

SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD

Nuestra Salud **POR TODOS Y PARA TODOS**



ENERO 2019



COLEGIO MÉDICO DEPARTAMENTAL DE LA PAZ



SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD "NUESTRA SALUD" POR TODOS Y PARA TODOS

Coordinador: Dr. Luis Orlando Larrea García

Dr. Erwin Virhuez Soletto

Autores:

Ac. Lic. Guillermo Aponte R.O.
Dr. Elías Ramón Cordero Cuevas
Ac. Dr. Horacio Toro Ocampo
Ac. Dr. Javier Torres Goitia T.

Enero 2019

COLABORADORES:

Dr. Larrea García, Luis Orlando
Presidente Colegio Médico Departamental de La Paz

Herrera Picolomini, Cesar
Secretario Políticas de Salud Colegio Médico Departamental de La Paz

Dr. Villegas Gallo, Edgar
Secretario de Asuntos Gremiales Colegio Médico Departamental de La Paz

Abgo. Pérez Fernández, Sergio Moisés
Asesor Legal Colegio Médico Departamental de La Paz

Dr. Guzmán Mier, Susana
Secretaria Ejecutiva SIMRA La Paz

Abga. Osorio Leytón, Daniela Shirley
Asesora Legal SIMRA La Paz

Dr. Arce Lema, Lucio Félix Joaquín
Médico Neurocirujano

Dr. Cuentas Yáñez, Guillermo
Médico Ortopedia y Traumatología

Dr. Mamani Cantuta, Nelson
Neurocirujano Caja Petrolera de Salud

Dr. Muñoz Reyes Navarro, Álvaro Rafael
Médico Pediatra

Dr. Reyes Carrillo, Ramiro Alejandro
Traumatólogo Caja Petrolera de Salud

Ing. Pereira Stambuk, Christian
Consultoría

Enero 2019

Agradecimientos especiales a:

Dra. Patricia Almanza Romero
SIMRA Caja Petrolera de Salud

Dr. Oscar Palma Gudiño
SIMRA Caja Petrolera de Salud

Dr. David Chino Mendoza
Sindicato Mixto de Trabajadores Caja CORDES

Dr. Jorge Zelada
AMRAS Caja de Salud de Caminos

Dr. Rolando Sánchez Chávez
Sindicato Seguro Social Universitario

Dra. Susana Guzmán
SIMRA La Paz

Dr. Daniel Cazas Aguirre
Secretario Ejecutivo SIRMES El Alto

Dra. Mónica Reyes
Presidente AMAPS

Tabla de Contenido

1. SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD. NUESTRA SALUD.....	9
1.1. Justificación del Sistema Boliviano de Salud	9
1.2. Doctrina, Filosofía y Principios	10
1.3. Marco Legal.....	11
1.3.1. Constitución Política del Estado	11
1.3.1.1. Derecho a la salud.....	11
1.3.1.2. Acceso a la salud	11
1.3.1.3. Seguro Universal de Salud.....	12
1.3.1.4. Rol del Estado	12
1.3.2. Código de Salud	13
1.3.3. Autoridad de Salud	13
1.3.4. Autonomías	14
1.4. Situación Demográfica	15
1.5. Servicios Básicos	17
1.6. Antecedentes de las Condiciones Sanitarias	19
1.6.1. Perfil Epidemiológico Consulta Externa	20
1.6.2. Enfermedades no transmisibles	21
1.6.2.1. Cáncer	21
1.6.2.2. Enfermedades cardiovasculares	22
1.6.2.3. Epilepsia y Convulsiones.....	22
1.6.2.4. Depresión y ansiedad	23
1.6.2.5. Hipertensión Arterial	23
1.6.2.6. Enfermedades Reumáticas	24
1.6.2.7. Diabetes	24
1.6.3. Enfermedades transmitidas por vectores	25
1.6.4. Tuberculosis	27
1.6.5. Salud Infantil.....	28
1.6.5.1. EDAs	28
1.6.5.2. IRAS	30
1.6.5.3. Mortalidad en la niñez	32
1.6.6. Salud Materna	32
1.6.6.1. Parto Institucional	32
1.6.6.2. Control Prenatal.....	33
1.6.6.3. Mortalidad Materna.....	33
1.7. Ámbito, estructura y organización	33
2. MODELO DE GESTIÓN.....	36
2.1. Autonomía con Unidad de Dirección y Gestión.....	37

