antimaláricas, cuya metodología ha sido exitosa y será exportada a los países de Centroamérica (mejoramiento de los esquemas de tratamiento con la introducción de la terapia combinada con derivados de artemisinina (ATC));
- en cuanto a servicios de salud, la residencia SAFCI ha marcado una forma diferente de capacitación al personal de salud, que consiste en la capacitación de médicos durante 3 años, trabajando el 80% de su tiempo en municipios prioritarios;
- para fortalecer las acciones de salud y nutrición de los niños y niñas, se desarrolla la estrategia AIEPI- Nut, en el marco de la meta “Desnutrición Cero”, que integra por primera vez el componente de nutrición dentro del AIEPI, tomando como referencia los nuevos estándares de crecimiento de la OMS.

Bolivia ha contribución con recursos humanos, materiales y financieros a la respuesta en emergencias humanitarias internacionales; hay que mencionar en especial el envío de 500 paquetes de sangre durante el terremoto de Haití en enero de 2010.

Bolivia es un miembro activo de los Cuerpos directivos tanto de la OMS y OPS. Fue miembro del Consejo Ejecutivo de la primera en 2004-2007 y del Comité Ejecutivo de la segunda en 2007-2010. Asimismo, participa de varios mecanismos de integración subregional en salud: ORAS-CONHU, MERCOSUR (Subgrupo 11), UNASUR (Consejo Suramericano de Salud), OTCA y ALBA. Ocupó la presidencia del REMSAA en el periodo 2007-2008.

(vii) *Similitudes con otros países*

Bolivia hace parte de los países con renta media-baja e importante población indígena de América latina. En este sentido tiene similitudes con Guatemala, Ecuador y Paraguay. Con los dos últimos países, está experimentado un profundo cambio político, para una mayor inclusión de las personas tradicionalmente marginadas.

Con los demás países andinos, comparte un ambiente físico común, con importante proporción de la población viviendo en alturas elevadas. Asimismo, comparte con Argentina y Paraguay la zona del Chaco, caracterizado por un ambiente seco, de difícil acceso. Por último, buena parte de su territorio nacional es parte de la cuenca amazónica, con presencia de numerosas enfermedades tropicales y una depredación acelerada del medio ambiente.

Hay que mencionar también es uno de los cinco países prioritarios, junto con Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua, identificados por la OPS, para su cooperación. Esta clasificación se basa sobre el nivel de pobreza, el grado de desarrollo institucional y la persistencia de una agenda inconclusa de salud pública.

Logros, oportunidades, desafíos
Logros y oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Bases y herramientas del sistema nacional de salud único establecidos • Creación de un viceministerio de medicina tradicional e interculturalidad • Incremento en el financiamiento público de la salud • Tendencia a la reducción de la desnutrición crónica infantil • Estrategia AIEPI nutricional implementada, como elemento innovador en la Región • Control efectivo de las enfermedades prevenibles por inmunización • Estrategia nacional de uso racional de medicamentos establecida • Política de recursos humanos aprobada • Planes nacionales de enfermedades no transmisibles, violencias, salud mental y discapacidades existentes • Instrumentos para el análisis de la información con enfoque de género en elaboración • Portal de revistas bolivianas en línea activo
Desafíos
<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento y aprobación de la implementación del Sistema único de salud • Apoyo al sistema de registros individuales del SNIS y consolidación del sistema nacional de información en salud • Implementación de la política de recursos humanos • Disponibilidad de medicamentos e insumos en el momento de la atención • Abordaje de las determinantes de la salud en la política de promoción de la salud • Abordaje de las enfermedades crónicas no transmisibles, violencias, hechos de tránsito y salud mental • Reglamentación de las autonomías en todos sus niveles, en especial, para las autonomías indígenas originarias campesinas • Implementación de la interculturalidad • Fortalecimiento de la salud ambiental a nivel departamental, con énfasis en la vigilancia de la calidad del agua • Fortalecimiento de los Comités operativos de emergencia en todos los niveles • Consolidación del sistema nacional de investigación en salud

Sección 3 – Cooperación al desarrollo y alianzas

(i) El contexto de la cooperación en el país

Bolivia es un país donde actúa una importante y variada cooperación internacional, en especial en el campo de la salud. Se encuentran agencias tanto bilaterales como intergubernamentales y multilaterales. El Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia (GruS) es un espacio de coordinación conformado por estas agencias. Su principal objetivo estratégico es apoyar la implementación de los acuerdos de la Declaración de París y el Plan de Acción de Accra. El GruS está conformado por 21 cooperantes miembros, que desde su establecimiento en el año 2006 han ido fortaleciendo progresivamente su coordinación con el Gobierno y su cooperación a Bolivia. Incluye 13 grupos de trabajo, dentro de los cuales está el grupo sectorial de salud. Por parte del gobierno nacional, las acciones de la cooperación están supervisadas por el viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE), en coordinación con los ministerios sectoriales. Bolivia ha participado de todas las evaluaciones de la aplicación de la Declaración de París. El periodo 2006-2010 se caracterizó por un incremento sustantivo de los recursos internos en el financiamiento de la inversión pública, alcanzando 71,5% en 2009 (el saldo de 28,5% corresponde a recursos de la cooperación, mediante préstamos, donaciones y cooperación técnica).

(ii) Análisis de los diferentes actores

Numerosos países llevan programas de cooperación bilateral con Bolivia. Los programas que contemplan intervenciones en salud corresponden a Bélgica, Canadá, España, Estados-Unidos, Francia, Italia y Japón. Estas intervenciones pueden estar implementadas directamente o por intermedio de organizaciones no gubernamentales, de universidades o de agencias multilaterales. Adicionalmente a lo anterior, un fenómeno nuevo es la aparición de actores no tradicionales, que han acordado convenios de cooperación, tanto en el ámbito regional (Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Venezuela), como mundial (Corea del Sur e Irán).

