Mapeo y Análisis de los Modelos de Atención Primaria en Salud en los Países de América del Sur

Mapeo de APS en Bolivia

Consultor: Herland Tejerina Silva PhD

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

UNASUR
iSAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

MAPEO Y ANÁLISIS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA DEL SUR

Mapeo de APS en Bolivia

Consultor: Herland Tejerina

Documento Autoral de APS en los países de Suramérica

Rio de Janeiro
Mayo de 2014

UNASUR
ISAGS
Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR
Unión de Naciones Suramericanas

Expediente

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

Director Ejecutivo:
José Gomes Temporão

Coordinador Técnico:
Henri Jouval

Consejo de Salud Suramericano - Mayo de 2014

Juan Luis Manzur
Argentina

Juan Carlos Calvimontes
Bolivia

Arthur Chioro
Brasil

Helia Molina
Chile

Alejandro Gaviria
Colombia

Carina Vance Mafla
Ecuador

Bheri Ramsaran
Guyana

Antonio Carlos Barrios
Paraguay

Midori Musme De Habich Rospigliosi
Perú

María Susana Muñiz Jiménez
Uruguay

Michel Blokland
Surinam

Francisco Armada
Venezuela

Texto y Fotos:
Herland Tejerina

Proyecto gráfico:
Humponto Design e Comunicação

Mapeo de los modelos de Atención Primaria a la Salud en los países de América del Sur

Coordinación:
Ligia Giovanella

Investigador Asistente:
Suelen Oliveira

Herland Tejerina - Profesor Titular de la Universidad Mayor de San Andrés / Bolivia

Doctor en Salud Pública de la Universidad Católica de Lovaina y Magíster en Salud Pública del Instituto de Medicina Tropical de Amberes. Participó de la Residencia en Salud Internacional en la Organización Panamericana de la Salud en 2004. Es consultor independiente y Profesor Titular de la Universidad Mayor de San Andrés. Además, es autor de publicaciones como artículos y libros.

Las opiniones expresadas en este documento son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

www.isags-unasur.org
www.facebook.com/isags.unasursalud
www.twitter.com/isagsunasur

Mapeo de la APS en Bolivia

Consultor: Herland Tejerina

Índice

Nota Metodológica 5
Introducción 6
Dimensión 1 – Conducción de la Atención Primaria en Salud 8
Concepción de Atención Primaria en Salud 8
Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales en la atención primaria de salud 12
Otros actores influyentes en las políticas de Atención Primaria en Salud: las organizaciones sociales y sindicales 18
Dimensión 2 – Financiamiento de la Atención Primaria en Salud 19
Fuentes de financiamiento y mecanismos de asignación y transferencias de recursos entre esferas gubernamentales 19
Participación de los gastos en Atención Primaria en Salud en el total de los gastos públicos con salud 20
Especificidades de la financiación de la Atención Primaria en Salud en los seguros sociales de enfermedad 21
Existencia de copagos en Atención Primaria en Salud 21
Dimensión 3 – Características de la prestación de la Atención Primaria en Salud en el País 23
El programa “Mi Salud” 32
Dimensión 4 – Características de la organización de la Atención Primaria en Salud 33
Tipo de prestador 34
Dimensión 5 – Desigualdades regionales y sociales en el acceso a Atención Primaria en Salud / Exclusión en Salud 37
Dimensión 6 – Coordinación de los cuidados e integración de la Atención Primaria en Salud en la red de servicios 41
Dimensión 7 – Fuerza de Trabajo en Atención Primaria en Salud 45
Dimensión 8 – Participación Social y Actividades intersectoriales 48
Actividades Intersectoriales 48
Participación Social en Atención Primaria en Salud 50
Dimensión 9 – Interculturalidad 52
Dimensión 10 – Gestión de la Atención Primaria en Salud 54
Consideraciones Finales 55
Agradecimientos 56
Referencias 57
Indicadores Seleccionados, Bolívia 59

MAPEO Y ANÁLISIS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD EN BOLIVIA[1]

Herland Tejerina Silva

NOTA METODOLÓGICA

En el marco de la realización del presente estudio, después de haber compartido los documentos conceptuales y metodológicos del mismo y haber coordinado con los puntos focales del ISAGS en el país, entre los días 16 de diciembre de 2013 y 26 de febrero de 2014, se realizaron entrevistas con las siguientes autoridades nacionales: viceministro de salud; viceministro de interculturalidad y medicina tradicional, director general de salud, director general de planificación, coordinador de la residencia médica SAFCI y del programa Mi Salud. También se entrevistó a ex autoridades nacionales que fueron relevantes en la construcción del modelo nacional de atención primaria en salud: ex ministra de salud y deportes, ex director general de planificación, ex director general de promoción de la salud, ex director general de seguros de salud. Finalmente se entrevistó a autoridades locales del departamento de La Paz y del municipio de El Alto: director departamental de salud de La Paz y director regional de salud de El Alto.

Se visitaron los siguientes establecimientos públicos de salud: centros de salud materno infantiles LOTES Y SERVICIOS, MADRE DE DIOS VILLA DOLORES , VILLA ADELA y ALTO LIMA III y los centros de salud UNIFICADA POTOSI, ROSAS PAMPA, 6 DE JUNIO y ROMERO PAMPA de la ciudad de El Alto; Puesto de salud PALCOCO y centro de salud Batallas en el municipio de Batallas; los centros de salud AGUA DE LA VIDA y TEMBLADERANI y el POLICLINICO MIRAFLORES (CNS) en el municipio de La Paz.

Para la elaboración de este estudio, se contrastó la información obtenida de estas entrevistas con las constataciones de las visitas de campo y el análisis de literatura, documentos oficiales, publicados y grises.

1 Documento autoral elaborado por Herland Tejerina Silva, médico, doctor en Salud Pública, profesor titular de la Universidad Univalle, Bolivia. Este documento no refleje la posición del ISAGS, ni de las autoridades nacionales entrevistadas.

INTRODUCCIÓN

Bolivia ha experimentado una duplicación de sus ingresos entre 2005 y 2010; con un crecimiento del PIB real de 3,1% en la primera mitad de la década pasada y 4,6% en la segunda, también ha logrado acumular abundantes reservas que han reducido su vulnerabilidad macroeconómica, aunque la pobreza y la desigualdad del ingreso aún son elevadas.(Fondo Monetario Internacional 2012;Lanza 2013;Perry and Gesler 2000)

La población boliviana se encuentra segmentada, de acuerdo a su cobertura en servicios de salud, en tres grandes grupos: aquellos protegidos por la seguridad social de corto plazo (19 cajas de salud), los protegidos por seguros públicos focalizados – Seguro Universal de Maternidad y Niñez (SUMI) y Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM) y aquellos que tienen como único acceso a los servicios que puedan pagar de su bolsillo (incluidos los servicios del subsistema público) (Tabla 1). Los servicios para los beneficiarios del SSPAM y el SUMI se brindan en establecimientos públicos y de la Caja Nacional de Salud (la más grande del seguro social).

Tabla 1: Cobertura poblacional formal de la protección por seguros en salud. Bolivia 2012

Grupos Etáreos	Población Total	Población Protegida			Total Protegida	Población Sin Protección
		Seguridad Social	SUMI	SSPAM		
De 0 a 4 años	1,010,747	350,124	660,623	-	1,010,747	
%	10%	3%	7%	0%	10%	0%
De 5 a 59 años	8,122,076	3,113,034	51,395		3,164,429	4,957,647
%	81%	31%	1%	0%	32%	49%
Mayores de 60 años	894,431	424,143		470,288	894,431	
%	9%	4%	0%	5%	9%	0%
Total	**10,027,254**	**3,887,301**	**712,018**	**470,288**	**5,069,607**	**4,957,647**
%	**100%**	**39%**	**7%**	**5%**	**51%**	**49%**

Fuente: elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud, Instituto Nacional de Seguros de Salud e Instituto Nacional de Estadística, Bolivia.

Para el año 2012 el 51% de la población (5.069.607 personas) estaba teóricamente cubierta por seguros de salud estatales, sean seguros públicos (SUMI y SSPAM) o seguros sociales. Sin embargo, en la encuesta de hogares 2009 se reportó que la cobertura por seguros de salud en Bolivia es de 33,6% de la población, representando 3.456.838 personas, significando que entre el 66% y 49% de la población no está cubierta por ningún seguro de salud (Dupuy and Ministerio de Salud y Deportes 2012b).

Cada uno de los subsistemas mencionados, además de los privados con y sin fines de lucro, que no hacen parte del presente estudio, cuenta con sistemas de atención primaria en salud independientes entre sí y con particularidades inherentes a sus modelos de gestión y atención.

Históricamente, desde la implementación de la reforma en salud alineada con las prescripciones del Banco Mundial y el consenso de Washington, Bolivia asumió la Atención Primaria Selectiva (APSS) como su modelo de prestación de servicios de salud concentrando sus acciones en programas verticales de salud materno infantil, salud reproductiva y de control de enfermedades transmisibles; bajo ese mismo modelo, la propiedad y la gestión de los servicios sanitarios se descentralizaron (bajo la forma de devolución) a los gobiernos departamentales y municipales respectivamente(Tejerina Silva et al. 2011). El gobierno de Evo Morales anunció desde su inicio (2006) la ruptura con esa política sectorial, calificada como neoliberal (Dunkerley 2007), y la implantación de un nuevo modelo llamado Salud Familiar y Comunitaria Intercultural (SAFCI) inspirado en la estrategia acuñada en Alma Ata y su evolución denominada por OPS/OMS Atención Primaria Renovada (APSR) (Tejerina Silva et al. 2009). Ambos modelos coexisten en el momento actual, por ejemplo mediante la persistencia de los seguros públicos focalizados materno-infantiles y del adulto mayor y los co-pagos de la población no asegurada, junto a la implantación de varios programas de la política SAFCI.

Las instituciones de seguro social (de corte Bismarckiano), llamadas Cajas de Salud, desarrollan modelos de atención propios pues gozan de total autonomía de gestión. En estas cajas, concentradas casi exclusivamente en ciudades grandes e intermedias, la atención primaria se brinda en establecimientos llamados policonsultorios. El asegurado debe ingresar al sistema exclusivamente (excepto para emergencias) mediante la consulta con el médico familiar (que puede o no tener esta especialidad) que le está asignado de acuerdo a su lugar de residencia.

Los servicios privados de salud, con y sin principios de lucro, prestan atenciones bajo diversos modelos, con escasa regulación por parte de los gobiernos departamentales.

DIMENSIÓN 1 – CONDUCCIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Concepción de Atención Primaria en Salud

La Constitución Política del Estado (CPE) aprobada en 2009 (Estado Plurinacional de Bolivia 2008) establece:

1. Artículo 18: Todas las personas tienen derecho a la salud. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. 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.
2. Artículo 20: Derecho al acceso universal y equitativo a los servicios básicos de agua potable, alcantarillado, electricidad, gas domiciliario, postal y telecomunicaciones.
3. Artículo 35: 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. El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.
4. Artículo 37: El derecho a la salud se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades
5. Artículo 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.
6. Artículo 41: El Estado garantizará el acceso de la población a los medicamentos. Priorizará los medicamentos genéricos.

Como se observa, la constitución no hace mención a un modelo de atención en específico, aunque si establece claramente el mandato de implementar algunos elementos de la Atención Primaria en Salud como el derecho a la salud, el acceso a servicios básicos considerados determinantes sociales de la salud, la participación social en la decisión y gestión del sistema, el acceso a medicamentos genéricos y el carácter intercultural del sistema, incluyendo la medicina tradicional.

Sin embargo, en el artículo 45, también se encuentran elementos de concentración más bien propios de la atención primaria selectiva: “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 prenatal y posnatal.”

Las leyes y normas vigentes en Bolivia no hacen tampoco mención explícita al término Atención Primaria en Salud. Sin embargo, podemos encontrar todos los elementos de la estrategia de Atención Primaria Renovada en la superestructura legal del país.

El Decreto Supremo Nº 29601 (Estado Plurinacional de Bolivia 2008) y la norma técnica que lo reglamenta (Ministerio de Salud y Deportes 2008b) caracteriza el Nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural como el conjunto de acciones que facilitan el desarrollo de procesos de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación de manera eficaz eficiente y oportuna en el marco de la horizontalidad, integralidad e interculturalidad, de tal manera que las políticas de salud se presentan y articulan con las personas, familias y la comunidad o barrio.

Establece 4 principios para el nuevo Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural:

a. Participación Comunitaria

b. Intersectorialidad

c. Interculturalidad

d. Integralidad

En esta norma se caracteriza el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural de la siguiente manera:

1. Estar centrado en las personas, familias y las comunidades. Desarrollar intervenciones basadas sus necesidades.
2. Identificar las condiciones de las determinantes de salud de las personas, las familias y las comunidades promoviendo acciones intersectoriales para vivir bien.
3. Enfocarse al riesgo individual, familiar y comunitario.
4. Ofrecer y dar servicios de calidad, logrando la satisfacción de las personas, familias y comunidades, basadas en: Atención Integral (promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación); Atención Integrada (interrelación e interactuación entre todas las partes del sistema); Atención Continua (de información, de relación, de gestión -continuo de atención/ciclo de vida); Atención Accesible (garantía de atención universal, sin barreras de acceso) y Atención Oportuna (en el momento adecuado a las demandas de atención)
5. Organizar las redes de salud, para garantizar la continuidad en la atención hasta la resolución de los problemas.
6. Incluir acciones de promoción de la salud, prevención y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación con carácter integral e intercultural en el establecimiento, en la familia y en la comunidad, teniendo como instrumentos la carpeta familiar y el expediente clínico, el Modulo de Información Básico (MIB), el diagnóstico situacional, la investigación

participativa, la organización y movilización comunal o barrial, protocolos de atención, guías de la gestión participativa y control social y otros.