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

2.2. Rectoría en el Sistema Boliviano de Salud	38
2.2.1. Conducción Sectorial.....	39
2.2.2. Regulación.....	39
2.2.3. Funciones Esenciales de Salud Pública.....	40
2.2.4. Armonización de la Provisión de Servicios.....	41
2.3. Consejos de Salud como parte de la Rectoría de la Salud	41
2.3.1. Comité de Salud de Área “COSAAR”	41
2.3.2. Consejo Municipal de Salud “COMUSA”	42
2.3.3. Consejo Provincial de Salud “COPROSA”	44
2.3.4. Consejo Departamental de Salud “CONDES”	45
2.3.5. Consejo Nacional de Salud “CONASA”	46
2.4. Coparticipación Ciudadana en el Sistema Boliviano de Salud.....	47
2.4.1. Diálogos y Conferencias Sanitarias de Salud	47
2.4.2. Diálogos de Área de Salud.....	47
2.4.3. Conferencia Municipal y Provincial de Salud	48
2.4.4. Conferencia Departamental de Salud	48
2.4.5. Conferencia Nacional de Salud	49
3. MODELO DE ATENCION	49
3.1. Conciliación y Arbitraje	49
3.2. Atención Integral Centrada en la Persona.....	50
3.3. Asistencia en Salud: Atención Médica y de Salud Pública.....	52
3.3.1. Promoción para la Salud: Atención al “continuo de Vida” de las personas:	52
3.3.2. Control de Enfermedades.....	53
3.4. Atención Primaria de Salud	54
3.5. Nivel Comunitario o Vecinal.....	55
3.5.1. Centro Comunitario o Vecinal de Salud “CCS”	55
3.5.2. Puesto de Salud “PS”	56
3.5.3. Centro de Salud Sigla “CS” Tipo I	57
3.5.4. Centro de Salud tipo II (Integral)	58
3.6. Segundo Nivel de Atención	60
3.6.1. Hospital de baja complejidad tipo I “HT1”.....	60
3.6.2. Hospital Tipo II “HT2”	61
3.7. Tercer Nivel de Atención.....	63
3.7.1. Hospital Tipo III. “HT3”.....	63
3.8. Cuarto Nivel Hospitales de Alta Especialidad e Investigación.....	64
3.8.1. Hospital tipo IV “HT4”	64
3.9. Redes Funcionales de Salud en el Sistema Boliviano de Salud	65
3.9.1. Conformación de las redes funcionales de salud.....	66
4. MODELO DE FINANCIAMIENTO	67

4.1. Ineficiencia en la asignación de recursos.....	68
4.2. Gasto de Bolsillo.....	68
4.3. Segmentación y fragmentación	70
4.4. Estrategia de Cobertura Universal a la Salud	70
4.5. PIB, Gasto en Salud y Esperanza de vida	71
4.5.1. Gasto en salud como % del PIB.....	72
4.5.2. Composición del Gasto en Salud como % del PIB.....	73
4.5.3. Gasto en Salud y Esperanza de Vida.....	74
4.6. PIB y Presupuesto General del Estado	75
4.6.1. Ingresos por Hidrocarburos	76
4.6.2. Inversión Pública	77
4.6.3. Deuda Externa y Deuda Interna	78
4.6.4. Créditos del Banco Central de Bolivia.....	80
4.6.5. Endeudamiento consolidado	80
4.6.6. Composición del Gasto	81
4.7. Gasto en Salud.....	82
5. Seguro Universal de Salud.....	83
5.1. Régimen Contributivo	84
5.1.1. Población Protegida	84
5.1.2. Cotizante Activa y Pasiva	85
5.1.3. Médicos	86
5.1.4. Consultas.....	86
5.1.5. Índice de Ocupación Hospitalaria.....	87
5.1.6. Recursos Humanos	87
5.2. Régimen No Contributivo	88
5.2.1. Población Objetivo.....	89
5.2.2. Recursos Humanos	89
5.2.3. Índice de ocupación hospitales en camas de maternidad.....	90
5.2.4. Cirugías y anestesias	91
5.2.5. Atención consulta externa	92
6. Financiamiento del Sistema de Salud	94
6.1. Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas	95
6.2. Financiamiento por Regímenes.....	96
6.3. Fuentes de Financiamiento	96
6.3.1. Destino de la Renta Interna y Aduanera.....	97
6.3.2. Impuesto para desalentar practicas insalubres	97
6.3.3. Impuesto a la Coca.....	99
6.3.4. Disciplina Fiscal.....	99
7. Conclusiones	101