Como otras organizaciones multilaterales presentes en el país, se puede mencionar a las agencias del sistema interamericano (OEA e IICA), así como las instituciones financieras internacionales, Fondo monetario internacional, Banco mundial y Banco interamericano de desarrollo, los dos últimos con proyecto en el sector de salud. Además, hay que señalar que Bolivia es la sede de dos organismos internacionales: la Universidad andina en Sucre y el Fondo indígena en La Paz.

Paralelamente a lo anterior, existe la presencia del Fondo mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. En la actualidad, Bolivia está beneficiada con proyectos para las tres enfermedades. De modo similar, aparecieron también la iniciativa GAVI, para la promoción de las vacunas y el “Partnership for Maternal, Newborn & Child Health” a favor de la salud maternal e infantil, iniciativas de las cuales Bolivia es partícipe.

Existen también numerosas organizaciones no gubernamentales, tanto nacionales como internacionales, con actividades en salud. Hay que señalar la existencia de un Programa de coordinación en salud integral (PROCOSI), fundado en 1988 con el objetivo de generar un impacto cualitativo en las actividades de supervivencia infantil; esta red está constituida por 31 organizaciones miembros, con presencia en los nueve departamentos del país.

En cuanto a centros colaboradores de la OMS, Bolivia cuenta con uno, el Laboratorio de física de la atmosfera, de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, reconocido por sus aportes en la investigación de las radiaciones ultravioletas y su impacto en la salud humana.

(iii) Coordinación y eficiencia de la cooperación en el país

En el taller mencionado en la sección 1, los distintos actores del sector salud (ministerio de salud y deportes, servicios departamentales de salud - SEDES, movimientos sociales, agencias de cooperación bilateral y multilateral) resaltan la existencia de visiones comunes, con la necesidad de considerar las particularidades.

Distinguen, dentro de las prioridades, dos ámbitos: uno, circunscrito a las formas de relacionamiento entre la cooperación y las autoridades de salud (aspecto más de procedimiento) y otro, relacionado con temas intrínsecos al sector de salud (aspecto más temático del propio sector). En este sentido, se reafirman pasos hacia fortalecer la rectoría en todos los niveles, alinear el accionar de la cooperación, trabajar algunas prioridades ya claramente identificadas (Sistema único de salud, medicina tradicional, política de recursos humanos, participación y control social, calidad de la atención), realizar una sistematización y difusión de los resultados del taller y establecer planes de seguimiento de las contribuciones propuestas.

Para esto, se destaca la necesidad de espacios de coordinación técnica entre el ministerio y los 9 SEDES, la participación social en todo el ciclo, la voluntad de optimizar las mesas ya existentes y la necesidad de marcar objetivos a corto y medio plazo con respecto a las ideas identificadas. Sin ser realmente un desacuerdo, ha quedado señalada la importancia de tener en cuenta la actual situación normativa con respecto a la Ley de Autonomías. Todos los niveles expresan la pertinencia de una rectoría (no solamente el nivel central) y, en consecuencia, existe una petición de nuevos racionamientos de la cooperación con los diferentes niveles, que también incluye a las organizaciones sociales como parte del sector de salud.

(iv) Avances en la reforma del SNU y el UNDAF

El sistema de las Naciones unidas cuenta con la representación de varias agencias, de las cuales UNICEF, UNFPA, PMA, PNUD y OPS/OMS tienen actividades en salud. Las agencias del sistema se coordinan mediante la reunión de representantes (UNCT) y los grupos técnicos interagenciales relacionados con los temas de género, interculturalidad, desastres, comunicación y administración. Hay que señalar también la presencia del grupo técnico de ONUSIDA. Las agencias desarrollan además distintos proyectos conjuntos, financiados por ejemplo por España (programa de los Objetivos de desarrollo del milenio) y Japón (Fondo de seguridad humana). Todas estas acciones están enmarcadas en un instrumento de planificación común llamado MANUD. La MANUD actual fue aprobado por el gobierno en 2007 y cubre el periodo 2008-2012. Están además conectadas a la reforma de las Naciones unidas, que pretende instalar un equipo de trabajo, un marco conjunto de planificación y una aproximación de los procedimientos administrativos.

Logros, oportunidades, desafíos
Logros y oportunidades
<ul style="list-style-type: none">• Compromiso con la Declaración de París y el Plan de Acción de Accra• Existencia de mecanismos de consulta interagencial en salud• Mayor capacidad de contraparte financiera y técnica por parte del país• Inserción de Bolivia en numerosos escenarios mundiales, regionales y subregionales de cooperación e integración
Desafíos
<ul style="list-style-type: none">• Necesidad de avanzar hacia un enfoque sectorial en salud• Reducción del aporte de varias agencias tradicionales de cooperación en salud• Articulación de las políticas y estrategias nacionales con las políticas y estrategias de ámbito subregional (ORAS-CONHU, MERCOSUR y UNASUR)

Sección 4 – Revisión de la cooperación de la OPS/OMS

(i) *Revisión externa*

De las entrevistas con actores externos, se puede rescatar las siguientes conclusiones:

- la OPS/OMS es reconocida como agencia líder en salud, por su trayectoria y su capacidad técnica y que es parte importante de su fortaleza; en este sentido, se la reconoce más como una organización de cooperación técnica que financiera;
- el rol del Representante es visto como importante en el apoyo y acompañamiento solidario a las iniciativas y al proceso que está siendo impulsado por el ministerio de salud y deportes;
- los entrevistados del sector público abogan por que la OPS/OMS concentre su cooperación al nuevo modelo de salud que está impulsando el gobierno y no a programas focalizados de carácter vertical; asimismo, se recomienda una mayor interacción de los diferentes programas técnicos;
- los entrevistados del sector no gubernamental solicitan mayor apertura de la OPS, para cooperar con sus organizaciones e impulsar programas de alta prioridad como tuberculosis, Chagas, nutrición y medicamentos;
- se reconoce ampliamente el compromiso de la OPS/OMS con los Objetivos de desarrollo del Milenio, pero se aboga por un mayor esfuerzo para que se constituya en eje integrador y nexos con las autoridades;
- entre las debilidades de la OPS/OMS, se señala la sobresaturación de los consultores en el manejo de programas y que esta sobresaturación les resta eficiencia;
- los entrevistados destacan como oportunidad para la OPS/OMS, integrar su cooperación al modelo actual, también fortalecer su cooperación con las organizaciones no gubernamentales no solo con el ministerio de salud y deportes,
- otra recomendación es la de buscar mayor incidencia política en los programas nacionales, consolidando las alianzas estratégicas, en especial entre salud y educación.