7. Poseer enfoques epistemológicos de la biomedicina académica para establecer un solo sistema de salud a nivel nacional con atención gratuita que garantiza el acceso universal.
8. Establecer mecanismos de referencia y retorno entre la atención biomédica, indígena originaria campesina y otras, en la red de servicios y entre los establecimientos de salud mediante vínculos personales e institucionales, como principales elementos para asegurar la organización de la atención, su integralidad y la continuidad de la misma para la solución de los problemas.
9. Generar relaciones de confianza entre el equipo de salud y personas, familias y comunidad, a partir de la continuidad de la atención (en lo posible 24 horas al día, 7 días a la semana, 30 días al mes y 365 días al año) y de flujos constantes y adecuados de información sobre los procesos de referencia y retorno que se realicen, mediante la utilización de instrumentos de registro para el acompañamiento individual y familiar (carpeta familiar, hoja de referencia y retorno).
10. Articular y complementar, en una relación de poder simétrica e igualitaria, los conocimientos y prácticas de las diferentes medicinas (académica, indígena, originaria, campesina y otras) como elementos fundamentales de la calidad de atención, que al convivir con ellas como producto de concepciones epistemológicas (principios, valores, elementos culturales) de los pueblos indígenas y originarios, tienen la finalidad de extender la vida y la salud de los hombres y mujeres estantes y habitantes del territorio nacional.
11. Organizar la atención de salud articulada en redes, estableciendo responsabilidades territoriales y de gestión de los establecimientos en comunidades, municipios y naciones indígenas, originarias y campesinas (PIOC) de acuerdo a los principios de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
12. Reconocer el derecho que tiene cada nación indígena originaria campesina a contar, mínimamente, con un equipo de salud (medico, odontólogo, enfermera o más, según sus necesidades), además de su propio sistema médico tradicional.
13. Contar con un equipo de salud: Multidisciplinario, generando un trabajo de desarrollo de su propia formación profesional (interdisciplinariedad), pero que además realiza una labor coordinada y sistemática con las otras profesiones (interdisciplinario), y cada profesional practica la formación en otras disciplinas, hasta llegar a la transdisciplinariedad en su trabajo cotidiano. Que promueve y participa en acciones de intersectorialidad destinadas a identificar y modificar positivamente las determinantes socioeconómicas, ambientales y culturales que influyen en el desarrollo

de la salud. Que promueve, se involucra y participa en la movilización y participación comunitaria de manera organizada. Que desarrolla sus acciones en el establecimiento de salud, en la comunidad y en el ambiente natural, de acuerdo a la capacidad resolutiva específica a cada nivel. Que organiza sus prestaciones en redes de servicios y redes sociales.

14. Un elemento clave de este cambio de paradigma es la incorporación de la medicina tradicional y la interculturalidad como componentes clave del nuevo modelo de atención y gestión
15. La puerta de ingreso a la Red de Servicios el establecimiento de Primer Nivel. La atención de emergencias y urgencias serán la excepción.

Esta misma norma establece el acceso al sistema nacional de salud de la siguiente manera:

1. El acceso al Sistema Nacional de Salud se inicia en los establecimientos del primer nivel de atención y brigadas móviles, quienes otorgarán la atención de acuerdo a su capacidad de resolución y en caso necesario referirán al segundo o tercer nivel de atención que corresponda de acuerdo a la estructura de la red y a normas y protocolos de atención establecidos por el Ministerio de Salud y Previsión Social.
2. El acceso a los hospitales de segundo y tercer nivel requiere de la referencia de los establecimientos de menor complejidad definidos por la red, excepto en los casos de emergencia.
3. El sistema de referencia constituye el conjunto de normas, procesos e instrumentos que garantizan el acceso a los diferentes niveles de atención en forma ordenada, sucesiva y complementaria. Este sistema será normado por el MSPS.

El Plan de Desarrollo Sectorial “Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida para VIVIR BIEN” (Ministerio de Salud y Deportes Bolivia 2008), principal documento de política nacional de salud, propone cinco Políticas: 1) Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, 2) Rectoría, 3) Movilización Social, 4) Determinantes de la salud, y 5) Solidaridad.

Las cinco Estrategias correspondientes se orientan a: 1) la Universalización del acceso al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural 2) la recuperación de la soberanía sanitaria, el rol rector del Ministerio de Salud y Deportes, mediante el ejercicio de la autoridad sanitaria en todos los niveles de gestión; 3) la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias 4) la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y calidad de vida y 5) 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 más desprotegidos que viven en extrema pobreza.

En este contexto se define salud como un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural y espiritual de la persona consigo misma y con su entorno, que implica la familia, la comunidad y la naturaleza.

Se establece que la salud familiar está determinada por factores socioeconómicos, culturales, así como por condicionantes ambientales, biológicos, genéticos, psicológicos y de relaciones interpersonales, que se definen a escala micro social en el contexto del hogar. Por tanto, la salud familiar comunitaria se entiende como una política pública que busca incidir sobre factores determinantes y condicionantes de la salud que prioriza las familias y las comunidades, desarrollando su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

Al ser servicios ofrecidos por establecimientos públicos, las atenciones en el marco de los seguros focalizados de salud (SUMI y SSPAM) deben asumir absolutamente la norma nacional. Sin embargo la ley del SUMI (2002) se encuentra todavía vigente y en ella, aunque no se especifica la adherencia a un modelo de atención (Böhrt and Holst 2000).

El Código de Seguridad Social que todavía rige el accionar de las entidades de aseguramiento en salud (cajas) data de 1956 y por tanto no hace ninguna referencia a la Atención Primaria en Salud. Cada caja de salud tiene sus propios documentos constitutivos y normativos. Al menos en dos de estas instituciones (caja nacional y caja petrolera de salud), mencionan a la Atención Primaria en Salud como su estrategia como su estrategia, pero sin especificar una concepción en particular.

Atribuciones y competencias de las esferas gubernamentales en la atención primaria de salud

El sistema boliviano de salud se encuentra descentralizado en cuatro niveles de gestión de acuerdo a la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Ibañez” (Estado Plurinacional de Bolivia 2010)

El nivel central del Estado tiene las siguientes competencias:

1. Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud.
2. Alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial.
3. Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud en el marco de la política exterior.
4. Ejercer la rectoría del Sistema Único de Salud en todo el territorio nacional, con las características que la Constitución Política del Estado establece, de acuerdo a la concepción del vivir bien y el modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.

5. Garantizar el funcionamiento del Sistema Único de Salud mediante la implementación del Seguro Universal de Salud en el punto de atención de acuerdo a la Ley del Sistema Único de Salud.
6. Elaborar la normativa referida a la política de salud familiar comunitaria intercultural y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud.
7. Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el Sistema Único de Salud.
8. Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social.
9. Desarrollar programas nacionales de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución a nivel departamental.
10. Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de los recursos humanos en el sector salud que incorpore la regulación del ingreso, permanencia y finalización de la relación laboral en las instituciones públicas y de la seguridad social.
11. Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la Universidad Boliviana y el Ministerio de Educación, la formación de los recursos humanos de pre y postgrado, en el marco de la política sanitaria familiar comunitaria intercultural.
12. Regular el uso exclusivo de los ambientes de los establecimientos públicos del sistema de salud, y de la seguridad social para la formación de los recursos humanos por la Universidad Pública Boliviana, en el marco del respeto prioritario del derecho de las personas.
13. Definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del Sistema Único de Salud, conforme a reglamentos nacionales específicos, para garantizar la estabilidad laboral.
14. Con respecto a la medicina tradicional

    1.1 Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originario campesinos, sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional para el registro y protección, con validez internacional.

    1.2 Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del Sistema Único de Salud.

Las competencias 6 al 10 están en directa relación con la atención primaria.

Este nivel de gobierno está representado por el Ministerio de Salud (hasta marzo de 2014 llamado Ministerio de Salud y Deportes). Aunque esta norma confiere al ministerio, casi exclusivamente, atribuciones normativas y reguladoras, Actualmente implementa de forma directa programas de prestación de servicios priorizados con:

1. **El programa Mi Salud:** estrategia de brigadas que ofrecen servicios promocionales, preventivos y curativos, gratuitos para la población, en zonas priorizadas específicas (siete municipios en el momento, con planes de expansión inmediata), incluyendo la dispensación de medicamentos. Esta implementado sobre todo por médicos bolivianos graduados en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de Cuba.
2. La **Residencia Médica de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RM-SAFCI**): programa de formación médica en posgrado que tiene como base el accionar de los residentes en las zonas más deprimidas del país mediante su integración a las comunidades con el fin de identificar e impactar sobre los determinantes sociales locales de la salud. Además de su actividad académica, estos médicos ofrecen servicios promocionales, preventivos y curativos a la población, en coordinación con los establecimientos sanitarios de la red.
3. El **Bono Juana Azurduy**: programas de **transferencias monetarias** a la población, condicionadas al cumplimiento de metas de acceso a servicios (control prenatal, atención de parto, control de puerperio y vacunas). Cuenta con su propio contingente de médicos (en su mayoría generalistas, pero también con algunas especialidades relacionadas) que se integran a los establecimientos de primer nivel para ofrecer los servicios priorizados y realizar las labores administrativas relacionadas.
4. **Equipos Móviles de Salud Oral**: estrategia de equipos odontológicos que se desplazan en vehículos especialmente equipados para ofrecer atención primaria de la especialidad a poblaciones con difícil acceso a los servicios regulares.
5. El **Programa Multisectorial Desnutrición Cero**: programa de servicios integrales, con componentes extra sectoriales (seguridad alimentaria, saneamiento básico, etc.) y de atención sanitaria para impactar la desnutrición en menores de cinco años. Cuenta con servicios especializados (Unidades de Nutrición Integral – UNI) usualmente integrados a establecimientos de primer nivel de atención.
6. El **Programa Moto Méndez**: estrategia de equipos móviles multidisciplinarios para la identificación y atención a las personas con discapacidad. Con apoyo de la cooperación cubana, identificar y ofrece servicios sobre todo promocionales con base en visitas domiciliarias.

Los Gobiernos departamentales autónomos tienen las siguientes competencias, con excepción de las referidas a los hospitales, todas relacionadas, aunque no exclusivamente, a la atención primaria:

1. Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud en concordancia con el Plan de Desarrollo Sectorial Nacional.
2. Ejercer la rectoría en salud en el departamento para el funcionamiento del Sistema Único de Salud, en el marco de las políticas nacionales.

3. Proporcionar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del tercer nivel.
4. Proveer a los establecimientos de salud del tercer nivel, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
5. Coordinar con los municipios y universidades públicas el uso exclusivo de los establecimientos del Sistema de Salud público para la formación adecuada de los recursos humanos, en el marco del respeto prioritario del derecho a las personas.
6. Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e indígena originario campesinas en el marco de la Política Nacional de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
7. Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento en, coordinación con los gobiernos municipales e indígena originario campesinos, para garantizar la provisión de todos los servicios de salud en el departamento.
8. Acreditar los servicios de salud dentro del departamento de acuerdo a la norma del nivel central del Estado.
9. Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el nivel central del Estado y municipal del sector.
10. Elaborar y ejecutar programas y proyectos departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades en el marco de la política de salud.
11. Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento en coordinación y concurrencia con el municipio.
12. Apoyar y promover la implementación de las instancias departamentales de participación y control social en salud y de análisis intersectorial.
13. Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el Sistema Único de Salud en conformidad a la ley que lo regula.
14. Informar al ente rector nacional del sector salud y las otras entidades territoriales autónomas sobre todo lo que requiera el Sistema Único de Información en salud y recibir la información que requieran.
15. Cofinanciar políticas, planes, programas y proyectos de salud en coordinación con el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas en el departamento.
16. Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social, y prácticas relacionadas con la salud con la aplicación de normas nacionales.

17. Ejercer control en coordinación con los gobiernos autónomos municipales del expendio y uso de productos farmacéuticos, químicos o físicos relacionados con la salud.
18. Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva, en coordinación y concurrencia con los gobiernos municipales.
19. Vigilar y monitorear las imágenes, contenidos y mensajes que afecten la salud mental de niños, adolescentes y público en general, emitidos por medios masivos de comunicación, asimismo las emisiones sonoras en general.

Este nivel está representado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la gobernación autónoma de cada uno de los nueve departamentos. Cuenta con equipos administrativos y de gestión que replican en diferentes medidas la estructura del ministerio de salud. Es el responsable de la gestión técnica operativa de los servicios de atención primaria y de los hospitales (de forma directa para aquellos de tercer nivel). Contrata y gestiona el personal regular de los establecimientos (excluyendo a los programas priorizados de gestión nacional y municipal) y se encarga de la implementación de la vigilancia y control epidemiológico.

En los departamentos de Tarija y Beni, gestionan además Seguros Universales Autónomos de Salud (SUSAT y SUSA respectivamente) que ofrecen servicios gratuitos, complementariamente and SUMI y SSPAM, en establecimientos públicos de primer y segundo nivel de atención.

Los Gobiernos municipales autónomos tienen las siguientes competencias, todas referidas a la atención primaria en salud:

1. Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
2. Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
3. Administrar la infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención organizados en la Red Municipal de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
4. Crear la instancia máxima de gestión local de la salud incluyendo a las autoridades municipales, representantes del sector de salud y las representaciones sociales del municipio.
5. Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales.
6. Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.

7. Dotar a los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de su jurisdicción: servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso.
8. Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
9. Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.
10. Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario en los establecimientos públicos y de servicios, centros laborales, educativos, de diversión, de expendio de alimentos y otros con atención a grupos poblacionales, para garantizar la salud colectiva en concordancia y concurrencia con la instancia departamental de salud.

Existe una gran variedad de figuras en la gestión municipal de salud. Desde los municipios más pequeños, con menos de 10.000 habitantes, donde la actividad sanitaria se limita a la obligatoria gestión financiera de los seguros públicos y el mantenimiento de los establecimientos de salud (propiedad municipal por ley nacional) hasta aquellos de las grandes ciudades.

Entre estas últimas, el municipio de la ciudad de El Alto implementa el Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO) que financia atención primaria gratuita (médica y odontológica) en los establecimientos públicos para todos los inscritos en escuelas públicas primarias y secundarias. El municipio de la ciudad de Santa Cruz de la Sierra implementa también un seguro de salud que aspira a financiar complementariamente and SUMI y SSPAM, servicios hospitalarios y de atención primaria a la totalidad de la población del municipio. Este seguro se encuentra todavía en etapas incipientes de desarrollo y se limita a financiar casos específicos, sobre todo de nivel hospitalario. Con alguna frecuencia recurren a la compra de servicios privados cuando la capacidad de los establecimientos públicos es rebasada.

El municipio de La Paz ha construido y gestiona de manera autónoma (incluyendo los recursos humanos) dos hospitales de segundo nivel, que también ofrecen servicios de atención primaria bajo el mismo modelo de los establecimientos de gestión departamental, incluyendo los seguros públicos nacionales. Planea implementar tres hospitales más en la presente gestión.

Los Gobiernos indígena originario campesinos autónomos tienen las siguientes competencias:

1. Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la Constitución Política del Estado y la Política Nacional de Salud.
2. Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originario campesinos en el marco de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural.
3. Con respecto a la medicina tradicional

   1.1 Resguardar y registrar la propiedad y los derechos intelectuales

colectivos de la comunidad sobre los conocimientos y productos de la medicina tradicional, en sujeción a la legislación básica del nivel central del Estado.

1.2 Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional y la gestión de los recursos biológicos con estos fines.

1.3 Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional.

1.4 Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales.

1.5 Fomentar la recuperación y uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.

No existen acciones concretas de este nivel de gobierno, vigente solamente en tres pequeñas regiones del país.

Otros actores influyentes en las políticas de Atención Primaria en Salud: las organizaciones sociales y sindicales

El Movimiento Al Socialismo (MAS), partido gobernante en Bolivia desde 2006, está conformado en gran parte de su conducción política por dirigentes de organizaciones sociales y sindicales (Movimiento Al Socialismo 2006) que mantienen constante interacción con autoridades de los órganos legislativo y ejecutivo. Parte del mandato de ministros, viceministros y todos los mandos ejecutivos del estado es mantener constante coordinación con estos movimientos.