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

Tabla de Cuadros

Cuadro 1: Población y Densidad	16
Cuadro 2: Estructura de la Población por grupos de edad	17
Cuadro 3: Numero de vivienda y disponibilidad de Servicios Básicos	18
Cuadro 4: Número de viviendas según procedencia del agua.....	18
Cuadro 5: Número de viviendas según disponibilidad y uso de servicio sanitario.....	19
Cuadro 6: Morbilidad en Consulta Externa (2015).....	20
Cuadro 7: Cáncer Cervico Uterino	21
Cuadro 8: Cáncer en general según sexo y departamento (2015)	21
Cuadro 9: Enfermedades Cardiovasculares (2015).....	22
Cuadro 10: Epilepsia y convulsiones (2015).....	22
Cuadro 11: Episodios Depresivos y Ansiedad (2015)	23
Cuadro 12: Hipertensión Arterial (2015).....	23
Cuadro 13: Enfermedades Reumáticas (2015).....	24
Cuadro 14: Diabetes tipo 1 en población menor a 20 años (2015).....	24
Cuadro 15 : Diabetes tipo 2 en población de 20 años y más (2015)	25
Cuadro 16: Número de municipios por EDAs en 2015.....	29
Cuadro 17: Tasa de IRAS por Departamento (2015)	30
Cuadro 18: Número de municipios por IRAs en 2015.....	31
Cuadro 19: Establecimientos de Salud	36
Cuadro 20: Indicadores económicos y de salud en Bolivia y el mundo	71
Cuadro 21: Aportes a la Seguridad Social.....	84
Cuadro 22: Índice de Ocupación de camas en Maternidad (2do y 3er nivel)	90
Cuadro 23: Cirugías y anestesia en Hospitales de 2do y 3er nivel por Dpto	91
Cuadro 24: Cirugías y anestesia en Hospitales de 2do y 3er nivel por Subsector	91
Cuadro 25: Numero de Consulta externa Sector público por Departamento.....	92
Cuadro 26: Consulta Externa por Subsectores	94
Cuadro 27: Recaudación de Impuestos en % del PIB	97
Cuadro 28: Impuestos para desalentar practicas insalubres	98
Cuadro 29: Impuesto a bebidas azucaradas.....	98
Cuadro 30: Disciplina Fiscal.....	100
Cuadro 31: Resumen Fuentes de Financiamiento.....	101

Tabla de Gráficos

Gráfico 1: Crecimiento de la población según censos	16
Gráfico 2: Población por Departamentos	16
Gráfico 3: Pirámide poblacional censo 2012.....	17
Gráfico 4: Leishmaniasis: Número de casos reportados (2017)	25
Gráfico 5: Chagas: Número de casos reportados (2017).....	26

SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD

Gráfico 6: Dengue: Número de casos reportados (2017).....	26
Gráfico 7: Malaria: Número de casos reportados (2017)	27
Gráfico 8: Tuberculosis Número de casos BAR + Nuevos y Curados	27
Gráfico 9: Número de casos de TB extrapulmonar	28
Gráfico 10: Tasa de EDAs por 1000 en menores de 5 años	28
Gráfico 11: EDAs por municipios 2015.....	29
Gráfico 12: Neumonía por mil menores de 5 años.....	30
Gráfico 13: Casos de neumonía por 1000 según municipios 2015.....	31
Gráfico 14: Mortalidad de la niñez en el mundo	32
Gráfico 15: Cobertura de Parto Institucional	32
Gráfico 16: Porcentaje de embarazadas con 4 controles prenatales.....	33
Gráfico 17: Mortalidad Materna en el mundo	33
Gráfico 18: Índice de Salud Municipal (2015).....	34
Gráfico 19: Componentes del Sistema de Salud.....	35
Gráfico 20: Comparación Plan del Gobierno con Sistema Boliviano de Salud	37
Gráfico 21: Sistema de Salud Autónomo y Descentralizado	37
Gráfico 22: Rectoría según ámbitos	38
Gráfico 23: Diálogos por la Salud.....	47
Gráfico 24: Atención Integral centrada en las personas.....	51
Gráfico 25: Niveles de Atención	66
Gráfico 26: Redes funcionales de Salud	67
Gráfico 27: Inversión del Plan de Desarrollo 2016/2020	69
Gráfico 28: Reorientar la Inversión en Salud.....	70
Gráfico 29: Gasto en Salud como % del PIB en el Mundo.....	72
Gráfico 30: Gasto en Salud como % del PIB en Bolivia	73
Gráfico 31: Composición del Gasto en salud como % del PIB.....	73
Gráfico 32: Gasto per cápita en salud y Esperanza de Vida.....	74
Gráfico 33: Esperanza de Vida en el mundo.....	74
Gráfico 34: Tasa de Crecimiento del PIB.....	75
Gráfico 35: PIB por años (MM US\$).....	75
Gráfico 36: Presupuesto General del Estado por años (MM de Bs)	76
Gráfico 37: Ingreso por Hidrocarburos (MM Bs.).....	77
Gráfico 38: Inversión Pública Ejecutada (MM US\$)	77
Gráfico 39: Inversión Pública como % del PIB	78
Gráfico 40: Deuda Externa	78
Gráfico 41: Deuda Interna en MM de Bs.	79
Gráfico 42: Créditos del BCB al Sector Público (MM Bs).....	80
Gráfico 43: Endeudamiento consolidado (MM US\$).....	80
Gráfico 44: PGE según Gastos 2017- 2018 (MM de Bs)	81

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

Gráfico 45: Composición de Gastos del PGE 2017	81
Gráfico 46: Gasto en Sector Social en % del PIB	82
Gráfico 47: Ejecución Presupuestaria Ministerio de Salud (MM Bs).....	83
Gráfico 48: Regímenes del Seguro Universal de Salud	83
Gráfico 49: Población Protegida.....	84
Gráfico 50: Población Activa y Pasiva	85
Gráfico 51: Población Cotizante Pasiva	85
Gráfico 52: Población Cotizante Activa	86
Gráfico 53: Número de Médicos por 1000 personas protegidas.....	86
Gráfico 54: Número de Consultas por persona protegida.....	87
Gráfico 55: Índice de Ocupación Hospitalaria	87
Gráfico 56: Recursos Humanos en la Seguridad Social	88
Gráfico 57: RRHH por 1000 personas protegidas.....	88
Gráfico 58: Población Objetivo Régimen No Laboral	89
Gráfico 59: Personal de Salud Pública por cada diez mil habitantes.....	90
Gráfico 60: Promedio de Consultas Sistema Público.....	92
Gráfico 61: Consultas Externas Nuevas Sector Público	93
Gráfico 62: Consultas por habitante año en menores de cinco años.....	93
Gráfico 63: Participación del Estado en el financiamiento de la salud.....	94
Gráfico 64: La Salud en la Constitución Política del Estado	95
Gráfico 65: Salud como gasto del Gobierno en el mundo.....	95

1. SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD. NUESTRA SALUD.

El Colegio Médico de Bolivia y el Colegio Médico de La Paz, luego del conflicto suscitado a finales del mes de diciembre 2017 e inicios del mes de enero 2018 asume el compromiso de redactar una propuesta de Norma nacional que permita estructurar el Sistema de Salud, esta propuesta tiene dos propósitos, la de contribuir al Estado Boliviano con un instrumento técnico normativo y otorgar al pueblo Boliviano la posibilidad de contar con un sistema de salud boliviano, incluyente que permita el acceso Universal a la Salud y asegurar el derecho a la Salud.

El Ministerio de Salud, desconociendo este acuerdo y de manera unilateral anuncio que desde enero entraría en vigencia el Sistema Único de Salud, que no fue consensuado con las organizaciones legítimas de representación del sector de salud, asimismo anuncia que desde el mes de marzo se realizaran las prestaciones sin restricción, basados en una afiliación que se inició desde el mes de enero.

El Colegio Médico de La Paz, asumió la iniciativa de convocar a un grupo de personalidades con experiencia en gestión de salud conformado por Ex Autoridades de Salud, ex Ministros, técnicos de diferentes áreas, reconocidos por el Consejo Nacional de Salud; este grupo de profesionales elaboro una propuesta del Nuevo Sistema Boliviano de Salud, que no esté influida por factores ajenos, partidizada ni electoralista, previas a las elecciones.

El Nuevo Sistema que proponemos está basado en conceptos fundamentales de salud como Derecho y Atención Primaria de Salud centrada en la persona y acorde a la demanda de la población. Está formulado para ser adoptado como política estatal que trascienda las funciones de los próximos gobiernos, cualquiera sea la orientación política de estos. Lo presentamos: no como una enmienda al sistema actual, ni como un sistema a ser aplicado por el gobierno en curso. Va más allá de la coyuntura, para proponer un sistema de largo plazo que pueda ser adoptado como política estatal y no sólo de un gobierno, Sus características principales son las siguientes:

El Sistema será Universal, Autónomo, Integrado, Descentralizado y Gratuito en el punto de atención con activa y genuina participación social.

En vista de que se ha adelantado el proceso pre electoral, el Colegio Médico al cumplir su compromiso está dispuesto a explicar el proyecto a los electores y a los que aspiran a ser elegidos. En este sentido será presentado a la opinión pública por todos los medios a nuestro alcance y será discutido con todas las fuerzas políticas participantes en reuniones especiales abiertas a la más amplia discusión.

El Sistema Boliviano de Salud “Nuestra Salud” propuesto por el Colegio Médico se constituye en la base técnica para la elaboración de la Ley de Salud y su Reglamentación.

El Proyecto abarca los tres aspectos básicos: El Modelo de Financiamiento, el Modelo de Gestión y el de Atención y cuidado integral de la salud.

1.1. Justificación del Sistema Boliviano de Salud

La salud en Bolivia aún se sigue rigiendo en los principios que emanan del “Código de Salud de la República de Bolivia¹ y del Código de Seguridad Social² con las sucesivas reformas efectuadas³

Por la antigüedad y por la desactualización, además de la modernización del Sector Salud Boliviano,

1 Disposiciones Reglamentarias consideradas en la “Resolución Ministerial” N° 0624 del 11 de julio del año 1990, Decreto Ley N° 15629 del 18 de julio de 1978

2 Aprobado mediante Ley de 14 de diciembre de 1956

3 Decreto Supremo del 12 de junio de 1987 y Reglamentado el 15 de septiembre de 1988

ante la nueva Constitución Política del Estado, se hace imperioso formular una nueva Ley de Salud para el Estado Boliviano.