(ii) *Revisión interna*

Una revisión de los tres últimos bienios permite destacar los hitos que se detallan a continuación.

Área de salud familiar y comunidad:

- implementación del proceso de vigilancia comunitaria de la mortalidad materna en la ciudad de El Alto (1 millón de habitantes);
- reactivación del sistema informático perinatal e incorporación al sistema nacional de información en salud del ministerio de salud;
- estrategias de salud sexual y reproductiva desarrolladas con poblaciones indígenas;
- implementación de las redes obstétricas y neonatales;
- conformación de la Red internacional de enfermería en salud materno neonatal;
- creación de la Unidad de citopatología en el Departamento de Pando;
- elaboración y aplicación del modelo de atención de salud familiar comunitaria intercultural (SAFCI) al seguro de salud para el adulto mayor.

Área de sistemas y servicios de salud:

- apropiación del uso del software de georeferenciación y uso de bases de datos, HealthMapper, por las autoridades del ministerio de salud y deportes; su uso actual está en el diagnóstico de funcionamiento de las redes de salud y generación de propuesta de nuevas redes considerando la situación actual como los cambios que deberán hacerse a futuro considerando la propuesta de Sistema único de salud;
- inclusión del uso de la lista de chequeo para cirugía segura en 1 hospital del país;
- implementación del Programa de buena gobernanza en el sector farmacéutico público;
- definición de una Estrategia de uso racional de medicamentos;
- precalificación, por la OMS, del Laboratorio de control de calidad de medicamentos;
- fortalecimiento de la gestión de suministros, con participación en el Fondo estratégico de la OPS;
- elaboración del listado y de la guía de plantas medicinales.

Área de control de enfermedades y factores de riesgo:

- asistencia técnica en la conducción de los varios componentes para controlar y disminuir el impacto de la epidemia de dengue y la pandemia de Influenza A H1N1;
- avance en la implementación del Reglamento Sanitario Internacional;
- avance en la disminución de la transmisión de rabia canina y fasciolosis;
- investigación y publicación del estudio de sexualidad masculina y VIH en hombres que tienen sexo con hombres, para caracterizar la epidemia de VIH;
- elaboración y publicación de guías de manejo integral de transmisión materno-infantil de VIH y de la sífilis congénita;
- en el Programa de malaria, incorporación de rutinas de análisis epidemiológico local;
- fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica centinela para rotavirus y neumococo;
- establecimiento de la Comisión nacional para la documentación de la certificación de eliminación del sarampión, rubéola y SRC;
- introducción de nuevas vacunas y refuerzos en el esquema nacional de inmunización (vacuna contra influenza estacional, H1N1, refuerzos de DPT y antipolio).

Área de desarrollo sostenible y salud ambiental:

- implementación del Proyecto AGUAmiga “Juventud, ciencia, ambiente y salud”, (objetivo evaluar la calidad del agua a través de tres bioensayos y la prueba de hidrogeno sulfurado), dirigido a niños y jóvenes de 10 establecimientos educativos públicos y privados en las ciudades de La Paz, El Alto, Cochabamba, Oruro y Potosí;
- formación de 58 técnicos indígenas en salud ambiental de diferentes regiones del Chaco Boliviano y elaboración del Plan de mejoramiento, vigilancia y control del agua de consumo humano en el Chaco Boliviano;
- reasignación del Laboratorio de física de la atmósfera como Centro colaborador de la OMS.

Área de gestión del conocimiento:

- ingreso de Bolivia en la red SciELO, como resultado del trabajo conjunto de distintas instituciones bolivianas; la colección SciELO Bolivia (www.scielo.org.bo) cuenta actualmente con 11 títulos;
- constitución de la Biblioteca virtual de salud pública (<http://saludpublica.bvsp.org.bo>), actualmente con 140 instituciones participantes; el fondo bibliográfico asciende a 300 mil registros aproximadamente y 20 mil documentos a texto completo;
- Centro de información y Documentación: sirve de memoria técnica de la Organización y es depositaria de las publicaciones generadas por la OPS/OMS.

En cuanto a la ejecución financiera, los fondos regulares alcanzan la suma de 9.681.238,00 USD durante los tres bienios (ver anexo 1), mientras que los recursos extrapresupuestarios (EP) fueron de 25.739.526 USD. Sin embargo, si se resta de esta última cifra el financiamiento de la compra de 335 ambulancias por parte de España, los recursos EP alcanzaron 14.913.642 USD, dando un total de fondos de 24.594.880 USD para el periodo considerado (39% regulares y 71% EP). La movilización de fondos se realizó a partir de los siguientes países: Alemania, Canadá, España, Estados Unidos, Italia, Japón, Noruega, Reino Unido y Suecia, además de las siguientes instituciones multilaterales: BID, CERF, Comisión Europea, Comunidad Andina, GAVI y PATH.

Analizando la utilización de los fondos regulares, se observa que el rubro de recursos humanos (profesionales nacionales, funcionarios del MSD y personal de agencia) representa el 34,5% del total. Sin embargo, es el rubro que experimentó el mayor crecimiento relativo durante el periodo considerado (2006-2010): pasó de una cifra de 27,3% a 42,3%. Esta aumentación se relaciona con un ajuste de las remuneraciones, para tomar en cuenta la inflación y la calificación y no por un aumento de la cantidad de trabajadores. Al contrario, esta cantidad disminuyó ligeramente.