El sector de la salud no es la excepción. Como mencionaron los responsables del diseño de la actual política, los movimientos sociales fueron protagonistas de muchas de las acciones sustantivas del sistema de salud en la historia reciente. Dos ejemplos son: las asambleas pre-constituyentes, organizadas por el Ministerio de Salud en 2008, donde participaron más de 50.000 personas debatiendo y diseñando los preceptos de salud a proponerse para la nueva Constitución Política. Más del 80% de los participantes fueron representantes de organizaciones sociales y la gran mayoría de las propuestas se incorporaron al texto constitucional. El ejemplo contrapuesto es la propuesta del ministerio para el proyecto de ley del Sistema Único de Salud, mismo que fue aprobado por las nueve Asambleas Departamentales de Salud y la Asamblea Nacional de Salud con 2/3 de participación comunitaria, pero fue contestado en 2012, en su imprescindible elemento de aumentar la jornada laboral de 6 a 8 horas, por organizaciones gremiales de profesionales y trabajadores en salud y la Central Obrera Boliviana (Unión de los sindicatos obreros del país) con 50 días de huelga y movilizaciones callejeras. Ese proyecto nunca llegó a la Asamblea Legislativa pues el gobierno cedió ante la presión de esos sectores.

DIMENSIÓN 2 – FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Fuentes de financiamiento y mecanismos de asignación y transferencias de recursos entre esferas gubernamentales

El gasto en salud del sistema de salud en Bolivia era de 733,09 millones de dólares americanos (USD) en 2010, financiado por el sector público de salud en un 44 % (323.9 millones de dólares). Las fuentes de este financiamiento son principalmente los impuestos generales y el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH). Tres de los cuatro niveles de gobierno (excepto los gobiernos campesinos originarios) del país participan en el financiamiento de los servicios públicos de salud. La siguiente tabla muestra la distribución de estos recursos para el año 2008 (último dato desagregado disponible) (Dupuy 2011)

Tabla 2: Fuentes públicas de financiamiento en salud. Bolivia, 2008

Fuente de financiamiento	Recursos en $US y % sobre el gasto público en salud
Administración Central	51,644,228
	14%
Ministerio de Salud y Deportes	50,271,596
	13%
Otros de la Administración Central	7,372,633
	2%
Departamentos	138,072,658
	36%
Gobiernos Municipales	126,369,848
	33%
Instituciones Descentralizadas	7,894,322
	2%

Fuente: Estudio de cuentas nacionales en salud. Ministerio de Salud y Deportes, 2011.

Los recursos que el gobierno central confiere a los departamentos representan el 17 % de los recursos totales en salud, constituyéndose como la fuente principal del gasto departamental en salud, ya que representa el 88 % de los recursos que estos agentes administran. Este nivel es quien tiene la mayor participación dentro el del gasto del Sector Publico (42,62%), sobre todo a expensas de gastos relacionados con salarios y beneficios sociales para los recursos humanos irregulares del sistema sanitario (funcionarios). Estos recursos se transfieren desde el ministerio de salud con base en asignaciones definidas anualmente según un presupuesto histórico más incrementos calculados como crecimiento vegetativo.

Existe una concentración del gasto público en salud en la partida de servicios personales (pagos por sueldos y salarios, sobre todo desde los departamentos) con el 36% del total de sus recursos. La compra de materiales y suministros (alimentos, productos de papel e impresos, textiles y vestuario, combustible, productos químicos y farmacéuticos) representa solamente el 12% del gasto.

Los municipios, segunda fuente de financiamiento general, tienen como principal fuente de recursos a transferencias del Tesoro General del Estado ($ 24.316.586, 65 % de su financiamiento), sin embargo estas asignaciones provienen sobre todo de recursos específicos para los seguros públicos de salud (SUMI 24% y SSPAM 11%).

Los seguros públicos nacionales se financian con recursos específicos destinados por ley para este fin. Los municipios cubren los gastos del SUMI con una asignación fija del 10% de la coparticipación tributaria que perciben con base poblacional. Existe también un fondo solidario nacional para compensar a los municipios que sobrepasen su presupuesto. El pago de este seguro a los establecimientos se realiza por prestaciones, mediante una escala que se actualiza regularmente.

El seguro para adultos mayores (SSPAM) se paga a los prestadores mediante un mecanismo de capitación mediante una prima equivalente a 56 dólares por cada adulto mayor de 60 años residente e inscrito al seguro en el municipio.

Los seguros de nivel sub-nacional (SUSAT, en Tarija, SUSA en el Beni, SUSACRUZ en Santa Cruz, SESO en El Alto) se financian con una miscelánea de recursos, mayoritariamente sustentados en recursos no específicos para salud del IDH.

La participación de la cooperación internacional en el financiamiento es relativamente marginal (7.4% del total del gasto) y se concentra en el apoyo a programas específicos de control de enfermedades transmisibles y de fortalecimiento o en infraestructura y equipamiento.

Participación de los gastos en Atención Primaria en Salud en el total de los gastos públicos con salud

Al no existir la figura formal de Atención Primaria en Salud en el sistema boliviano de salud, se asume a los establecimientos de atención ambulatoria y atención preventiva como un proxy de los objetos de gasto en atención primaria.

Tabla 3: Gasto público en salud de acuerdo al proveedor de servicios. Bolivia, 2009 y 2010 (en dólares americanos)

Proveedor de Servicios	2009	2009	2010	2010
I Hospitales	170,047,375	40.97%	181,288,408	44.16%
3 Proveedores de atención ambulatoria	152,284,182	36.69%	141,306,461	34.42%
3.4 Centros de atención ambulatoria	135,614,205	32.67%	135,375,731	32.98%
3.4. a Centros de salud	74,734,506	18.01%	73,019,666	17.79%
3.4. b Puestos de Salud	16,455,919	3.96%	17,215,391	4.19%
3.4. c Otros centros de atención ambulatoria	798,781	0.19%	2,037,226	0.50%
3.5 Brigadas móviles y proveedores de atención domiciliaria	16,547,581	3.99%	1,969,173	0.48%
3.9 Otros proveedores de atención ambulatoria	122,396	0.03%	3,961,557	0.97%
4 Proveedores de servicios auxiliares	7,892,972	1.90%	9,150,837	2.23%
5 Minoristas y otros proveedores de productos médicos	2,416,659	0.58%	3,296,751	0.80%
6 Proveedores de atención preventiva	31,140,817	7.50%	32,429,230	7.90%
7 Administración general del sistema de salud	50,910,558	12.27%	42,576,352	10.37%
Total Gasto En Salud	415,058,089	100.00%	410,495,035	100.00%
APS (3 + 6)	183,425,000	44.19%	173,735,691	42.32%

Fuente: Estudio de desagregación del gasto en salud. Ministerio de salud y deportes(Dupuy 2012)

En la tabla 3 precedente se observa que el 42% del gasto público en salud se destina a establecimientos que ofrecen exclusivamente servicios de atención primaria.

Especificidades de la financiación de la Atención Primaria en Salud en los seguros sociales de enfermedad

La seguridad social de modelo Bismarckiano se financia con aportes que cada empleador realiza obligatoriamente mediante una cotización equivalente al 10% del salario bruto de cada empleado. La administración pública, el mayor empleador del país, afilia forzosamente a sus trabajadores a la Caja Nacional de Salud (que cubre al 77.3% de los asegurados); las otras instituciones, tanto públicas autónomas como privadas, están afiliadas a otras 17 aseguradoras, de tamaños y características particulares, pero que siguen el mismo modelo general. (Aroja 2005)

A título ilustrativo, la siguiente tabla muestra la distribución del gasto de la Caja Nacional de Salud en 4 departamentos. Se aprecia que la atención primaria representa solamente el 25% del total.

Tabla 4: Gasto en salud de la Caja Nacional de Salud - departamentos de La Paz, Oruro, Beni y Pando, 2010 (en dólares americanos)

Proveedor de servicios	Total	%
1 Hospitales	53,267,305	61%
2 Establecimientos de atención residencial	557,269	1%
3 Proveedores de atención ambulatoria	22,136,219	25%
6 Proveedores de atención preventiva	6,065	0%
7 Administración del sistema de salud	11,721,840	13%
Total Gasto En Salud	87,688,697	100%

Fuente: Estudio de desagregación del gasto en salud. Ministerio de salud y deportes (Dupuy 2012)

Existencia de copagos en Atención Primaria en Salud

Todas las atenciones en los servicios públicos de salud, con excepción de los grupos poblacionales cubiertos por los seguros públicos (mujeres embarazadas y menores de cinco años por el SUMI y mayores de 60 años por el SSPAM) se ofrecen a cambio de un copago del bolsillo del usuario. El aporte de los recursos públicos para estas atenciones se limita al pago de los salarios del personal y el mantenimiento o de la infraestructura y los equipos.

Dada la autonomía de gestión de los establecimientos públicos, cada centro de salud fija un tarifario para sus prestaciones con base en directrices de cada SEDES. Los costos para el paciente son muy variables; van desde menos de un dólar americano para la consulta externa en un puesto de salud hasta varias decenas por procedimientos o exámenes complementarios. Los medicamentos e insumos no reciben subvención pública alguna (aunque se compran con base en un fondo rotatorio iniciado con recursos municipales) y se venden al paciente (cuando existen en el establecimiento una Farmacia Municipal Institucional) a un precio que intenta recuperar costos y prever inversiones futuras.

Esta venta de servicios representa alrededor del 5% del total de los ingresos de los establecimientos públicos.

Puesto que no todos los establecimientos cuentan con farmacias institucionales y dado que con frecuencia éstas no tienen todos los medicamentos requeridos, es fácil suponer que una parte importante (no cuantificada) de los gastos de bolsillo para la Atención Primaria en Salud se destina a la compra de medicamentos en comercios privados. La existencia de numerosas farmacias alrededor de los hospitales y centros de salud más grandes refuerza este supuesto.

DIMENSIÓN 3 – CARACTERÍSTICAS DE LA PRESTACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN EL PAÍS

La estructura de servicios de Bolivia contempla siete tipos de establecimientos de primer nivel de atención. Las siguientes definiciones, características y listas de equipamiento son extractadas de la norma de caracterización vigente desde junio de 2013 (Ministerio de Salud y Deportes 2013).

Definicion de Puesto de Salud

Es el establecimiento de salud atendido por personal auxiliar o técnico en enfermería, desarrolla actividades con énfasis en los espacios preventivos, promocionales, con la participación activa de la comunidad y todos los actores sociales, también desarrolla actividades de atención de parto eutócico inminente con adecuación cultural, atención integral de salud de baja complejidad, constituyéndose en el referente de su ámbito de responsabilidad. Con una población aproximada de 500 a 1000.

Su infraestructura y equipamiento es básico de acuerdo a su capacidad resolutiva y depende funcionalmente del Centro de Salud de influencia, Con el cual coordina sus actividades. Por sus características se circunscriben a regiones poco accesibles y con una población determinada.

Definicion de Centro de Salud

Es el establecimiento de salud que brinda servicios y atención de salud básica, basada en la atención primaria y urgente, como la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, consulta ambulatoria medica con carácter resolutivo para estabilización y referencia, no dispone de gran tecnología. Dependiendo de sus prestaciones atiende partos eutócicos, internación de parto y posparto con adecuación cultural, internación de tránsito, atención odontológica y cuenta con laboratorio básico.

Definicion de Centro de Salud Ambulatorio

Es el establecimiento de salud, con frecuencia está ubicado en área urbana, con una población aproximada de 10.000 a 20.000 habitantes el equipo de salud proporciona: atención integral, ambulatoria e internación de tránsito a personas, familias y comunidades, con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, articulado y complementando: con la medicina tradicional (médicos tradicionales, parteras, etc.), con establecimientos de mayor capacidad resolutiva de su red funcional.

Definicion de Centro de Salud con Internacion

Es el establecimiento de Primer Nivel, con frecuencia está ubicado en área rural, con una población aproximada de 1.000 a 10.000 habitantes, el equipo de salud proporciona: atención intercultural integral, ambulatoria e internación de tránsito a personas, familias y comunidades, con pleno desarrollo de la gestión participativa y control social en salud. Sus funciones están orientadas a la promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y rehabilitación, articulado y complementado: con la medicina tradicional (médicos tradicionales, parteras, naturistas), con establecimientos de mayor capacidad resolutiva de su red funcional.

Definicion de Centro de Salud Integral

Es el establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva, ubicada en la cabecera de municipio, es el eje principal de la Red, tiene una población según la ubicación geográfica, en área Rural de 10.000 a 30.000 habitantes aproximadamente y en el área urbana de 20.000 a 50.000 habitantes aproximadamente, brinda atención integral de salud las 24 horas, presenta un equipo de salud que proporciona consulta ambulatoria médica, odontológica y atención del parto normal biomédico y con adecuación cultural para el parto ancestral , así como internación eventual, transitoria de observación no quirúrgica, con carácter resolutivo o para estabilización y referencia. Dependiendo de sus prestaciones e infraestructura cuenta con personal, gabinetes o servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento.

Establecimientos de Salud con Características Particulares

Son establecimientos considerados de primer nivel de atención, que responden a un perfil epidemiológico específico y otros criterios (acceso, capacidad resolutiva, visión de red), dirigido a fortalecer programas específicos epidemiológicos (Centros de vigilancia, información y referencia (CVIR) para VIH eITS.

Definicion de Policlinico o Policonsultorio (Seguridad Social de Corto Plazo)

Son establecimientos de salud, que brindan atención intercultural integral ambulatoria de promoción de la salud, prevención y tratamiento de las enfermedades. Consulta de medicina general, diversas especialidades médicas u odontológicas, y de otras profesiones u ocupaciones técnicas reguladas del campo de la salud. Pueden contar con gabinetes o servicios básicos complementarios de diagnóstico y tratamiento.