La Ley de Salud es la “Norma Mayor” del Estado en lo referente a la Salud de las Personas, Familias y Comunidades, en todo el territorio de la Nación; debe establecer la forma de organización de las instituciones de Sector Salud y definir las competencias o atribuciones de los Servicios de salud, pero fundamentalmente, la manera en que el Estado responde a los Derechos de las Personas a disponer de buen estado de salud, al diagnóstico oportuno y temprano de las afectaciones a su salud y al tratamiento eficiente de todas las enfermedades, con un trato digno y humanizado independientemente de la edad, sexo, condición física y ubicación geográfica.

1.2. Doctrina, Filosofía y Principios

La propuesta un Sistema Boliviano de Salud “Nuestra Salud”, está encaminada a desarrollar y establecer un modelo de salud con un SEGURO DE SALUD UNIVERSAL, que responda a la regionalización y autonomías, impulsando un modelo de gestión AUTÓNOMO Y DESCENTRALIZADO; que responda al cumplimiento de los derechos humanos, SIN COSTO EN EL PUNTO DE INGRESO, para la persona que asiste a los servicios de salud, **que se financian indirectamente por recursos de la población, a través de sus impuestos por el TGN, Presupuestos departamentales, Provinciales, Municipales, Institucionales, Privados y de Cooperación Solidaria** COMO UN DERECHO SOCIAL en la búsqueda de una PARTICIPACION GENUINA y no impuesta ni obligada políticamente; con aplicación universal basada en los principios de la Salud Centrada en la Persona, y la atención HUMANIZADA y basada en el respeto a la DIGNIDAD Y EL DERECHO A LA SALUD de cada persona; priorizando la PROMOCION DE LA SALUD, LA EDUCACION, LA PREVENCION DE ENFERMEDADES Y DOLENCIAS, antes de responder únicamente a la enfermedad y patologías.

La gestión de la actividad sanitaria en general y de salud en particular nos coloca en la posibilidad de responder a los desafíos del sistema a las personas, familias y comunidades de Bolivia, a través del desarrollo de una Ley de Salud y el desarrollo de un sistema sanitario propio para Bolivia, pensado y planificado por profesionales bolivianos, conocedores de la realidad nacional, departamental y local.

Estas dos propuestas tienen que responder ampliamente a todas las necesidades, aspiraciones y problemas de salud de las comunidades desde los espacios territoriales más pequeños, que son constituidos por las áreas de salud, ofreciendo a la población de todas las edades y sexos servicios y acciones de salud que promuevan su salud, prevengan las morbilidades y que atiendan en el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación las afectaciones a la salud de las personas, dando respuestas en el nivel hospitalario general y de alta especialidad.

Es importante realizar esfuerzos en la cualificación del proceso de gestión sanitaria, mejorando el rendimiento y la efectividad de la administración pública de la salud, de tal manera que las políticas definidas impacten positivamente en los niveles de salud de las personas.

La Ley de Salud y el Sistema Boliviano de Salud debe ser resultado de la coordinación de todos los actores sectoriales y de otros sectores que afectan positiva o negativamente a la salud. Ambos esfuerzos deben de tener esa coordinación horizontal, así como la coordinación de doble vía vertical descendente y ascendente, entre los niveles de administración de área, de municipio, de provincia, de departamento y el nivel nacional.

La Ley de Salud y el Sistema Boliviano de Salud proponen acciones concretas articuladas entre todas

las instancias de gobierno nacional, es decir municipal, provincial, departamental y el central nacional potenciando la rectoría y la responsabilidad operativa de todo el nuevo modelo de salud para Bolivia

Representa un nuevo modelo de respuesta a las necesidades de la salud, involucrando a toda la población boliviana, a partir del entendimiento de que la salud es un derecho fundamental de las personas y por lo tanto requiere para su organización y respuesta al pueblo un financiamiento racional y acorde a las nuevas tecnologías y capacidades de los recursos humanos para la salud.

Esta Ley y el Sistema Boliviano de Salud se constituyen en “un pacto por la salud” y por lo tanto en proyectos de amplia movilización social para plantear y responder al derecho ciudadano de todos los bolivianos, cualquiera sea su ubicación dentro del territorio nacional.