El segundo rubro de gasto, lo constituyen los gastos operativos, con un valor de 15,1% del total, valor que se mantuvo estable durante todo el periodo. Con cifras similares se encuentra los rubros de cursos y seminarios (11,0%), contratos por servicios (12,2%) y cartas-acuerdos (10,1%). En este último caso, se nota una disminución de la proporción (de 17,0% a 3,1%), lo que traduce una reducción de la transferencia de fondos a instituciones nacionales. Los demás rubros (viajes, compras locales, contratos por productos y cooperación técnica descentralizada) representan el saldo de 17,1%.

Cuando se compara el destino de los fondos extrapresupuestarios en relación con los fondos regulares, se observa que los primeros tienen un predominio en los rubros de contratos por productos, compras, asimismo que cursos y seminarios. Al revés, tienen muy baja incidencia en la cooperación técnica descentralizada y los gastos operativos. En cuanto al rubro de recursos humanos, financian el 20,8% del total general correspondiente.

Hay que señalar además que se realizaron compras internacionales por parte del gobierno por un monto total de 28.251.838 USD, durante los años 2006 al 2010. Se trata principalmente de la adquisición de vacunas y jeringas, por intermedio del Fondo rotatorio del Programa ampliado de inmunización, pero existe también una utilización creciente del Fondo estratégico de la OPS (medicamentos y otros insumos para programas prioritarios).

Sección 5 – La agenda estratégica para la cooperación de la OPS/OMS

(i) *Introducción*

La instauración del Sistema única de salud supone la introducción de un modelo de atención adecuado (familiar, comunitario e intercultural), el mismo que en la actualidad es inconsistente en su definición e incompleto en su implementación. Esto se traduce por la existencia de redes de salud que no están dimensionadas en términos de eficacia y eficiencia, así como de normas programáticas parciales, deficientemente aplicadas y insuficientemente compatibles entre ellas. Además, las medicinas tradicionales y alternativas no encuentran un lugar en el modelo de atención. Esto redundante en que las poblaciones vulnerables, como ser las mujeres, los indígenas o las personas con necesidades especiales, no reciben una atención adaptada a sus derechos.

Luego de la promulgación de la Constitución política del Estado y de la Ley de autonomías y descentralización, que afectan ambas al sector de salud, existen dificultades en la implementación de este nuevo marco legal y la articulación de los distintos actores (gobierno central, gobernaciones departamentales, gobiernos municipales, autonomías indígenas originarias campesinas). En consecuencia, no existe aún una adaptación de las Funciones esenciales de salud públicas a las distintas autonomías. Asimismo, el modelo de financiamiento queda por definirse, de manera a avanzar hacía un seguro universal de salud y la política de recursos humanos, si bien ha sido oficializada, no está todavía implementada.

Aunque reconocidos de manera explícita en el Plan sectorial de salud, las determinantes sociales de la salud son incompletamente tomadas en cuenta en el momento de planificar y ejecutar las acciones. Es así que hay insuficiencia en la definición de necesidades y respuestas para la promoción de comportamientos y entornos saludables y la intersectorialidad es aún incipiente, en los distintos ámbitos de gestión. Esto se traduce también por una debilidad en la respuesta, desde la mitigación hasta la recuperación, a los eventos adversos, naturales o provocados, incluyendo el cambio climático.

No se utiliza el conocimiento como fuente para las decisiones, las cuales siguen siendo de naturaleza empírica. Esto se debe a que los mecanismos de vigilancia (por ejemplo epidemiológica, nutricional o entomológica), son aún incipientes e implementados de manera dispersa. Otro aspecto es la falta de una política estructurada de investigación en salud, con definición de prioridades, incentivos institucionales para los investigadores y respeto de los principios de la bioética.

(ii) *Definición de la agenda estratégica*

Prioridad estratégica n° 1:

Contribuir a la definición e implementación del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural

Áreas principales:

1. Estructuración de las redes de salud en término de eficacia y eficiencia
2. Inserción de las medicinas tradicionales y alternativas
3. Definición, armonización e implementación de las normas programáticas
4. Definición del modelo de financiamiento
5. Implementación de la política de recursos humanos

<p>Prioridad estratégica n° 2: Apoyar la organización de la respuesta a los determinantes sociales de la salud</p>
<p>Áreas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Fomento de los derechos de las poblaciones vulnerables para una atención especial 2. Definición de necesidades y elaboración de respuestas para la promoción 3. Fortalecimiento de la respuesta a los eventos adversos, incluyendo el cambio climático 4. Fomento de la intersectorialidad
<p>Prioridad estratégica n° 3: Contribuir a la implementación del marco institucional y legal en el sector de salud</p>
<p>Área principal:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adaptación de las funciones esenciales de salud pública a las autonomías.
<p>Prioridad estratégica n° 4: Fomentar la utilización del conocimiento como fuente de decisión</p>
<p>Áreas principales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desarrollo de mecanismos de vigilancia 2. Fomento de una política estructurada de investigación en salud

Tomando en cuenta el análisis anterior, así como los mandatos de la Organización, la capacidad instalada de la Representación y la posibilidad de movilización de recursos, se definen las siguientes prioridades estratégicas: (a) contribuir a la definición e implementación del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural, (b) apoyar la organización de la respuesta a los determinantes sociales de la salud, (c) contribuir a la implementación del marco institucional y legal en el sector de salud y (d) fomentar la utilización del conocimiento como fuente de decisión.

Definición e implementación del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural

Las principales áreas cubiertas por esta prioridad estratégica contemplan la estructuración de las redes de salud en término de eficacia y eficiencia, la inserción de las medicinas tradicionales y alternativas, la definición, armonización e implementación de las normas programáticas, la definición del modelo de financiamiento y la implementación de la política de recursos humanos.