Tabla 5: Principales características de tipos seleccionados de centro de salud según norma nacional, Bolívia

Categorías	Centro de Salud Ambulatorio	Centro de Salud Integral
Población	Población de aproximadamente 10.000 a 20.000 habitantes	Población de 20.000 a 50.000 habitantes
Servicios Básicos	Sistema de Agua Potable o Sistema de Agua segura, Energía Eléctrica o alternativa, Saneamiento Básico	Sistema de Agua Potable o Sistema de Agua segura, Energía Eléctrica o alternativa, Saneamiento Básico
Cartera De Servicios	Promoción, Prevención, Atención de Patología Prevalente Normatizada, Patología de acuerdo a Perfil Epidemiológico, Atención de Emergencias	Promoción, Prevención, Atención médica ambulatoria e internación, Atención en medicina general, Atención en Patología Prevalente, Atención de Parto Eutócico con adecuación cultural y del recién nacido, Atención de urgencias y emergencias médicas, Atención odontológica, Atención de enfermería, Atención radiología e imagenología, Laboratorio completo.
Servicios Complementarios de Diagnóstico	No realiza	Laboratorio Completo, Imagenología
Características Internación	Sin internación	Internación para la atención del parto culturalmente adecuado y el posparto y atención del Recién Nacido. Resolución de emergencias obstétricas y neonatales básicas Resolución de Patologías No Quirúrgicas. De acuerdo a criterio médico y en cumplimiento de la norma, solo internación no quirúrgica
Tiempo de Internación	Sin internación	Hasta 72 horas (en la atención del parto y posparto)
Camas de Embarazo y Parto	NO	De acuerdo a población y demanda

Fuente: Norma Nacional de Establecimientos de Primer Nivel

La caracterización precedente (Tabla 5) es muy reciente. Por tanto, la realidad de los establecimientos es muy divergente en algunos casos y muestra una gran diversidad, en términos de tamaño, equipo de trabajo y equipamiento, de establecimientos que se catalogan en Bolivia como primer nivel de atención. La cartera y oferta de servicios es también diversa.

Un poco más de la mitad (1624/3229) (Ministerio de Salud y Deportes 2014)de los establecimientos de primer nivel son puestos de salud, cuya característica principal es contar con un enfermero(a) auxiliar, con formación de entre uno y tres años, como único recurso humano y no poseer prácticamente ningún recurso tecnológico. En general, el equipamiento está constituido por una mesa de examen, un tensiómetro, un estetoscopio, una linterna de exploración, una balanza Salter, un esterilizador, equipos de

curación y sutura y un refrigerador. De acuerdo al apoyo de su gobierno municipal o de proyectos de cooperación internacional, el puesto puede contar con un medio de transporte, con frecuencia un cuadratrack o una motocicleta (como en el caso del puesto visitado). Durante la década de 1990, muchos puestos (pero no todos) fueron dotados por proyectos de salud materno-infantil con ambientes, mobiliario y equipamiento para la atención de partos, mismos que frecuentemente no han sido mantenidos desde entonces.

La principal función de este tipo de establecimientos, de emplazamiento casi exclusivamente rural, es realizar actividades de promoción de la salud y prevención primaria, puesto que su capacidad de resolución curativa está limitada por el perfil de su personal, que a su vez condiciona el perfil de medicamentos y procedimientos que está autorizado a prescribir y dispensar. Como mencionaron varios de los entrevistados, el factor limitante más importante de la calidad de atención del sistema público de salud es la baja capacidad resolutiva clínica de los puestos. El objetivo mediato, dependiente de la disponibilidad de recursos, es entonces, la conversión de todos los puestos a centros de salud, con al menos un médico generalista a la cabeza.

En la práctica, el(la) auxiliar de enfermería de un puesto de salud divide su actividad dentro del establecimiento entre la atención de consulta externa, donde su oferta de tratamiento se limita a medicamentos básicos (considerados como de venta libre) y curaciones menores; actividades preventivas como el control prenatal, el control de crecimiento y desarrollo de niños menores de cinco años y la vacunación. Como relató la enfermera a cargo del puesto visitado, algo menos de la mitad de su tiempo se dedica a la visita a las comunidades de su área de responsabilidad. En estas salidas, la actividad se concentra en vacunación, control de crecimiento de menores y en el llenado de la Carpeta Familiar mediante visitas domiciliarias. A través del último instrumento mencionado, la enfermera puede identificar determinantes sociales de la salud que representan riesgo para los individuos y la familia; puesto que no existen guías ni protocolos específicos, la respuesta que puede ofrecer es consejería basada en su criterio y experiencia personal y eventualmente el planteamiento de problemas identificados como comunes a toda la comunidad a las autoridades locales.

Un centro de salud ambulatorio (CSA - usualmente urbano, pero también presente en comunidades pequeñas y medianas) también ofrece servicios de Promoción, Prevención y Atención clínica ambulatoria con la particularidad de estar a cargo de un médico general. Aunque su horario de apertura suele ser de seis horas diarias (existen algunos que atienden ocho o doce horas) ofrece también atención de urgencias y emergencias médicas. La atención odontológica está presente en la mayoría de estos establecimientos, pero con personal de características diversas; en el CSA del municipio de La Paz, la odontóloga era personal regular de tiempo completo pero en los establecimientos de la ciudad de El Alto estos profesionales eran contratados como personal eventual de medio tiempo por el gobierno municipal.

El equipamiento normalizado para el área de atención de este tipo de establecimiento es el siguiente:

Ambiente	Elemento
Consultorio Médico	Tensiómetro
	Negatoscopio
	Lámpara de examen cuello de ganso
	Negatoscopio
	Estetoscopio doble campana
	Linterna de exploración
	Pantoscopio
	Tensiómetro pediátrico
	Detector ultrasónico de latido fetal
	Martillo de refejos
Consultorio de Odontología	Unidad dental con lámpara de fotocurado
	Compresor dental
	Esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros
	Equipo para odontología
	Equipo instrumental de diagnóstico odontológico
	Equipo instrumental de curaciones
	Equipo instrumental de endodoncia
	Equipo instrumental para exodoncia
Enfermería Polivalente	Báscula con tallímetro
	Balanza Salter
	Báscula con infantómetro
	Tensiómetro
	Estetoscopio doble campana
	Linterna de exploración
	Lámpara de examen cuello de ganso
	Esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros
	Equipo de apoyo para enfermería
	Equipo de curación
	Equipo de sutura
	Equipo de retiro de puntos
	Equipo para ginecología
	Equipo para inserción de DIU
	Nebulizador
	Destructor de agujas
	Cocinilla de mesa
	Extintor
	Tubo de oxígeno con accesorios, juego manómetro, mascarilla y bigotera
	Ambú adulto pediátrico y neonatal

Fuente: Norma Nacional de Establecimientos de Primer Nivel

Los centros de salud de mayor complejidad, formalmente caracterizados como centros de salud integrales (CSI) funcionan de manera continua (24 horas por día) y ofrecen además atención de parto eutócico con adecuación cultural y del recién nacido, atención permanente de urgencias y emergencias médicas y servicios complementarios en radiología, ecografía y laboratorio clínico (hematología, química sanguínea, diagnóstico por microscopía directa y en algunos casos pruebas rápidas para VIH). El equipo de un CSI incluye médicos generales (usualmente 3), enfermeros, un odontólogo y técnicos en imagenología y laboratorio. Las Unidades de Nutrición Integral (UNI) del Programa Desnutrición Cero, en principio una por cada red de servicios, suelen estar emplazadas físicamente en estos establecimientos con quienes coordinarán actividades, aunque mantienen gestión independiente.

Estos establecimientos poseen, de acuerdo a norma además, los siguientes ambientes y equipos:

Ambientes	Equipamiento
Laboratorio clínico	Computadora
	Impresora
	Esterilizador eléctrico de mesa seco 30 litros
	Centrífuga
	Microscopio
	Analizador hematológico
	Refrigerador
	Balanza de dos platos
	Balanza electrónica
	Contador diferencial
	Lector para hematocrito
	Microcentrífuga
	Contador de células de ocho teclas
	Cronómetro
	Mechero Bunsen
	Horno Secador
	Agitador de pipetas
	Rotador serológico
	Pipetas automáticas de diferentes medidas
	Baño María con termómetro
	Plato caliente
	Gradilla para tubos de 13x100 mm
	Gradilla para sedimentación globular
	Reloj de intervalo
	Lámpara de tipeo
Radiología	Computadora
	Impresora
	Negatoscopio
	Equipo procesador de películas
	Equipo de Radioscopia Televisiva y Radiografía 300 miliamperios
	Unidad de control del equipo de radiología

Ambientes	Equipamiento
Radiología	Gabinete de carga y almacenamiento de placas
	Perchero para bastidores de placas
	Portachasis de pared para radiografías
	Portachasis con protección de plomo y luz
	Batas protectoras con plomo
	Tanque de lavado
	Tanque para revelado de placas
	Focos de luz oscura
	Secador de placas
	Soporte con colgadores para secado de placas
	Equipo de RX dental
	Equipo de revelado manual
Ecografía	Ecógrafo
	Computadora
	Impresora
Consultorio nutricional	Computadora
	Impresora
	Báscula con tallímetro
	Balanza Salter
	Báscula con infantómetro
	Estetoscopio pediátrico
	Estetoscopio doble campana
	Televisor
	Reproductor de DVD
	Porta TV/DVD
Sala de internación de tránsito con baño	Camas hospitalarias
Sala de pre-parto	Cama de plaza y media
	Estufa
	Ventilador de acuerdo a la región
	Detector ultrasónico de latido fetal
Sala de parto	Mesa para partos
	Mesa de atención de neonato
	Detector ultrasónico de latido fetal
	Tensiómetro
	Lámpara de examen cuello de ganso
	Equipo para parto
	Equipo de LUÍ
	Equipo de AMEU
	Equipo de LUÍ
	Humidificador

Ambientes	Equipamiento
Sala de parto	Cuna radiante
	Báscula con infantómetro
	Aspirador neonatal
	Equipo de apoyo para enfermería
	Equipo de atención al recién nacido
	Equipo de apoyo para esterilización
Sala de parto con adecuación intercultural (de acuerdo a la demanda)	Mobiliario (de acuerdo a las costumbres)

Fuente: Norma Nacional de Establecimientos de Primer Nivel, Bolivia

Históricamente, estos centros de salud fueron potenciados durante las décadas de 1990 y 2000 para convertirse en centros de atención materno infantil (nombre que aún conservan en la mayoría de los casos) por lo que su infraestructura, equipamiento y en buena parte cultura institucional se concentran en la atención de partos y neonatos (Tejerina Silva, De Paepe, Soors, Lanza, Closon, Van Dessel, & Unger 2011). Este legado de anteriores políticas sanitarias basadas en la atención primaria selectiva es aún reforzado, mencionan los equipos entrevistados, por el hecho de que prácticamente las únicas atenciones gratuitas que brindan y para las que tienen medicamentos e insumos asegurados, son las cubiertas por el SUMI.

La mencionada concentración materno-infantil persistente en la práctica cotidiana se robustece también por el hecho de que los sucedáneos de los programas de salud para la Madre y el niño (hoy llamados del continuo de la atención) y de control de enfermedades transmisibles (inmunizaciones, malaria, Chagas, etc.) ejercen todavía el único control técnico bien estructurado sobre los establecimientos. Sus protocolos de atención, sistemas de información y supervisiones estructuradas son los únicos instrumentos que el personal puede mencionar al ser interrogado sobre el tema. Como ejemplo, la norma de caracterización de establecimientos y las normas de atención clínica no eran conocidas por ninguno de los equipos de los establecimientos visitados; la razón lógica es que estos instrumentos tienen menos de un año desde su publicación pero también que puede deberse a que en ese periodo las autoridades locales no hicieron ningún esfuerzo, que los entrevistados pudiesen recordar, para su difusión.

La atención clínica en domicilio no es parte de la cartera de servicios de ninguno de los niveles de atención y por tanto no tienen un sistema organizado ni recursos asignados. Sin embargo, cuando los equipos, sobre todo en el área rural, realizan visitas domiciliarias con fines de promoción la salud o en campañas de vacunación, suelen encontrar casos de patología que, dependiendo de la voluntad y recursos del equipo, pueden tratarse en primera instancia con prescripciones sencillas o usualmente consejería.

Excepto para el diagnóstico de enfermedades transmisibles priorizadas – malaria (microscopía de gota gruesa) y VIH (pruebas rápidas) – los puestos y centros de salud y ambulatorios no ofertan servicios complementarios de diagnóstico. La excepción es la toma y preparación de muestras para el diagnóstico de tuberculosis (baciloscopía de esputo) y cáncer de cuello uterino (papanicolau), aunque la estrategia para este último caso se ha orientado recientemente hacia la identificación visual directa de lesiones con ácido acético y su tratamiento in situ.

Parte de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están orientadas por programas de control epidemiológico. Existen protocolos de detección y mensajes educativos

estandarizados orientados al control de enfermedades crónicas específicas como ser la diabetes mellitus y las enfermedades renales. Sin embargo, no existen acciones que intenten dar capacidad de resolución a los equipos de primer nivel (médicos generales y enfermeros) para el tratamiento o seguimiento de estos pacientes, que una vez identificados usualmente deben ser referidos a especialistas del segundo nivel. Dada la histórica orientación de los servicios públicos hacia la atención primaria selectiva por al menos de 30 años, la atención a madres, niños y mujeres en edad fértil (para anticoncepción), es la única bien desarrollada en instrumentos y capacitación. Servicios para la adolescencia y contra la violencia intrafamiliar se han desarrollado todavía de manera incipiente desde la implantación de la política SAFCI.

No existen instrumentos específicos para asegurar la atención de otras enfermedades crónicas degenerativas, cuidados paliativos a enfermos terminales, salud mental, discapacidad es ni rehabilitación básica.

El programa "Mi Salud"

La cooperación cubana en salud se inició en etapas tempranas de la primera gestión del actual gobierno. Un contingente (1.848 en 2008) de profesionales en salud, incluyendo médicos especialistas en Medicina General Integral, epidemiólogos y otras especialidades clínicas, se desplazó a zonas elegidas de todo Bolivia para ofrecer atención médica gratuita con niveles variables de coordinación con las estructuras del sistema sanitario regular. Paralelamente se instauró el programa "Operación Milagro" que estableció 18 centros de atención clínica y quirúrgica especializada de oftalmología (400 mil cirugías oftalmológicas realizadas hasta 2009). Una media centena de hospitales segundo nivel fueron fortalecidos con equipamiento médico. Alrededor de 5.000 jóvenes bolivianos fueron becados para estudiar medicina en la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM) de Cuba.

El programa "Mi Salud" se inició en junio de 2013, mayoritariamente con los profesionales que retornan de Cuba (150 médicos), en la ciudad de El Alto (la segunda más grande de Bolivia y una de las más pobres) y durante esa gestión se extendió a 12 municipios de los departamentos de Cochabamba, Tarija y Pando.

El programa consta de dos componentes esenciales:

1. Las brigadas móviles SAFCI, que con un equipo de médicos - 153 en 2013, en su mayoría recientemente egresados de la ELAM, pero también 11 especialistas SAFCI - y enfermeras, visitan los barrios más pobres para brindar atención médica gratuita en los domicilios y relevar datos sobre las determinantes sociales locales de la salud en el instrumento llamado Carpeta Familiar. Pueden tener un centro de operaciones en el establecimiento más cercano o en ambientes prestados por la comunidad o el municipio.
2. El fortalecimiento de establecimientos de primer nivel de atención con mejoramiento de la infraestructura, dotación de equipamiento y técnicos radiólogos y laboratoristas (44 en 2013).