1.3. Marco Legal

1.3.1. Constitución Política del Estado

1.3.1.1. Derecho a la salud

El Estado garantiza a todas las personas y colectividades, sin discriminación alguna, el libre y eficaz ejercicio del derecho a la salud establecido en la Constitución y los tratados internacionales de derechos humanos⁴

Los tratados y convenios internacionales ratificados por la Asamblea Legislativa Plurinacional, que reconocen el derecho humano a la salud y que prohíben su limitación en los Estados de Excepción prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en la Constitución se interpretarán de conformidad con los Tratados internacionales de derechos humanos ratificados por Bolivia⁵

Todas las personas tienen derecho a la salud⁶.

El derecho a la salud es inviolable, universal y progresivo. El Estado tiene el deber de promoverlo, protegerlo y respetarlo. Toda persona tiene derecho a la vida y a la integridad física, psicológica y sexual.⁷

Las personas gozan de los siguientes derechos:

- Al suministro de alimentos, fármacos y productos en general, en condiciones de inocuidad, calidad, y cantidad disponible adecuada y suficiente, con prestación eficiente y oportuna del suministro.⁸

1.3.1.2. Acceso a la salud

Son fines y funciones esenciales del Estado garantizar el acceso de las personas a la **salud**⁹.

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 gobierno¹⁰

El sistema de salud es único e incluye a la medicina tradicional de las naciones y pueblos indígena originario campesinos.¹¹

4 Artículo 14 Constitución Política del Estado
5 Artículo 13 Constitución Política del Estado
6 Artículo 18 Constitución Política del Estado
7 Artículo 15 Constitución Política del Estado
8 Artículo 75 Constitución Política del Estado
9 Artículo 9 Constitución Política del Estado
10 Artículo 18 Constitución Política del Estado
11 Artículo 35 Constitución Política del Estado

1.3.1.3. Seguro Universal de Salud

El Estado garantiza el acceso al Seguro Universal de Salud¹²

Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social¹³.

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

El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras provisiones sociales.

1.3.1.4. Rol del Estado

El Estado, en todos sus niveles debe:

- Proteger 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.
- Garantizar el acceso al seguro universal de salud.
- Controlar el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y los regulará mediante la ley.¹⁴
- Garantizar y sostener el derecho a la salud, primera responsabilidad financiera.
- Priorizar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.¹⁵
- Garantizar el servicio de salud público y reconocer el servicio de salud privado;
- Regular y vigilar la atención de calidad a través de auditorías médicas sostenibles que evalúen el trabajo de su personal, la infraestructura y el equipamiento, de acuerdo con la ley.
- Garantizar el acceso de la población a los medicamentos.
- Priorizar los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación.¹⁶

El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.¹⁷

Las Políticas del sistema de salud son competencia exclusiva del nivel central del Estado¹⁸

La gestión del sistema de salud se ejerce de forma concurrente por el nivel central del Estado y las

12 Artículo 36 Constitución Política del Estado

13 Artículo 45 Constitución Política del Estado

14 Artículo 36 Constitución Política del Estado

15 Artículo 39 Constitución Política del Estado

16 Artículo 41 Constitución Política del Estado

17 Artículo 306 Constitución Política del Estado

18 Artículo 298 Constitución Política del Estado

entidades territoriales autónomas.¹⁹

1.3.2. Código de Salud²⁰

La finalidad del Código de Salud es la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de Bolivia.²¹

La salud es un bien de interés público, corresponde al Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad.²²

Corresponde al Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes ejercer la Autoridad de Salud.²³

El derecho a la salud consiste en:

- o Gozar las prestaciones integrales de salud con calidad, eficacia y oportunidad.
- o A ser informado por la Autoridad de Salud en materias relacionadas con la conservación, restauración y mejoramiento de la salud.
- o A no ser sometido a exámenes tratamientos médicos o quirúrgicos innecesarios.
- o A no ser sometido a experimentación clínica y científica sin el previo consentimiento de la persona, con la debida información en cuanto al riesgo.
- o A ser atendido por cualquier servicio médico público o privado en caso de emergencia, al margen de cualquier consideración económica o del sistema de atención médica a que pertenece el paciente.²⁴