La estructuración de las redes de salud supone, entre otras acciones, la construcción de un sistema de información georeferenciada de las redes, así como la definición de un plan de acción de política integrada de tecnologías en salud.

La inserción de las medicinas tradicionales y alternativas pasa por la incorporación en las farmacias institucionales municipales de medicamentos tradicionales, así como la inclusión dentro del sistema único de salud de alternativas de tratamiento a través de prestaciones de la medicina tradicional.

La definición, armonización e implementación de las normas programáticas supone una revisión y actualización de todo el proceso de elaboración de normas y de formulación de protocolos de atención. Su implementación se realizará a través de un sistema de gestión por resultados, que tiene que ser construido.

Asimismo, la definición del modelo de financiamiento implica la definición de un modelo de compromisos de gestión, además de la elaboración de una línea de base

relativa a la estructura de costos por enfermedad. Hay que considerar también el apoyo a la propuesta del sistema único de salud en relación con la creación de un fondo único, a fin de lograr un enfoque de equidad.

La implementación de la política de recursos humanos pasa por la identificación y aplicación de estrategias conjuntamente con las universidades para la formación de recursos humanos en salud, la actualización de la estructura orgánica, funcional y normativa de los recursos humanos de acuerdo al marco legal vigente, la realización de un censo de recursos humanos en salud con un estudio de dotación de los mismos, así como la puesta en práctica de una política de formación continua.

Organización de la respuesta a los determinantes sociales de la salud

Las principales áreas cubiertas por esta prioridad estratégica contemplan el fomento de los derechos de las poblaciones vulnerables para una atención especial, la definición de necesidades y elaboración de respuestas para la promoción, el fortalecimiento de la respuesta a los eventos adversos, incluyendo el cambio climático y el fomento de la intersectorialidad.

El fomento de los derechos de las poblaciones vulnerables supone el diseño de una estrategia de educación en salud para la participación en la toma de decisiones de grupos vulnerables en coordinación con otros ministerios e instituciones (se destaca la necesidad de la participación activa de dichos grupos en los consejos sociales municipales y de una estrategia de inserción laboral de las personas con discapacidad).

La definición de necesidades y elaboración de respuestas para la promoción incluye la elaboración e implementación de una propuesta nacional de promoción para la salud, el fortalecimiento de las áreas de educación y de comunicación en salud del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), así como el desarrollo de estrategias de intervención destinadas a fomentar la prevención y promoción en el sector privado.

El fortalecimiento de la respuesta a los eventos adversos pasa por el diseño de una estrategia nacional de comunicación de riesgos y brotes, el desarrollo de metodología y material educativo en respuestas a estos eventos, en coordinación con otros ministerios, así como la creación de una unidad de gestión del riesgo y cambio climático en el MSD, con el respectivo fortalecimiento de las mesas sectoriales.

El fomento de la intersectorialidad supone la implementación de una estrategia para la elaboración de los planes municipales de salud con enfoque intersectorial (en coordinación con los SEDES) y la incorporación de temas de salud en los diseños curriculares de la educación escolarizada (en coordinación con el ministerio de educación).

Implementación del marco institucional y legal en el sector de salud

La principal área cubierta por esta prioridad estratégica contempla la adaptación de las funciones esenciales de salud pública a las autonomías.

El marco de referencia lo constituyen las funciones esenciales de salud pública: monitoreo y análisis de la salud de la población, vigilancia de la salud pública y control de riesgos, promoción de la salud, participación social, desarrollo de políticas y planes que apoyen los esfuerzos individuales y colectivos en salud pública y contribuyen a la rectoría en salud pública nacional, el fortalecimiento de la regulación y fiscalización, la evaluación del acceso a los servicios, el desarrollo de recursos humanos, la garantía del mejoramiento de la calidad, la investigación y desarrollo de tecnología y la respuesta a las emergencias y desastres.

Se busca el fortalecimiento de la rectoría sectorial del MSD, mediante el estudio de la situación actual de la rectoría en el sector, el perfeccionamiento del marco normativo de las autonomías en salud en los diferentes niveles (departamentales, municipales e indígenas) y el apoyo a la gobernabilidad y a los procesos de planificación, seguimiento, monitoreo y evaluación en todo el sistema, tanto en las dimensiones técnicas como administrativas y financieras.

Utilización del conocimiento como fuente de decisión

Las principales áreas cubiertas por esta prioridad estratégica contemplan el desarrollo de mecanismos de vigilancia y el fomento de una política estructurada de investigación en salud.

El desarrollo de los mecanismos de vigilancia supone el fortalecimiento del sistema nacional de información en salud, incluyendo los aspectos gerenciales, pero también de atención en salud (expediente clínico).

El fomento de una política estructurada de investigación en salud pasa por la creación de un sistema nacional de ciencia y tecnología, con énfasis en la recuperación de la producción científica y técnica. Algunos aspectos de esta producción son los medicamentos y plantas medicinales tradicionales, el análisis económico de las prestaciones incluidas en el sistema único de salud, los factores de riesgo y grados de vulnerabilidad para grupos priorizados, así como los efectos de los determinantes sociales de la salud.

(iii) Definición de los enfoques de la cooperación

Para llevar adelante la agenda estratégica arriba detallada, se requerirá el siguiente tipo de cooperación por parte de la OPS/OMS:

- cooperación técnica directa por parte de expertos de la Representación;
- creación o reactivación de mesas de trabajo temáticas;
- facilitación del intercambio de experiencias para el diseño de normas, programas y estrategias;
- apoyo financiero para la implementación de acciones del MSD en promoción de la salud y recursos humanos;
- apoyo a la difusión de la política sanitaria boliviana;
- asistencia técnica por parte de expertos internacionales;
- apoyo a la implementación de la estrategia nacional de comunicación social;
- apoyo técnico para el diseño e implementación de investigaciones socio-antropológicas de salud.