A diferencia de las atenciones del sistema regular, en el programa se dispensan medicamentos y se realizan exámenes complementarios sin costo para los pacientes, incluidos aquellos no cubiertos por los seguros públicos. En 2013 'Mi Salud' registró 404.731 atenciones, de ellas, 161.373 (40%) fueron consulta externa institucional y 243.358 en domicilio.

El financiamiento (6 millones de dólares en 2013 y 19 proyectados para 2014) proviene de tres fuentes: recursos propios del ministerio de salud, la cooperación cubana y principalmente (según los responsables entrevistados) de fondos propios de los municipios (diferentes de las cuentas para SUMI y SSPAM).

En palabras de las autoridades entrevistadas, ésta es todavía una experiencia piloto que, gracias a su éxito en la gestión pasada (35.661 familias alcanzadas), pretende extenderse a todos los municipios del país (16 en 2013 y 23 planificados para 2014). Afirman que no se está creando un sistema paralelo, si no que ha tiempo de fortalecer progresivamente a establecimientos seleccionados en estrecha coordinación con la comunidad, se pretende llegar a poblaciones que estuvieron históricamente excluidas del acceso a los servicios regulares y, de esta manera, impregnar a todo el sistema de salud con los principios y valores de la política SAFCI.

Sin embargo, a decir de otros entrevistados, el programa podría estar contribuyendo a profundizar la fragmentación del sistema de servicios pues su personal tiene dependencia técnica y administrativa diferente, los equipos de gestión de las redes y los establecimientos no conocen oficialmente ni controlan su actividad y sus sistemas de abastecimiento de información son también paralelos. Se indicó que también la segmentación se estaría agravando pues se creará una nueva división poblacional entre quienes tienen acceso geográfico al programa y quiénes no.

DIMENSIÓN 4 – CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Los servicios de salud en Bolivia están organizados en tres niveles de atención:

Primer Nivel: Corresponde a las modalidades de atención cuya oferta de servicios se enmarca en la promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel de atención está conformado por: la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, consultorio médico, centro de salud (ambulatorio, con internación o integral) policlínicas y policonsultorios (en la seguridad social); constituyéndose en la puerta de entrada al sistema de atención en salud.

Segundo Nivel: Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; anestesiología, sus servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología. La unidad operativa de este nivel es el Hospital Básico.

Tercer Nivel: Corresponde a la consulta ambulatoria de especialidad; internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Las unidades operativas de este nivel son los hospitales generales e institutos y hospitales de especialidades.

Las actividades de promoción, prevención, información, comunicación y educación para la salud se realizan en todos los niveles de atención.

Como se mencionó, por norma nacional, la puerta de ingreso a la Red de Servicios debe ser el establecimiento de Primer Nivel, siendo la atención de emergencias y urgencias la excepción.

Sin embargo en realidad, existe libertad de elección de prestadores, incluyendo al nivel hospitalario, por parte de los usuarios en el sistema público de salud, también para aquellos cubiertos por los seguros públicos. Es frecuente encontrar en hospitales de segundo y, sobre todo, de tercer nivel, largas filas de espera de pacientes en busca de consulta externa con médicos especialistas; la gran mayoría sin referencia de un establecimiento de primer nivel. En efecto, no existe en los hospitales un trato preferencial para los pacientes referidos, salvo que sean trasladados en ambulancias por considerarse de urgencia.

En principio, cada establecimiento de primer nivel (y aquellos de segundo nivel que sirven como punto de primer contacto para su población vecina) tiene una población asignada con base en los habitantes de la zona geográfica de responsabilidad. Dada la libre elección mencionada, esto no tiene relevancia para la actividad realizada dentro de los establecimientos (atención curativa, vacunas, control pre natal y atención de partos) pero sí

para la visita domiciliaria. Históricamente, los establecimientos tenían poblaciones claramente asignadas para las campañas multi-programáticas (vacunación, desparasitación y suplementos de micronutrientes) (Bossert et al. 2000). Se espera, mencionan las autoridades nacionales y locales, que la obligación de aplicar la Carpeta Familiar, instrumento base para la actual concepción de la promoción de la salud, a todas las familias de la jurisdicción de los establecimientos del primer nivel de un nuevo sentido a la población de responsabilidad de cada equipo de salud. Por un lado asegurando el conocimiento de todas las viviendas de su área y por el otro, dotando al establecimiento de un registro de su población que podría servir como una manera de adscripción si se llega a implementar una puerta de entrada preferencial al sistema en el marco de un sistema único de salud.

El acceso a los servicios de atención primaria no está garantizado en Bolivia. De hecho 43% de la población sufría algún tipo de exclusión en salud en 2009 (Dupuy and Ministerio de Salud y Deportes 2012a;Tejerina Silva, De Paepe, Soors, Lanza, Closon, Van Dessel, & Unger 2011).

El acceso a los servicios de atención primaria se realiza casi exclusivamente mediante la presencia física del paciente en el establecimiento donde se atiende por orden de llegada, con la excepción de la posibilidad de pedir por teléfono el auxilio de una ambulancia para las urgencias, servicio disponible solamente en las grandes ciudades y en algunos hospitales rurales. No existe ningún sistema de programación de citas médicas. Cuando se prescribe una interconsulta de especialidad, un procedimiento o examen complementario, éste puede ser programado (es el caso en las cajas de seguridad social) o no, de acuerdo a la organización interna de cada establecimiento. No se monitorea ni definen estándares de tiempo máximo de espera. Por tanto, es muy frecuente observar largas filas de espera, a veces desde la madrugada en los establecimientos de mayor complejidad.

El horario de atención de consulta externa, en general de lunes a viernes, empieza a las 8:00 horas y se extiende por 6, 8 o 12 horas de acuerdo al tipo de establecimiento y las definiciones internas de cada red. Por tanto, se extiende un número limitado de fichas de atención que se agotan en las primeras horas del día en los centros de alta demanda. Esto es especialmente cierto en días de concentración de poblaciones (ferias rurales). También por decisión local, muchos establecimientos rurales (como los visitados) adecúan sus días de atención a estos eventos de la comunidad.

Todos los establecimientos de primer y segundo nivel de la red pública pertenecen, por ley, a los municipios. Existen servicios privados sin fines de lucro (ONGs) que se integran mediante convenio a la organización de sus respectivas redes de servicios, usualmente para servicios priorizados específicos (salud materno infantil y anticoncepción); en estos casos, cada institución define sus horarios, costos y modalidades de atención.

Tipo de prestador

Tabla 6: Establecimientos de primer nivel de atención según subsector. Bolivia, 2012

Subsector	Centro Salud	Puesto de Salud	Total	%
FF.AA. de la Nación	6	0	6	0.2%
Iglesia	74	3	77	2.4%
Organismos Privados	73	1	74	2.3%
Organismos no Gubernamentales	113	10	123	3.8%

Tabla 6: Establecimientos de primer nivel de atención según subsector. Bolivia, 2012				
Subsector	Centro Salud	Puesto de Salud	Total	%
Policía Nacional	3	1	4	0.1%
Público	1264	1582	2846	86.9%
Seguridad Social (CAJAS)	138	7	145	4.4%
Total	1671	1604	3275	100.0%

Fuente: Sistema nacional de información en salud. Bolivia, 2012

Tabla 7: Número y porcentaje de consultas externas según subsector. Bolivia, 2012		
Subsector	Número	%
Fuerzas armadas	3,023	0.1
Iglesia católica	227,012	5.6
Organismos privados con fines de lucro	81,050	2.0
Publico	2,995,799	73.7
Seguridad social	500,825	12.3
Organismos no gubernamentales	254,942	6.3
Total	4,062,651	100.0

Fuente: Sistema nacional de información en salud, Bolivia, 2012

Las tablas 6 y 7 precedentes muestran que el principal proveedor de servicios de Atención Primaria en Salud es el sistema público, seguido por la seguridad social mientras que solamente el 3.8% de los establecimientos de primer nivel que brindan el 6% de la consulta son privados sin fines de lucro (los Organismos privados con fines de lucro están severamente sub-representados en la estadística pues la mayoría no informa de su actividad).

La experiencia de PROSALUD

PROSALUD es la organización no gubernamental en salud más grande de Bolivia, está especializada en la provisión de servicios integrales de salud a poblaciones urbanas de medianos recursos. Fue creada en 1985 con el auspicio de USAID en el marco del programa nacional de Reforma del Sector Salud que favorecía abiertamente la participación privada en la provisión y financiamiento de los servicios de salud. La infraestructura de la mayoría de sus establecimientos fue cedida gratuitamente por los municipios respectivos.

En 2012 PROSALUD tenía 22 centros de salud de primer nivel y 5 hospitales y empleaba 580 personas para brindar servicios a medio millón de bolivianos en siete ciudades.

Algunos estudios (Richardson et al. 1992;Tejerina Silva 2001) sugirieron que la calidad técnica de la Atención era mejor en PROSALUD que en los establecimientos públicos mientras que sus costos por episodios de enfermedad eran menores.

La oferta de servicios de PROSALUD incluye exámenes complementarios y medicamentos en todos sus establecimientos.

Su modelo de financiamiento descansa sobre la venta de servicios con base en el pago por servicio

mediante pagos de bolsillo, con la excepción de la vacunación y el tratamiento de tuberculosis, actividades para las que recibe insumos de los programas nacionales. Su personal incluye médicos generales y enfermeras, asalariados de tiempo completo y médicos especialistas de tiempo parcial que se pagan por servicios realizados.

Parte de su modelo de gestión es la orientación explícita a la satisfacción del cliente. Una persona, llamada Asistente Promocional tiene como única labor la visita domiciliaria para promocionar los servicios. Los criterios de calidad de servicios que PROSALUD mantiene son la integralidad (enfoque Bio-psico-social de la atención centrada en el paciente y provisión de servicios promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación en el mismo sitio y por el mismo equipo) y la continuidad (establecimientos de atención permanente). PROSALUD utilizó estos conceptos cuando el sistema público tenía orientación casi exclusiva hacia programas materno-infantiles y de control de enfermedades.

Aunque parte del objetivo de USAID era demostrar que cuando la calidad de los servicios es adecuada, las clases medias pueden financiarlos enteramente, PROSALUD nunca logró el autofinanciamiento con su modelo original. Sin embargo, su recuperación de costos se incrementó sostenidamente hasta alcanzar el 89% (con 400.000 consultas por año) en 2011, cuando la subvención de USAID terminó. Una simple regresión lineal dice que con 550.000 consultas el equilibrio financiero se hubiese alcanzado.

Actualmente la red de servicios de esta ONG se encuentra en decrecimiento (la infraestructura de 14 establecimientos debió ser devuelta a los municipios desde 2010). Sin embargo, su experiencia demostró que es posible ofrecer servicios integrales de Atención Primaria en Salud de buena calidad a bajos costos (no necesariamente financiados por el bolsillo del paciente).

DIMENSIÓN 5 – DESIGUALDADES REGIONALES Y SOCIALES EN EL ACCESO A ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD / EXCLUSIÓN EN SALUD

En 2009 el 56,6% de la población que tuvo necesidad percibida de servicios de salud accedió a una atención institucional (proporcionada por un médico o una enfermera / auxiliar), mientras que el resto (43,4%) se encontró excluido, sea por ser atendido por personal no institucional (28% de las personas con necesidad en salud) o por autoexclusión en el 15,4% de los casos reportados de enfermedad.

De manera general, las poblaciones del área rural, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetos, no asalariados, con empleo informal y pobres extremos son las categorías de personas que tienen las mayores probabilidades de ser excluidas de los servicios de salud cuando los necesitaron (Dupuy and Ministerio de Salud y Deportes 2011).

Tabla 8: Resumen de exclusión en el acceso a servicios institucionales según grupos de población

Criterio	Grupos más excluidos y % de excluidos según cada criterio
Criterios geográficos	Población del área rural (51%) Población de los Departamentos de La Paz (45,7%) y Oruro (52,7%)
Criterios de edad	Personas de 10 a 59 años (51,9%)
Criterios culturales y de pertenencia indígena	Pueblos indígenas originarios en general (51,5%), Aymaras (40,3%), idioma nativa principal (42,6%), monolingües idioma nativo (45,8%), extranjeros (43,8%)
Criterios de educación	Analfabetos (48,6%), Personas sin educación formal (49,7%)
Criterios de actividad laboral	Población activa ocupada (51,4%), trabajadores informales (47,2%), no asalariados (47,9%), sin contrato (48,7%), trabajadores industriales (42%, agropecuarios (46%) y no calificados (48,5%), sectores primario (47,5%) y secundario (46,6%)
Criterios económicos (ingresos)	Pobres extremos (48,6%), quintil de ingreso 1 (46%)
Criterios de cobertura del sistema de salud	Personas sin seguro de salud (46,8%), persona elegible que no recibió el Bono Juana Azurduy (59,5%)

Fuente: Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Bolivia 2012 (Dupuy and Ministerio de Salud y Deportes 2012c)

Existen también marcadas diferencias en la oferta de servicios de Atención Primaria en Salud. Las tablas siguientes muestran las diferencias en establecimientos de salud y médicos por habitante entre los nueve departamentos.

Tabla 9: Número y distribución poblacional de establecimientos del primer nivel. Bolivia, 2012

Departamento	Población	Centro Salud	Puesto de Salud	Total de establecimientos	Establecimientos por 10.000 habitantes
Beni	452,971	112	95	207	4.57
Chuquisaca	660,813	209	174	383	5.80
Cochabamba	1,899,406	265	219	484	2.55

Tabla 9: Número y distribución poblacional de establecimientos del primer nivel. Bolivia, 2012					
Departamento	Población	Centro Salud	Puesto de Salud	Total de establecimientos	Establecimientos por 10.000 habitantes
La Paz	2,881,532	368	303	671	2.33
Oruro	454,462	95	108	203	4.47
Pando	84,024	31	47	78	9.28
Potosi	793,870	199	334	533	6.71
Santa Cruz	2,862,811	275	220	495	1.73
Tarija	534,687	117	104	221	4.13
Total	**10,624,575**	**1,671**	**1,604**	**3,275**	**3.08**

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud y el Instituto Nacional de Estadística

Tabla 10: Distribución poblacional de médicos por 10.000 habitantes según departamentos y subsectores. Bolivia, 2011			
Departamento	Subsector Público	Subsector Seguridad Social	Ambos Subsectores
Beni	15.7	13.7	15.2
Chuquisaca	9.8	9.7	9.8
Cochabamba	4.6	8.2	5.6
La Paz	5.7	10.1	7.5
Oruro	10.9	6.0	8.1
Pando	14.3	17.6	15.0
Potosí	6.3	7.7	6.8
Santa Cruz	4.7	14.6	4.8
Tarija	10.7	13.0	11.3
Total	**6.5**	**10.3**	**7.2**

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud y el Instituto Nacional de Seguridad Social

Los departamentos de población más pequeña y más dispersa (Beni, Pando y Tarija) tienen las mayores concentraciones de establecimientos y médicos, al contrario de los departamentos que albergan las grandes ciudades (La Paz, Santa Cruz y Cochabamba). Esto muestra una distribución de la oferta que puede considerarse equitativa (equitativamente baja), lo que se corrobora en el índice de consultas nuevas por habitante de la siguiente tabla. Resaltan las altas tasas de Chuquisaca y Tarija, explicada en el último caso por la existencia de un seguro de cobertura universal.