Estos enfoques se aplicarán a las distintas prioridades y áreas de manera global y flexible, en función de las necesidades organizacionales a ser definidas conjuntamente, entre el MSD y la OPS/OMS.

(iv) *Validación de la agenda estratégica con las prioridades nacionales en salud*

Las prioridades nacionales están explicitadas en el Plan sectorial de desarrollo 2010-2020 “Hacia la salud universal”. La finalidad del Plan es de contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud. Para eso, tiene el propósito de consolidar el ejercicio del derecho a la salud a partir de la construcción y desarrollo del Sistema único de salud familiar, comunitaria e intercultural con acceso universal, sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del Ministerio de salud y deportes.

En este sentido, el Plan identifica tres ejes de desarrollo, cada uno con su programa: (i) el acceso universal al sistema único de salud familiar, comunitaria e intercultural, mediante la universalización y la equidad en el acceso al sistema de salud; (ii) la promoción de la salud y la movilización social, mediante la gestión participativa y la movilización por el derecho a la salud y (iii) la rectoría y la soberanía en salud, mediante la gobernanza en salud.

Como se puede apreciar (ver cuadro sintético en el anexo 2), la agenda estratégica de la OPS/OMS se enmarca a cabalidad en los ejes y programas del Plan sectorial de desarrollo. Como este Plan sectorial guía a su vez la elaboración de los planes departamentales y municipales de salud, la agenda estratégica encontrará su correspondencia para la cooperación con los niveles descentralizados de gestión.

(v) *Validación de la agenda estratégica con la MANUD*

Como mencionado anteriormente, nos encontramos en la segunda parte de la MANUD, que cubre el periodo 2008-2012. La revisión de medio-término está en proceso. En una primera aproximación, se estimó que los objetivos principales identificados inicialmente siguen pertinentes. Estos objetivos son la profundización de la gobernabilidad democrática, la lucha contra la desnutrición, la promoción de la inclusión social de la población marginada, el fomento de las organizaciones productivas y el fortalecimiento de la respuesta a emergencias y desastres. La agenda estratégica tiene relación directa con cuatro de ellos, siendo más indirecta la vinculación con el fomento de las organizaciones productivas. En cuanto a la gobernabilidad democrática, se puede mencionar los aspectos de fortalecimiento de las capacidades institucionales para el ejercicio efectivo de los derechos humanos, de fortalecimiento de los actores sociales y políticos para la práctica del diálogo y la concertación y de fortalecimiento de capacidades de planificación, monitoreo y evaluación de políticas en temas relativos a los ODM. Asimismo, respecto a la promoción de la inclusión social, están en concordancia los aspectos de mejoramiento de la condición de salud de la población con acciones de promoción, prevención y acceso a servicios de salud de calidad, así como de acceso a la prevención, tratamiento y atención de las ITS/VIH/SIDA y otras enfermedades transmisibles (enfermedad de Chagas, malaria, tuberculosis) y de fortalecimiento de las capacidades y oportunidades para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Por fin, los objetivos de lucha contra

la desnutrición y de fortalecimiento de la respuesta a emergencias y desastres están en relación directa y completa con la agenda estratégica.

Prioridad estratégica CCS	Objetivo principal MANUD
Contribuir a la definición e implementación del modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural	Promoción de la inclusión social de la población marginada
Apoyar la organización de la respuesta a los determinantes sociales de la salud	Lucha contra la desnutrición Fortalecimiento de la respuesta a emergencias y desastres
Contribuir a la implementación del marco institucional y legal en el sector de salud	Profundización de la gobernabilidad democrática
Fomentar la utilización del conocimiento como fuente de decisión	Promoción de la inclusión social de la población marginada Profundización de la gobernabilidad democrática

(vi) *Validación de la agenda estratégica con los objetivos estratégicos de la OPS/OMS*

La relación entre los objetivos estratégicos de la OPS/OMS y las prioridades estratégicas de esta CCS se detallan en el cuadro a continuación. Esta relación será tomada en cuenta en la elaboración de los futuros planes bienales de la Representación, al momento de identificar los objetivos de cooperación (OSER) y elaborar los productos y servicios correspondientes.

Agenda estratégica de la Representación		Objetivo estratégico OPS/OMS
Línea	Área	
Definición e implementación del modelo de atención	Dimensionamiento de las redes en términos de eficacia y eficiencia	SO 10
	Inserción de las medicinas tradicionales y alternativas	SO 12
	Definición, armonización e implementación de las normas programáticas	SO 01, SO 02, SO 03 y SO 04
	Definición del modelo de financiamiento	SO 14
	Implementación de la política de recursos humanos	SO 13
Organización de las respuesta a las determinantes de salud	Fomento a los derechos de las poblaciones vulnerables para una atención especial	SO 07
	Definición de necesidades y elaboración de respuestas para la promoción	SO 06 y SO 09
	Fortalecimiento de la respuesta a los eventos adversos, incluyendo el cambio climático	SO 05
	Fomento a la intersectorialidad	SO 08

Implementación del marco institucional y legal en el sector salud	Adaptación de las funciones esenciales de salud pública a las autonomías	SO 11
Utilización del conocimiento como fuente de decisión	Desarrollo de mecanismos de vigilancia	SO 01
	Fomento de una política estructurada de investigación en salud	SO 11

La descripción de los Objetivos estratégicos de la OPS/OMS se encuentra en el anexo 3.

Como se puede notar, la CCS cubre los distintos objetivos estratégicos de la OPS/OMS, con un cierto énfasis en los SO 01 (por el componente de vigilancia) y el SO 11 (fortalecimiento del rol rector).