Tabla 11: Consultas nuevas por habitante. Bolivia, 2012			
Departamento	Población	Consultas Nuevas	Consultas por Habitante
Beni	452,971	627,605	1.39
Chuquisaca	660,813	1,352,346	2.05
Cochabamba	1,899,406	2,065,023	1.09

Tabla 11: Consultas nuevas por habitante. Bolivia, 2012			
Departamento	Población	Consultas Nuevas	Consultas por Habitante
La Paz	2,881,532	3,096,644	1.07
Oruro	454,462	759,797	1.67
Pando	84,024	154,000	1.83
Potosi	793,870	1,150,057	1.45
Santa Cruz	2,862,811	3,208,561	1.12
Tarija	534,687	1,130,010	2.11
Total	**10,624,575**	**13,544,043**	**1.27**

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud

Sin embargo, la exclusión todavía muestra diferencias en desmedro de los departamentos altiplánicos (La Paz, Oruro y Potosí). El hábitat en área rural, que concentra las poblaciones indígenas, las más pobres y las más dispersas(Lanza 2013;Perry & Gesler 2000), es definitivamente el factor más importante para la falta de acceso a servicios de salud.

Tabla 12: Exclusión y acceso a servicios de salud según criterios geográficos, Bolivia, 2009			
Área	Exclusión Total	Atención por Médico	Atención de parto no institucional
Rural	49,0%	36,5%	34,1%
Urbana	39,8%	58,2%	6,4%
Departamento			
Beni	30,9%	67,7%	5,7%
Chuquisaca	41,9%	40,4%	28,4%
Cochabamba	34,8%	62,2%	3,1%
La Paz	54,3%	41,2%	29,7%
Oruro	47,3%	42,7%	21,8%
Pando	28,8%	71,2%	0,0%
Potosí	41,0%	34,4%	36,3%
Santa Cruz	42,1%	53,5%	4,7%
Tarija	31,9%	62,7%	5,7%
Total Bolivia	**43,4%**	**49,8%**	**16,3%**

Fuente: Caracterización de la exclusión social en salud en Bolivia

Más allá del acceso a servicios, parece claro que los determinantes sociales y económicos son los factores más importantes para determinar el estado de salud de la población.(Lanza 2013) La tabla siguiente muestra, en tres de los determinantes más importantes, su directa relación con la tasa de mortalidad infantil. Aunque Chuquisaca y Potosí, por ejemplo, no muestran peor acceso a servicios que los otros departamentos, tienen (además de Oruro) los peores indicadores sociales y económicos y, en consecuencia, las tasas de mortalidad más alta.

Tabla 13: Determinantes sociales de la salud seleccionados y mortalidad infantil. Bolivia, 2008				
Departamento	Incidencia Pobreza Absoluta	% Población Sin Acceso a Agua Segura	Tasa de Analfabetismo En Mujeres > 15 Años	Tasa de Mortalidad Infantil
Beni	41,00	64,90	11,70	33
Chuquisaca	61,50	46,10	34,80	67
Cochabamba	39,00	46,10	21,20	61
La Paz	42,40	34,50	17,60	52
Oruro	46.3	42,50	17,30	88
Pando	34,70	61,40	13,80	33
Potosí	66,70	56,00	40,00	72
Santa Cruz	25,10	22,30	10,30	39
Tarija	32,80	24,50	20,10	29
Bolivia	40,40	37,70	19,40	54

Fuente: Elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud y el Instituto Nacional de Estadística

DIMENSIÓN 6 – COORDINACIÓN DE LOS CUIDADOS E INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA RED DE SERVICIOS

El Sistema Nacional de Salud se organiza en redes que intentan integrar a diferentes actores institucionales y comunitarios, los niveles de atención y los escalones de complejidad. Se reconocen dos tipos de Redes de Salud (Ministerio de Salud y Deportes 2008a;Tejerina Silva, De Paepe, Soors, Lanza, Closon, Van Dessel, & Unger 2011):

El primer tipo está representado por la Red Municipal de Salud. Esta figura, instituida en el modelo de gestión de la política SAFCI, establece que todos los establecimientos de salud de un municipio (públicos, de la seguridad social y privados) y todas las otras personas e instituciones con algún tipo de responsabilidad en salud, incluyendo la acción sobre sus determinantes sociales. Asumiendo que en el enfoque de la salud vigente, la Promoción es la estrategia central, estas redes deben coordinar el trabajo permanente de intersectorialidad (con los sectores de educación, vivienda, medio ambiente, producción, justicia, etc.). Asumen el principio de que las "redes son redes de personas" y no elementos internos del sistema y por tanto deben respetar la heterogeneidad de las organizaciones locales sin relaciones jerárquicas, buscando establecer una "democracia sanitaria". Se establece, sin embargo, la necesaria participación la coordinación de la red de servicios, del Directorio Local de Salud (DILOS) como máxima autoridad municipal en salud y de la estructura social comunitaria: Consejo Municipal de Salud, Comités Locales de Salud y Autoridades Locales de Salud.

Puesto que la estructura de este tipo de red es muy poco formalizada, es difícil cuantificar su grado de funcionamiento. Asumiendo la existencia de estructuras sociales comunitarias funcionantes como indicador, las autoridades concernidas consideran que existen redes municipales operando de forma estructurada en aproximadamente la mitad de los municipios rurales y solo de manera muy incipiente en algunas ciudades pequeñas.

El segundo tipo de red: La Red funcional de servicios de Salud que está conformada por varios establecimientos de primer nivel y por un establecimiento de referencia de mayor complejidad, usualmente un hospital de segundo nivel. El responsable operativo de la red, es el Coordinador de Red que cuenta con un equipo conformado por un técnico en estadística, un responsable de salud pública y epidemiología, un conductor del vehículo y con frecuencia un administrador. La Red Departamental de Salud está conformada por las redes funcionales del departamento y por los establecimientos de tercer nivel, ubicados en las ciudades capitales. Es responsable de su organización el Director Técnico del SEDES.

En principio, estas redes deben obedecer a una lógica de mejor acceso para la población y para las referencias y contra referencias entre niveles de complejidad y no necesariamente respetar los límites administrativos (municipios). Esta organización fue propuesta por el ministerio de salud en 2011 y forma parte de

sus objetivos de gestión, pero no es compulsoria (la autoridad departamental de salud, responsable de su implementación, es autónoma). En la práctica las redes actualmente constituidas son en la gran mayoría del país todavía de base municipal, básicamente por el hecho de que el financiamiento es de gestión municipal, tanto a través de los seguros públicos (la más importante fuente de recursos para los establecimientos) como para los gastos de mantenimiento y renovación de infraestructura y equipamiento. Los equipos de gestión de red tienen como una de sus principales funciones la negociación de esos recursos. Los establecimientos de la seguridad social (cajas de salud) se integran a la red solamente para la referencia de casos cubiertos por el SUMI. Los establecimientos de la iglesia católica, los privados (con o sin fines de lucro) y los de medicina tradicional, pueden formar parte de las redes de Salud según convenios específicos.

La norma nacional (Ministerio de Salud y Deportes. 2013) define al Sistema de Referencia y Contrareferencia como el conjunto de mecanismos mediante los cuales se articulan y complementan los establecimientos de la red de Salud, que incluye los diferentes subsectores, la medicina tradicional y comunidad, con el propósito de brindar atención médica oportuna, continua, integral y de calidad, garantizando el acceso al establecimiento de salud de mayor capacidad resolutiva en caso que el usuario requiera tratamiento, o para que se le realice exámenes complementarios de diagnóstico o atención en estado crítico (urgencia o emergencia), una vez resuelto el problema de salud del usuario garantiza que este sea contrareferido a su establecimiento de origen para su seguimiento y control posterior. Identifica y caracteriza los sistemas de Comunicación, las Isocronas (representación gráfica de desplazamientos dentro de la Red que incluye mapas, distancias y tiempos), los medios de Transporte y el Equipamiento que cada componente de la red debe tener para implementar el sistema. Define que la gestión, el control y la evaluación del sistema deben estar a cargo de un Comité de Referencia y Contrareferencia encabezado por el Coordinador de la Red en representación del SEDES.

Al ser esta norma de muy reciente aprobación, todavía su aplicación se encuentra en etapas iniciales. En la práctica, la existencia y adecuación de los instrumentos es muy variable entre las redes y depende del desarrollo histórico de la misma. La referencia desde actores comunitarios (responsables populares de salud, parteras o médicos tradicionales, etc.) suele realizarse de manera poco formal y sin instrumentos escritos. El equipo del establecimiento de primer nivel suele conocer de manera empírica el recurso de mayor complejidad donde puede resolverse el problema de salud que excede su capacidad y sugiere a su paciente que se traslade hasta ese establecimiento otorgándole una nota de referencia que puede o no estar escrita en un formulario específico. Si el paciente decide seguir la recomendación, debe acceder al establecimiento más complejo de la misma manera en que lo hace la consulta espontánea. El equipo que refiere el caso usualmente no conoce a ciencia cierta si el establecimiento receptor tendrá los recursos para resolver el problema, los horarios de atención ni los costos para el paciente.

La excepción es para las urgencias, cuando se procura desde el establecimiento un medio de transporte y se acompaña al paciente. Cada municipio cuenta con al menos 2 ambulancias dotadas por el ministerio (con cooperación española) entre

2008 y 2010. Éstas, junto a las previamente existentes, se encuentran usualmente emplazadas en los hospitales. El equipo de Atención Primaria en Salud puede solicitar al hospital o centro de salud de mayor complejidad, por vía telefónica o por radio, la asistencia de una ambulancia, describiendo el caso, para el traslado de un paciente. El médico responsable de este último es quien decide la aceptación de la referencia de acuerdo a su capacidad de resolución.

Los equipos entrevistados relataron varios casos en que el hospital más cercano, al que se intentó la referencia, no tenía los recursos para recibirla - todas las incubadoras ocupadas para un neonato prematuro o el tomógrafo en mal estado en el caso de un traumatismo craneoencefálico. Comentaron también que los usuarios suelen quejarse de que sus problemas no fueron resueltos en el establecimiento al que fueron referidos. En estos casos, el paciente debe deambular entre varios establecimientos hasta encontrar el servicio que necesitan o, simplemente, claudicar en su búsqueda.

A pesar de la existencia de la norma vigente respectiva (y de otras más antiguas), la contrareferencia formal sigue siendo, según refieren los entrevistados, una excepción en el sistema, sobre todo para la atención de medicina especializada. El caso más frecuente es que el médico especialista que recibe la referencia decide tratar personalmente el caso hasta su resolución. Este fenómeno es debido a la percepción que suelen tener los equipos hospitalarios de la pobre capacidad técnica del primer nivel de atención y a la escasa o nula comunicación entre niveles. Los mencionados comités de referencia y contrareferencia serán los encargados de monitorear las tasas de derivación y su calidad cuando entren en funcionamiento.

La percepción generalizada entre autoridades y equipos asistenciales de primer nivel es que los servicios de consulta externa de los hospitales se encuentran saturados de casos de baja complejidad, pero no existe un registro y estudios que demuestren este hecho.

En efecto, no existe un sistema de regulación asistencial formalmente organizada ni de priorización de casos. Estos mecanismos dependen solamente del criterio de los supervisores técnicos de la red.

En 2013 se aprobaron las “Normas Nacionales de Atención Clínica” que intentan ser guías para la atención de la patología prevalente (y no protocolos estandarizados de aplicación compulsoria). Este documento normativo todavía no se ha difundido en los niveles operativos. Por tanto, con excepción de los casos priorizados por programas nacionales (atención materno infantil y control de enfermedades transmisibles), no existen estrategias formales de gestión clínica. Por ejemplo, los pacientes con patología crónica deben seguir los mismos circuitos que los casos agudos y la continuidad de su atención depende del criterio del médico tratante.

Todos los establecimientos públicos manejan instrumentos de información estandarizados. La historia clínica es utilizada en los establecimientos medicalizados; los puestos de salud a cargo de un enfermero auxiliar usan un cuaderno de consultas. La historia clínica se archiva en cada establecimiento, idealmente dentro la Carpeta Familiar instrumento de reciente creación que todavía se aplica solamente en parte del país. En 2012 el sistema nacional de información

en salud (SNIS) inició la implementación piloto del software de atención primaria (SOAP) que intenta ser un instrumento electrónico integrador de las atenciones de recepción, enfermería, consulta médica y exámenes complementarios e incluye un formato estandarizado de la historia clínica. Este paquete se encuentra funcionando en aproximadamente el 20% de los establecimientos de primer nivel y todavía no es posible compartir su información en red electrónica.

DIMENSIÓN 7 – FUERZA DE TRABAJO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El equipo de trabajo de más de la mitad de los establecimientos públicos de primer nivel (puestos de salud) se limita a un auxiliar de enfermería – con formación de uno a 3 años en una escuela técnica. La Composición normalizada de los equipos de Atención Primaria en Salud de los centros de salud se muestra en la tabla 14.

Tabla 14: Recursos humanos en tipos seleccionados de centro de salud según norma nacional

Recurso Humano	Centro de Salud Ambulatorio	Centro de Salud Integral
Profesionales	Médico(s), Odontólogo, en Enfermería, Lic. En Trabajo Social	Médicos Generales y/o especialistas, Lic. Enfermería, Odontólogo, Bioquímico y Farmacéutico, Trabajadora Social
Técnicos	Auxiliar de Enfermería. Técnico en farmacia	Auxiliar de Enfermería. Técnico en Rayos X e imagenología
Administrativos	Auxiliar Administrativo y trabajador polivalente -portero	Estadística / admisión, Personal polivalente, Cocinera-Lavandera y chofer

Sin embargo, en la práctica encontramos equipos de composición muy diversa, desde centros ambulatorios que funcionan solamente con un médico general y una enfermera auxiliar hasta centros integrales (materno infantiles) que cuentan con varios especialistas, sobre todo ginecólogos y pediatras, y ampulosos equipos administrativos y de servicios.

El inventario de recursos humanos (Ministerio de Salud y Deportes 2011) que se muestra a continuación en la Tabla 15 se incrementa anualmente con nuevas asignaciones presupuestarias desde el ministerio de salud y sobre todo con contrataciones de los gobiernos municipales mediante la figura de consultoría eventual. El tratamiento contractual de esta última categoría de personal es muy variable pero siempre más precario que el de los recursos regulares, por tanto su estabilidad es pobre.