Sección 6 – Implicaciones de la agenda estratégica para el conjunto de la Organización

El país, y el sector de salud en particular, enfrentan la crítica tarea de poner en práctica los cambios anunciados por la Constitución política, al mismo tiempo que tiene que garantizar el funcionamiento de servicios de salud que adolecen de fallas tradicionales en cuanto a cobertura, calidad y trabajo intersectorial. Esto genera una demanda de cooperación para identificar e implementar estrategias basadas en el conocimiento y respetuosas de los derechos. Hay que mencionar además que la evolución favorable del PIB, que supera ahora los 1.500 USD por habitante (valor no ajustado), ha colocado Bolivia en la categoría de los países de renta media, lo que le va a restringir el acceso a fuentes tradicionales de financiamiento. Al mismo tiempo, ha multiplicado su cooperación con nuevos actores y ampliado su participación en varios escenarios de integración.

(vii) El rol de la OPS/OMS

A partir de las fortalezas adquiridas en el manejo de programas (salud de la madre y el niño, control de enfermedades transmisibles o respuesta a emergencias y desastres), así como en la organización de los servicios de salud, la Representación orientará su trabajo de manera a abordar nuevos desafíos. Uno de ellos es la articulación con la medicina tradicional, que en la práctica se mantiene separada del quehacer de los servicios oficiales, con el riesgo de convertirse en la mera defensa de intereses corporativos. Otro desafío es el desarrollo, por un lado, de una atención especial a los grupos vulnerables y, por el otro, de una acción intersectorial, de manera a evitar la restricción actual tanto en el acceso como en la amplitud de la oferta de servicios de salud. Esta restricción es más evidente en relación con las enfermedades no transmisibles y la salud de las y los adolescentes. Todo lo anterior necesita la promoción de una política de investigación en salud (epidemiológica, social y operativa), para reforzar los elementos científicos en la toma de decisión.

De manera a evitar que estos nuevos enfoques se transformen en acciones aisladas entre sí y con las anteriores, la Representación dará una especial atención a los espacios potencialmente integradores, los mismos que deben ser protegidos de la fragmentación. Estos espacios son, entre otros, el modelo de atención, el diseño curricular de formación y el sistema de información. Además, tanto en la fase de planificación, como durante la ejecución de los proyectos de cooperación, la Representación cuidará mantener y reforzar su posicionamiento como organismo que vela para que la salud sea promocionada sobre una sólida base técnica con una visión de respeto de los derechos humanos.

Considerando que Bolivia ha ingresado en el grupo de los países con desarrollo medio, el eje de los aportes de la Representación será el fortalecimiento de las capacidades instaladas en el país, buscando el fortalecimiento sistemático de las instituciones propias, la ejecución fluida de los presupuestos nacionales y la articulación de las competencias en el marco de las autonomías. Asimismo, se facilitará el desarrollo de las relaciones de cooperación con los otros países (en especial de la Región) y la proyección de Bolivia en el escenario internacional. Los mismos principios guiarán las relaciones de la Representación dentro del Sistema de Naciones Unidas y el Sistema Interamericano, para que los mandatos respectivos sean un punto de convergencia, de manera a construir respuestas compartidas a partir de un análisis común de la situación, con miras a la construcción de la paz y el respeto de los derechos humanos.

*(viii) La presencia la OPS/OMS*Necesidades de profesionales técnicos

La existencia de cuatro puestos de consultores internacionales en las áreas de salud familiar y comunitaria, servicios y sistemas de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades, así como de salud ambiental corresponde a las prioridades estratégicas identificadas en esta CCS. Sin embargo, existen problemas específicos que precisan contar con puestos nacionales para una respuesta adecuada. Los mismos se detallan a continuación.

A pesar de los avances, Bolivia sigue siendo uno de los países de la Región con alta tasa de mortalidad infantil. Asimismo, sigue mostrando niveles elevados de desnutrición crónica, incluyendo los micronutrientes. Frente a esta situación y con el respaldo de la Presidencia del Estado, el MSD ha lanzado desde algunos años el programa “Desnutrición Cero”. Además, en una perspectiva de ciclo de vida, es necesario encarar los desafíos de la salud de los y las adolescentes. En efecto, se trata de un grupo poblacional en crecimiento, para el cual los servicios de salud han mostrado una carencia de oferta, con el resultado de situaciones de riesgo ligadas a la salud sexual y mental, entre otros aspectos.

Como otros países de ingresos bajos y medios, Bolivia está experimentando un incremento rápido e importante de las enfermedades no transmisibles. Frente a esta situación, la respuesta es aún débil, ya que tradicionalmente los programas de salud han sido dirigidos a la atención de la salud de la madre y el niño, así como al control de ciertas enfermedades transmisibles. Tampoco ha sido activa la promulgación de políticas públicas y la promoción de hábitos saludables. Estas acciones tienen que ser desarrolladas con una visión de género, ya que son las mujeres las más afectadas, tanto en su salud propia como por su rol preponderante de cuidadoras en el hogar.

En Bolivia, las zoonosis son aún prevalentes, afectando la salud de la población humana y perjudicando la producción ganadera (especialmente para los pequeños y medianos productores). Son enfermedades que ya han sido erradicadas en otros lugares (rabia transmitida por perros y fiebre aftosa) y que representan un peligro latente para las zonas fronterizas de los países vecinos. Además, se nota la presencia de zoonosis que son enfermedades olvidadas (fasciolosis o cisticercosis). Es también necesario fomentar el control de las enfermedades transmitidas por alimentos. Esta acción tiene que inscribirse en un contexto de promoción de comunidades productivas y saludables.

Uno de los componentes esenciales para el desarrollo de las políticas de salud en Bolivia corresponde a los recursos humanos. Es así que ha sido identificado como uno de los ejes principales por el MSD, en su plan sectorial. Existe una gran necesidad de ordenar la formación y la distribución de los profesionales de salud, tanto en su cantidad como en su calidad. Un aspecto adicional está ligado a la existencia de una gran cantidad de auxiliares de salud en el nivel primario de atención. Hay que tomar en cuenta además la necesidad de ligar la política de recursos humanos al desarrollo de la interculturalidad y la promoción de la medicina tradicional.