Tabla 15: Personal de salud según categoría de cargo en establecimientos públicos de primer nivel. Bolivia, 2011

Categoria de Cargo	Carga Horaria		
	Medio Tiempo	Tiempo Completo	Total
Auxiliar en Enfermeria	59	3809	3868
Lic. en Enfermeria	16	805	821
Medico Especialista	132	418	550
Medico General	216	1136	1352
Odontologo	255	625	880
Otro Auxiliar en Salud	2	107	109
Otro Profesional en Salud	30	300	330
Personal Administrativo	106	1390	1496
Personal de Servicio	27	1035	1062
Tecnico En Salud	3	354	357
Total General	**846**	**9979**	**10825**

Fuente: Censo nacional de recursos humanos en salud, Bolivia, 2011

Con excepción de la caja nacional de salud, que forma sus propios médicos especialistas en medicina familiar, la Atención Primaria en Salud está a cargo de médicos generales que se forman en cinco años de estudio en universidades públicas y privadas más un año de internado que se cursa en hospitales urbanos de segundo y tercer nivel (diez meses) y un establecimiento rural de primer o segundo nivel (dos meses).

En 2009, 28 Universidades ofertaban carreras en Ciencias de la Salud (Medicina, Odontología, Enfermería, Bioquímica-Farmacia, Nutrición y Fisioterapia) a nivel de pre-grado, 56.0% privadas.

Puesto que la experiencia educativa de estos profesionales se concentra casi exclusivamente en la práctica hospitalaria, sus capacidades en Atención Primaria en Salud al egreso suelen ser muy limitadas. Una estrategia para paliar esta deficiencia es la obligatoriedad de realizar tres meses de servicio rural obligatorio antes de recibir el título que habilitan su ejercicio.

El personal del sistema público de salud recibe un salario mensual estandarizado a nivel nacional. Los departamentos y los municipios también contratan personal sanitario con sus propios recursos. Con la excepción de algunos médicos especialistas contratados por unos pocos gobiernos municipales, que se remuneran parcialmente al acto (figura denominada contrato de riesgo compartido), los niveles sub nacionales también pagan su personal mediante salarios fijos, con la diferencia de que se contratan como consultores eventuales (por un año o menos) para evitar el pago de beneficios sociales y usualmente con honorarios inferiores al salario regular.

Como una forma de incentivar la permanencia de médicos y enfermeras en zonas de difícil acceso, los profesionales que trabajan en municipios fronterizos reciben una asignación extra equivalente al 20% de su salario base.

La formación de posgrado en residencias médicas clínicas y quirúrgicas está regulada por comités departamentales (Comité Regional de Integración Docente Asistencial e Investigación) formados por la universidad pública, la autoridad departamental de salud y el colegio médico. La oferta de formación se basa en la capacidad de los centros formadores y no necesariamente en la necesidad de profesionales. Esto es especialmente cierto para la Atención Primaria en Salud; solamente la Caja Nacional de Salud ofrece la especialidad de Medicina Familiar y la decena anual de egresados es rápidamente contratada por la misma institución.

Ante este hecho, el ministerio de salud mediante convenio con el ministerio de educación y culturas estableció en 2007 la **Residencia Medica en Salud Familiar Comunitaria Intercultural (RM SAFCI)** con la particularidad de que la formación de los especialistas se lleva a cabo en tres años de permanencia casi exclusiva en comunidades rurales con cortos periodos de rotación por hospitales rurales. Su formación está pensada para basarse en el contacto con la población más marginada del país y en íntima relación con las culturas originarias y etnias de Bolivia. En palabras de las autoridades responsables, estos especialistas deben funcionar como agentes de cambio social basado en

la identificación y acción para impactar las determinantes sociales de la salud de las poblaciones más deprimidas y no están pensados para funcionar como clásicos médicos asistenciales.

Parece incierto, por tanto, que el sistema de servicios de Atención Primaria en Salud vaya a poder basar su oferta en estos profesionales en el futuro inmediato. Hasta el año 2012 se habían graduado 350 especialistas, muchos de los cuales se encuentran ejerciendo funciones de coordinación de red o se han integrado al programa Mi Salud.

DIMENSIÓN 8 – PARTICIPACIÓN SOCIAL Y ACTIVIDADES INTERSECTORIALES

Actividades intersectoriales

El paradigma que sustenta la política de desarrollo social de Bolivia es el "vivir bien" que puede interpretarse como una definición amplia y holística de la salud. Desde este punto de vista, sustentado por las autoridades entrevistadas, todo el accionar de la política pública puede interpretarse como acción intersectorial por la salud. Acciones como la reducción de la pobreza de 63% en 2004 a 49,7% en 2011, la pobreza extrema de 34,5 a 27,2% y el desempleo abierto de 8,7 a 4% en el mismo periodo y el descenso del analfabetismo de 13% en 2001 a 5% en 2010 son impactos sobre determinantes sociales de salud.

Por otra parte, la política SAFCI plantea como su eje principal la promoción de la salud mediante el impacto de sus determinantes sociales en el nivel local. La carpeta familiar es el instrumento por el cual el sistema de salud debe identificar determinantes negativos y la comunidad y gobiernos locales son los ámbitos con quienes debe actuar para impactarlos. No existe un registro de acciones concretas en este ámbito.

En el nivel nacional existe un ejemplo de acciones intersectoriales concretas. Es el programa Desnutrición Cero

El Programa Multisectorial Desnutrición Cero

En 2007, el Gobierno de Bolivia comenzó la implementación del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, con el objetivo de erradicar la desnutrición crónica. La conducción de este programa está a cargo del Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). El CONAN es una instancia multisectorial que trabaja con el objetivo de impulsar y coordinar la participación entre las instituciones del sector público, privado y la sociedad civil para la formulación, difusión y seguimiento de las Políticas Sectoriales de Alimentación y Nutrición; promoviendo la implementación de la Política Nacional de Soberanía y Seguridad Alimentaria Nutricional.

El diseño del Programa se basa en corregir las determinantes sociales y económicas desde diferentes sectores como educación, salud, desarrollo rural, economía plural, agua y medio ambiente. El enfoque intersectorial del CONAN basa sus acciones en el trabajo coordinado con 11 ministerios, los gobiernos departamentales, municipales y la sociedad civil (Lanza 2013; Perry & Gesler 2000; Programa Desnutrición Cero - Bolivia 2012).

Las comisiones multisectoriales que el CONAN coordina son:

1. Programa Multisectorial Desnutrición Cero
2. Subsidio de maternidad y lactancia
3. Fortificación de Alimentos
4. Alimentación Escolar (Ley de Alimentación Complementaria Escolar)
5. Política de Soberanía y Seguridad Alimentaria y nutricional

Los resultados propuestos son:

1. Fortalecer la participación comunitaria, mediante las redes sociales y actores sociales, en la promoción de hábitos y prácticas nutricionales de mujeres, recién nacidos y niños/niñas menores de 5 años, con interculturalidad.
2. Disminuir en la población objetivo las deficiencias nutricionales de micronutrientes, aplicando estrategias de suplementación, fortificación y alimentos complementarios.
3. Fortalecer la capacidad de gestión a nivel nacional, departamental y de las redes de salud en cuanto a la atención integral, nutricional y enfermedades prevalentes de mujeres, recién nacidos y niños/niñas menores de 5 años.
4. Fortalecer la capacidad de vigilancia nutricional a nivel nacional, departamental, de redes de salud y de la comunidad.

Los ministerios participantes y algunas de las principales acciones del **Programa Multisectorial Desnutrición Cero** son:

Ministerio de Educación y culturas	Alfabetización
	Diseño curricular
	Alimentación Complementaria Escolar
Ministerio de Hacienda	Financiamiento
Ministerio de Agua	Agua Potable
	Saneamiento
	Micro Riego
Ministerio de Producción y Microempresa	Empresas productivas y de distribución de alimentos
Ministerio de Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente	Seguridad alimentaria
Ministerio de Agricultura Familiar	Emprendimientos Comunitarios Agricultura Peri-urbana
Ministerio de Salud y Deportes	Lactancia Materna
	Alimentación Complementaria
	Suplementación con Micronutrientes
	NUTRIBEBE
	AIEPI NUT
	UNI's
	Fortificación de Alimentos
Ministerio de Trabajo	
Ministerio de Obras Públicas, Servicios y Vivienda	
Ministerio de Planificación del Desarrollo	
Ministerio de la Presidencia	Coordinación Intersectorial a nivel Nacional Departamental Municipal
Ministerio de Justicia	Centros PAN
	Desarrollo Integral Infantil
	Defensorías de la Niñez

Participación Social en Atención Primaria en Salud

El Modelo de Gestión Participativa y Control Social en Salud está conformado por la estructura social y los espacios de deliberación conjunta con la estructura institucional. Las instancias de estas estructuras son:

1. **Autoridad Local de Salud.** Es el representante legítimo de la comunidad o barrio (con o sin establecimiento de salud) ante el sistema de salud; encargada de realizar la planificación junto al equipo de salud, de informar a la comunidad o barrio sobre la administración del servicio de salud y de realizar seguimiento y control de las acciones en salud que se hacen en la comunidad o barrio. No es un cargo voluntario, es una de las autoridades de la comunidad.
2. **Comité Local de Salud.** Es la representación orgánica de las comunidades o barrios pertenecientes territorialmente a un área o sector de salud ante el sistema de salud (puesto o centro de salud), organizada en un directorio responsable de implementar la Gestión Participativa y el control social para impulsar la participación de la comunidad o barrio en la toma de decisiones sobre las acciones de salud.
3. **Consejo Social Municipal de Salud.** Es la representación orgánica del conjunto de Comités Locales de Salud y de otras organizaciones sociales representativas de un municipio, organizada en una directiva, que interactúa con los integrantes del Directorio Local de Salud (DILOS), garantizando la Gestión Participativa y de Control Social de Salud, constituyéndose en el nexo articulador entre la estructura social local en salud (Autoridades y Comités Locales de Salud) y el nivel de gestión municipal en salud (DILOS)
4. **Consejo Social Departamental de Salud.** El Consejo Social Departamental de Salud es la representación orgánica de los Consejos Sociales Municipales de Salud existentes en un departamento ante el sistema de salud, organizado en un directorio encargado de articular las necesidades y propuestas del nivel municipal con la política departamental de desarrollo; además de realizar control social a la implementación de dicha política en cuanto a salud y a las acciones desarrolladas por el Servicio Departamental de Salud.
5. **Consejo Social Nacional de Salud.** Es la representación orgánica del conjunto de Consejos Sociales Departamentales de Salud y de las organizaciones sociales representativas del país, articulador de las necesidades y propuestas en salud de los departamentos ante el Ministerio de Salud y Deportes; además de ser encargado de realizar el control social de las acciones que esta instancia emprenda.

No existe un registro actualizado del número y composición de las autoridades y comités locales ni de los consejos sociales municipales aunque se conoce que su actividad es más intensa en regiones como el norte de Potosí, Chuquisaca y el altiplano de La Paz, donde organizaciones no gubernamentales apoyaron su funcionamiento. Siete de los nueve departamentos han creado sus consejos

departamentales. Su actuación se manifiesta en los espacios de deliberación que, como instancias de diálogo, consulta, coordinación, acuerdo, consensos, toma de decisiones y control, conjuntamente la estructura social y la estructura institucional, están conformados por:

1. Asambleas, ampliados, reuniones, juntas, cumbres, cabildos, otros y los Comités de Análisis de Información comunales o barriales. Estos espacios de deliberación intersectorial se desarrollan en la comunidad o barrio (de acuerdo a usos y costumbres), donde se concretiza la Gestión Participativa y el Control Social Local en salud. En ellos participan diferentes actores sociales e institucionales en corresponsabilidad, para implementar procesos de planificación, ejecución, administración y seguimiento, y evaluación-control de las acciones de salud destinadas a mejorar la situación de salud de la comunidad o barrio.
2. Mesa Municipal de Salud. Es la máxima instancia municipal de deliberación intersectorial donde se desarrolla diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas en el Plan de Desarrollo Municipal, además de efectuar el seguimiento al Programa Operativo Anual Municipal de salud.
3. Asamblea Departamental de Salud. Es la máxima instancia departamental de deliberación intersectorial donde se desarrolla diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisiones en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas en el Plan de Desarrollo Departamental de Salud, además de efectuar el seguimiento al Programa Operativo Anual departamental de salud.
4. Asamblea Nacional de Salud. Es la máxima instancia nacional intersectorial de participación, diálogo, consulta, coordinación, acuerdos, consensos y toma de decisión en la priorización de necesidades y propuestas para integrarlas a la estrategia de salud nacional. Además, se constituye en la instancia de seguimiento de la Estrategia Nacional y del Programa Operativo Anual del Sector.

DIMENSIÓN 9 – INTERCULTURALIDAD

La interculturalidad es uno de los pilares de la política nacional de salud. A nivel general, se basa en el reconocimiento de los saberes y sentires de las culturas originarias y en principios ideológicos de descolonización y lucha contra hegemónica.

En 2006 se creó el viceministerio de medicina tradicional e interculturalidad. Esta instancia funciona hasta hoy con escasos recursos humanos y materiales, dependiendo en gran parte del financiamiento de otros programas y proyectos. En la práctica, sus principales acciones han sido la organización de eventos y encuentros con las numerosas organizaciones de médicos tradicionales del país con el fin de delinear las bases operativas de su política. Una experiencia destacable fue el reconocimiento de aproximadamente 2000 médicos tradicionales mediante cédulas emitidas por el viceministerio lo que, aclara el actual viceministro, no implica una acreditación ni licencia para el ejercicio. Son las propias comunidades de origen las únicas instancias que pueden avalar la calidad de médico tradicional, complementó la Directora General.

Los equipos operativos de Atención Primaria en Salud son completamente conscientes de la importancia del enfoque intercultural de la atención y de su obligación de coordinar acciones con los médicos tradicionales de su zona. Sin embargo no parecen tener claros los mecanismos para implementar estos principios.

Probablemente el ámbito en el que más se han desarrollado acciones concretas es en la atención del parto intercultural. La mayoría de los establecimientos que atienden partos institucionales en el occidente del país (departamentos de La Paz, Oruro, Potosí, Cochabamba y Chuquisaca) han implementado ambientes de atención de parto intercultural que cuentan usualmente con una sala similar al dormitorio de una vivienda típica de la región y un mueble para facilitar el parto vertical. Paralelamente los equipos frecuentemente integran y capacitan a parteros(as) tradicionales que actúan en la comunidad. Con algunos proyectos piloto (zona norte de Potosí, Patacamaya, Curahuara, etc.) se han contratado parteros como parte del personal del establecimiento. La relación con otro tipo de médicos tradicionales en el nivel local es todavía incipiente.

La atención obstétrica intercultural

Las culturas andinas, sobre todo en Bolivia, Perú y Ecuador, poseen una larga tradición de atención obstétrica por practicantes tradicionales, usualmente llamados parteros.

Esta atención se refiere tanto a los cuidados de la salud física de la madre y del niño como a aspectos de su salud emocional y espiritual.

Diversas iniciativas han intentado integrar estos saberes y prácticas a la atención perinatal de los servicios regulares de salud, sobre todo con el fin de mejorar las coberturas de atención institucional.

Bolivia y Ecuador, han integrado en sus políticas nacionales de salud la atención obstétrica intercultural.

Las prácticas de implementación son muy diversas, sin embargo existen algunas características comunes:

La partera o partero tradicional está integrada/o al equipo de salud o, cuando menos, coordina su actividad. En los controles perinatales, participa (en sesiones conjuntas o de manera independiente) haciendo sus propios diagnósticos y consejerías, que deben ser compatibles con las normas nacionales.

Por ejemplo, realiza la palpación para saber en qué posición esta la criatura y eventualmente puede intentar corregir una posición anómala con fricciones o manteos. En la primera fase del trabajo de parto, la partera no realiza actos vaginales si no que palpa “la vena”, que si se pone dura es el momento de empezar el proceso del parto, donde ofrece a la parturienta alimentos altamente energéticos y mates naturales.

En el momento de pujar se fricciona el abdomen y se pone una mantilla para ponerla debajo de la espalda y realizar algunos movimientos; en el periodo expansivo ayuda a la mujer a colocarse en posición vertical de cuclillas y recibe al neonato. Finalmente, en el puerperio, ayuda a prevenir o curar el sobreparto, que agrupa a varias entidades que incluyen las hemorragias e infecciones, pero también otras varias entidades con nosología propia de cada cultura.

Cuando el sistema de salud pretende incorporar esta práctica en la atención institucional, es necesario contar con los ambientes y equipamiento adecuados.

Las numerosas experiencias han sido, en general, muy positivas, lo que ha llevado a los ministerios a intentar generalizar su práctica como una alternativa que se ofrece a todas las mujeres en las áreas consideradas de mayoría indígena. Sin embargo, el resultado de esta expansión es aún muy diverso y los mayores éxitos siguen confinados a proyectos e iniciativas específicas (por ejemplo Patacamaya en Bolivia y Jambi Huasi en Ecuador), limitándose en la mayoría de los establecimientos regulares a la implementación de equipos y capacitación para la atención del parto vertical.

DIMENSIÓN 10 – GESTIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

El sistema de Planificación del sector se basa en el plan de desarrollo económico y social del estado "Para Vivir Bien" del que se desprende el Plan de Desarrollo Sectorial "Movilizados por el derecho a la salud y la vida" con cinco componentes:

1. Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural
2. Rectoría
3. Movilización Social
4. Determinantes de la Salud
5. Solidaridad

Con esta base, cada institución, incluyendo el ministerio, los servicios departamentales y las redes de servicios, elaboran programaciones operativas anuales (POAs) que identifican las acciones concretas y su presupuesto. Los equipos de Atención Primaria en Salud también tienen como una de sus funciones la interacción con los gobiernos departamentales y municipales para que incluyan en sus POAs actividades y recursos para salud.

Sistemas de información en Atención Primaria en Salud

El Sistema Nacional de Información en Salud se creó en 1976 y se define como el conjunto de instrumentos y procedimientos destinados a la captación, sistematización, consolidación, retroalimentación y análisis de datos e información útiles para la toma de decisiones gerenciales y epidemiológicas destinadas a la vigilancia de la salud pública. Este sistema, mediante instrumentos de captación (historia clínica), sistematización (cuadernos de registro) y consolidación (formularios semanales y mensuales) gestión a los datos de producción de servicios y vigilancia epidemiológica de los establecimientos de atención primaria del país. Los hospitales, sobre todo los de mayor tamaño y complejidad, usan sistemas digitales para gestionar su información.

La cobertura del sistema abarca a casi el 100% de los establecimientos públicos, el 75% de la seguridad social y porcentajes mucho menores de las instituciones privadas.

La captación, manejo y difusión de información de determinantes de la salud de familias y comunidades, la integración de información de otros sectores y el análisis de situación son procesos que se plantean como objetivos de desarrollo y que se encuentran en diferentes etapas de implementación. Por ejemplo, la carpeta familiar se encuentra implementada en aproximadamente un tercio de los establecimientos públicos de Atención Primaria en Salud y cuenta con el software de sistematización desarrollado, pero todavía no produce información agregada.

CONSIDERACIONES FINALES

En la última década, Bolivia ha iniciado un proceso de profundas transformaciones políticas, sociales y económicas, en general pero no sin excepciones, con importantes mejoras en la calidad de vida de la mayoría de la población. El sector de la salud y específicamente, el de la atención primaria, no ha escapado a este proceso. La nueva constitución política del estado, que garantiza el derecho a la salud, establece la prioridad de los servicios sanitarios promocionales y preventivos y manda su gratuidad para los usuarios, es uno de los principales avances. La clara definición en la política nacional de salud – la salud familiar, comunitaria e intercultural, sólidamente anclada en la estrategia de atención primaria integral - dé prioridades como la acción sobre los determinantes sociales, el enfoque intercultural y la mandatoria participación comunitaria, es otro de los logros.

Sin embargo, la puesta en práctica de estos mandatos constitucionales y principios de política todavía es un proceso bastante incipiente. Las indeseables fragmentación y segmentación, en gran medida causantes de exclusión social, heredadas de modelos anteriores, están todavía muy presentes en el sistema de salud boliviano.

Específicamente, el hecho de que casi la mitad de los bolivianos no cuente con protección financiera ante la necesidad de servicios sanitarios - en un país que ha duplicado su producto interno bruto en diez años - y muchos queden excluidos de la atención que necesitan por barreras económicas es éticamente inaceptable y social y económicamente ineficiente.

El gobierno y la sociedad vienen realizando importantes esfuerzos, pero con gran probabilidad, el mayor desafío del sistema boliviano de atención primaria en salud es la pronta y completa implementación de los principios de la constitución y la política que los bolivianos aprobaron hace seis años, con alcance universal. Esto pasa por la reforma de las estructuras de gestión y atención de los servicios sanitarios, por el cambio de rasgos de la cultura institucional de los gerentes y prestadores, por la adecuación de los recursos humanos e, ineludiblemente por un mayor compromiso financiero.

AGRADECIMIENTOS

Nos gustaría agradecer por las entrevistas y documentación entregada a todos los entrevistados: autoridades nacionales, ex autoridades nacionales, autoridades locales del departamento de La Paz y del municipio de El Alto y responsables de las unidades de salud visitadas. También agradecemos a la Dra. Georgina Calvimontes por su apoyo en el acopio de indicadores y al Lic. Julien Dupuy por compartir su trabajo en curso.

REFERENCIAS

Aroja, O. M. Reformas de los sistemas de salud en América Latina y en Bolivia - La salud y seguridad social en Bolivia. 1-7. 2005. Acción Internacional para la Salud - Bolivia (AIS - Bolivia).

Böhrt, R. & Holst, J. 2000, *Evaluación del Seguro Básico de Salud en Bolivia con la Metodología InfoSure*.

Bossert, T. J., Ruiz, F., Escalante, S., & Cardenas, M. 2000, *Applied Research on Decentralization of Health Systems in Latin America: Bolivia Case Study*, U.S. Agency for International Development.

Dunkerley, J. 2007. Evo Morales, the "two Bolivias" and the third Bolivian revolution. *Journal of Latin American Studies*, 39, (01) 133-166

Dupuy, J. 2011, *Análisis del gasto y financiamiento en salud. Bolivia, 2003 a 2008*.

Dupuy, J. Desagregación del gasto en salud por proveedores de servicios. Bolivia 2009 - 2010. 2012. OPS/OMS Bolivia. Cuentas de Salud .

Dupuy, J. & Ministerio de Salud y Deportes. Acceso a servicios de salud en Bolivia. 1-1-2011.

Dupuy, J. & Ministerio de Salud y Deportes. Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Bolivia. 2012a.

Dupuy, J. & Ministerio de Salud y Deportes. Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Bolivia [*Unpublished work*]. 2012b.

Dupuy, J. & Ministerio de Salud y Deportes. Caracterización de la Exclusión Social en Salud en Bolivia [*Unpublished work*]. 2012c.

Estado Plurinacional de Boli. Constitución política del estado. 2008.

Estado Plurinacional de Bolivia. Decreto Supremo Nº 29601. "MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIO INTERCULTURAL". 2008.

Estado Plurinacional de Bolivia. LEY MARCO DE AUTONOMÍAS Y DESCENTRALIZACIÓN "ANDRÉS IBÁÑEZ". 2010.

Fondo Monetario Internacional 2012, *Reporte de Consulta del Artículo IV 2011*.

Lanza, O. Una Visión desde Bolivia: Equidad y Resolución sobre Atención en Salud Universal. 2013.

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Información Presupuestaria y Contable. http://www.economiayfinanzas.gob.bo/index.php?id_portal=VPC . 2014.

Ministerio de Salud y Deportes. NORMA NACIONAL RED MUNICIPAL DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL Y RED DE SERVICIOS. 2008a.

Ministerio de Salud y Deportes. NORMA NACIONAL: RED MUNICIPAL SAFCI Y RED DE SERVICIOS. 2008b.

Ministerio de Salud y Deportes Bolivia 2011, *Censo nacional de recursos humanos en salud*.

Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia Norma Nacional de Establecimientos de Primer Nivel. 2013.

Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Sistema nacional de información en salud. 2014.

Ministerio de Salud y Deportes Bolivia 2008, *Plan Sectorial de Desarrollo en Salud*.

Ministerio de Salud y Deportes Bolivia. Norma nacional de referencia y contrareferencia. 2013.

Movimiento Al Socialismo. PROGRAMA DE GOBIERNO MAS-IPSP. 2006.

Perry, B. & Gesler, W. 2000. Physical access to primary health care in Andean Bolivia. *Social Science & Medicine*, 50, (9)

Programa Desnutricion Cero - Bolivia 2012, *Reporte de revision anual 2011*.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011, *Informe Nacional sobre Desarrollo Humano 2010*.

Richardson, P., Galloway, J., Olave, M., Terrazas, P., & Bossert, T.J. 1992. Quality, Costs and Cost Recovery: A Comparative Study of the UNIDAD Sanitaria of the Ministry of Health and Prosalud in Santa Cruz, Bolivia

Tejerina Silva, H. 2001. *PROSALUD - organisation bolivienne privée à but non lucratif - est-elle un modèle viable d'institution à finalité d'intérêt public? Thèse soumise pour l'obtention d'une maîtrise en santé publique à l'IMT* Institut de Médecine Tropicale Prince Léopold.

Tejerina Silva, H., De Paepe, P., Soors, W., Lanza, O.V., Closon, M.-C., Van Dessel, P., & Unger, J.-P. 2011. Revisiting health policy and the World Bank in Bolivia. *Global Social Policy*, 11, (1) 22-44 available from: http://gsp.sagepub.com/content/11/1/22.abstract

Tejerina Silva, H., Soors, W., De Paepe, P., Aguilar Santacruz, E., Closon, M.-C., & Unger, J.-P. 2009. Socialist government health policy reforms in Bolivia and Ecuador: The underrated potential of integrated care to tackle the social determinants of health. *Social Medicine*, 4, (4) 226-234 available from: http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/socialmedicine/article/view/337

INDICADORES SELECCIONADOS, BOLÍVIA

Demográficos (1)	2000	2005	2010	2012
Población	8.427.789	9.427.219	10.426.154	10.882.546
Proporción de población urbana		64,1	66,4	67,3
Proporción de población menor de 15 años de edad	49,7	48,4	46,4	45,2
Proporción de población de 60 años y más de edad	2,9	2,9	3,13	3,19
Tasa de fecundidad	4,1	3,6	3,3	3,1
Esperanza de vida al nacer: total (país y regiones)	63,7	64,7	66,3	67,0
Esperanza de vida al nacer: hombres (país y regiones)	60,6	61,8	64,4	64,9
Esperanza de vida al nacer: mujeres (país y regiones)	65,2	66,4	68,5	69,2
Tasa de alfabetización (población de 15 años y más de edad)	79,9		91,8	92,3
Socioeconómicos				
PIB per cápita en dólares ppp (2)	2,5	4,4	4,1	5,2
Índice de Desarrollo Humano para el país y regiones (3)	0,653	0,695	0,729	
Razón de ingreso Percentil 90 / Percentil 10 (1)	55	33	14	
Índice de Gini (1)	0,63	0,6	0,49	
Gasto nacional público en salud como proporción del PIB (4)	3,7	3,7	3,6	3,5
Proporción de la población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua potable (1)	78,9	83,2	87,3	88
Proporción de la población con acceso a servicios de saneamiento mejorados (1)	69	72	78	
Mortalidad (5)				
Tasa de mortalidad infantil por mil nacidos vivos (reportada)	76	55	50	
Tasa de mortalidad infantil neonatal por mil nacidos vivos (reportada)	35	34	27	
Tasa de mortalidad infantil post neonatal por mil nacidos vivos (reportada)	40	31	23	
Tasa de mortalidad de menores de 5 años (reportada)	78,2	58,4	44,9	41,4
Razón de mortalidad materna (reportada) por 100 mil nacidos vivos	280	240	190	
Cobertura (6)				
Proporción de población menor de 1 año inmunizada con la tercera dosis de vacuna tetravalente (difteria, pertussis, tétanos y Hib)	91	84,5	80,5	79,8
Proporción de población gestante atendida por personal capacitado durante el embarazo con cuatro consultas y más	41,7	50,5	58,2	52,7
Proporción de partos atendidos institucionalmente	51,9	61,9	70,2	70,5
Fuerza de Trabajo en Salud (sector público) (7)				
Razón de médicos por mil habitantes				0,5
Número y razón de médicos generalistas por mil habitantes				0,2

Demográficos (1)	2000	2005	2010	2012
Razón de enfermeras(os) profesionales por mil habitantes				0.2
Razón de odontólogos por mil habitantes para el país y regiones				0.1
Capacidad instalada (6)				
Número de unidades de atención primaria a salud (postas, centros de salud, unidades de salud familiar etc.) y razón por 10 mil habitantes	2,9	3,0	3,3	3,3
Número y razón de consultas médicas por habitante /año	0,88	1,08	1,28	1,27
Cobertura de la Seguridad Social	25,47	27,89	34,69	

Fuentes de datos:
(1) Instituto Nacional de Estadística (Bolivia) (Instituto Nacional de Estadística (Bolivia) 2014)
(2) Sistema de indicadores del Banco Mundial (Banco Mundial 2014)
(3) Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2011)
(4) Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (Ministerio de Economía y Finanzas Públicas 2014)
(5) Encuesta Nacional de Demografía y Salud, 2008 (Instituto Nacional de Estadística (Bolivia) 2009)
(6) Sistema Nacional de Información en Salud (Ministerio de Salud y Deportes 2014)
(7) Sistema Nacional de Recursos Humanos en Salud (Ministerio de Salud y Deportes 2011)

UNASUR

iSAGS

Instituto Suramericano de Gobierno en Salud

UNASUR

Unión de Naciones Suramericanas