Bolivia es un país de alta vulnerabilidad, por la presencia de desastres naturales, principalmente inundaciones y sequías y por la ocurrencia de emergencias provocadas por el hombre. A lo anterior, se suma la aparición de epidemias. Frente a esta situación compleja, la respuesta nacional necesita ser mejor preparada y articulada, con un

fortalecimiento de la capacidad de análisis de la situación de salud, en especial de los riesgos existentes, tanto para el nivel central (MSD) como para el nivel periférico (SEDES). Además, hay que velar por el buen funcionamiento de la mesa sectorial de salud, en el marco de respuesta intersectorial coordinada por Defensa Civil.

Por todos los motivos expuestos, es importante para la Representación de la OPS/OMS en Bolivia contar con profesionales nacionales que permita fortalecer la cooperación en las áreas de (a) salud de la niñez y adolescencia (SO 04), así como nutrición (SO 09); (b) enfermedades no transmisibles (OS 03), determinantes de la salud (OS 06) y género (OS 07); (c) salud pública veterinaria (OS 01), inocuidad alimentaria (OS 09) y desarrollo local (OS 07); (d) política de recursos humanos (OS 13), así como promoción de los derechos indígenas e interculturalidad (OS 07); y (e) respuesta y mitigación de las emergencia y desastre (OS 05) así como análisis de la situación epidemiológica (OS 01).

Adicionalmente, frente a la escasez de organización de las fuentes nacionales de información en salud, el Centro de información y documentación de la Representación desempeña un papel fundamental para coleccionar, ordenar y difundir el conocimiento generado en el país en temas de salud y apoyar la política nacional de investigación en salud. El Centro desempeña también el papel de comunicación en cuanto a las actividades realizadas por la Representación y la Organización en general. Es por lo tanto importante contar con un profesional nacional que asegure la gestión del Centro de información y documentación.

La cooperación técnica descentralizada

En el año 2004 se firmó el Acuerdo Marco para la Cooperación Técnica Descentralizada (CTD) con el MSD, el que feneció en Febrero del 2009. La CTD tiene el objetivo de apoyar y fortalecer a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES), que funcionan como contraparte subnacional.

Las oficinas de la CTD son oficinas de campo desconcentradas. La instalación de las oficinas de campo se hizo partir de criterios no formalizados, no hay registro de que el proceso haya considerado variables como las dimensiones y situaciones de la población de los departamentos en los que se abrieron. Se tienen oficinas en los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz, Beni, Tarija.

La contraparte nacional de la CTD es el MSD y, en el nivel subnacional, lo son la Gobernación, antes Prefectura y el SEDES que se articulan con los gobiernos autónomos municipales apoyando la gestión compartida.

La planificación de actividades de la CTD se hace con base en líneas de trabajo específicas de la OPS/OMS, en un proceso de concertación entre el SEDES y los consultores en La Paz; se toman en cuenta las necesidades identificadas por los directivos del SEDES. Se trata de mantener la programación con predominio intersectorial, considerando, como eje la elaboración de los planes departamentales, el fortalecimiento del SEDES, pero con énfasis en las demandas particulares locales.

Los SEDES aportan la infraestructura para el funcionamiento de las oficinas, en tanto los gastos operativos, incluyendo la contratación de una secretaria, se hacen con fondos de la Organización. Esto incluye el pago de un bono mensual a los profesionales de los SEDES que actúan como representantes de la CTD.

Consideramos que el momento es pertinente para una evaluación objetiva de la experiencia y de los resultados obtenidos en un quinquenio debido a que el actual marco administrativo del Estado Plurinacional de Bolivia considera diferentes tipos de autonomías y la organización tiene que ver cómo desarrollar su cooperación técnica en este nuevo marco. Los resultados de la evaluación también serán usados con el fin de incluir nuevas condiciones y/o modificaciones para la renovación del Acuerdo Marco.

Las Instituciones nacionales de referencia

A partir del año 2004, la Representación inició una nueva modalidad de cooperación, con el reconocimiento de seis Instituciones nacionales de referencia (Centro nacional de enfermedades tropicales, Laboratorios de control de alimentos del INLASA, Instituto boliviano de ciencia y tecnología nuclear, Laboratorio de física de la atmósfera de la UMSA, Instituto de de investigaciones farmacoquímicas de la UMSA, Acción Internacional para la Salud). Esta modalidad de cooperación deberá ser revisada en función de la nueva resolución de la OPS (CD 50.13) sobre las Instituciones nacionales asociadas con la OPS para la cooperación técnica.

(ix) Uso y seguimiento de la CCS

La Representación de la OPS/OMS en Bolivia hará llegar el documento de la CCS a las distintas instancias del gobierno, de los entes autonómicos, del mundo académico, de las organizaciones sociales y de la cooperación internacional, directamente relacionados con el sector de salud. Asimismo, lo utilizará en la definición de sus planes de trabajo bienales y lo presentará como insumo para la definición y revisión del UNDAF de Bolivia, así como en otras plataformas de armonización. Además, servirá de referente para la movilización de recursos, humanos y financieros, para la salud.

Tanto la oficina regional en Washington, como la sede en Ginebra, difundirán el presente documento en todos sus departamentos internos, así como a los socios que juzguen pertinentes. Asegurarán que su cooperación con el país respete y se base en las prioridades identificadas en la CCS. En coordinación con la Representación, lo utilizarán para la movilización y asignación de recursos.

Toda la Organización, en sus distintos ámbitos, monitoreará su contribución en el contexto de la cooperación internacional, para asegurar la armonización con los aportes de los diferentes actores. Además, se procederá a una evaluación de la CCS, hacia el final de su periodo de implementación, tratando de aprovechar en lo posible otros procesos de revisión nacionales. Para este fin, se recolectará de manera continua los datos necesarios para la evaluación.

Las lecciones aprendidas durante el monitoreo y la evaluación de la CCS serán compartidas con otros países, en especial los que presentan similitudes.