La Autoridad de Salud debe establecer, las disposiciones para la elaboración de programas de atención materno infantil, a las cuales se deberán regir las instituciones públicas y privadas.²⁵

Las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo el cuidado o protección de embarazadas, madres y niños están en lo que corresponde a salud, bajo el control de la Autoridad de Salud.²⁶

1.3.3. Autoridad de Salud²⁷

La Autoridad de Salud es el Ministerio de Salud y Deportes que debe:

- Formular, ejecutar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco de las políticas de desarrollo del país.
- Regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los subsectores de seguridad social a corto plazo, público y privado, con y sin fines de lucro y medicina tradicional.

19 Artículo 299 Constitución Política del Estado

20 Decreto Ley No 15629 de 8 de Julio de 1978

21 Artículo 1 Código Salud

22 Artículo 2 Código Salud

23 Artículo 3 Código Salud

24 Artículo 5 Código Salud

25 Artículo 15 Código Salud

26 Artículo 18 Código Salud

27 Ley No. 3351 21 de febrero de 2006

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

- Vigilar el cumplimiento y primacía de las normas relativas a la salud pública.
- Garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.
- Ejercer la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud.
- Formular, desarrollar, supervisar y evaluar la implementación del modelo de gestión y atención en salud.
- Promover la medicina tradicional y su articulación con la medicina occidental, en el marco de la interculturalidad y adecuación cultural de los servicios.
- Formular políticas, estrategias y planes de nutrición y seguridad alimentaria en el marco de la soberanía nacional.
- Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con discapacidad.
- Formular políticas, estrategias y planes de prevención, rehabilitación y reinserción para personas con un consumo problemático de sustancias psicoactivas legales e ilegales.
- Promover la organización de instancias nacionales, departamentales, municipales y comunitarias, para el control social y revisión de políticas y estrategias de salud preventiva.
- Armonizar la cooperación internacional en el sector salud con las políticas, prioridades y normas establecidas por el Gobierno Nacional.
- Regular el funcionamiento de las entidades formadoras y capacitadoras del sector salud, exceptuando las universidades públicas, en coordinación con el Ministerio de Educación y Culturas.
- Formular políticas y ejecutar programas que fomenten la cultura física, actividades deportivas, formativas, competitivas, profesionales y de recreación, promoviendo la salud física y mental.
- Elaborar y ejecutar programas de infraestructura y equipamiento, para la práctica del deporte y el desarrollo de la cultura física a nivel nacional

1.3.4. Autonomías²⁸

Los gobiernos autónomos deben favorecer la integración social de sus habitantes, bajo los principios de equidad e igualdad de oportunidades, garantizando el acceso de las personas a la salud, respetando su diversidad, sin discriminación con plena justicia social.

El Nivel Central del Estado tiene las siguientes competencias:

- 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.
- 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 al modelo de salud familiar comunitario intercultural y con identidad de género.
- 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.

²⁸ Ley No 031 19 de julio de 2010

- 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.

La gestión del sistema de salud es competencia concurrente entre el Nivel Central del Estado y las Entidades Territoriales Autónomas²⁹.

Son competencias exclusivas de los Gobiernos Municipales Autónomos:

- Formular y ejecutar participativamente el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal.
- Implementar el Sistema Único de Salud en su jurisdicción, en el marco de sus competencias.
- 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.
- 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.
- 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.
- Dotar la infraestructura sanitaria y el mantenimiento adecuado del primer y segundo nivel municipal para el funcionamiento del Sistema Único de Salud.
- 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.
- Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial.
- Proporcionar información al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran, a través de la instancia departamental en salud.
- 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.

1.4. Situación Demográfica

Bolivia tiene una población aproximada de 11.216.000 habitantes en 2018, de los cuales 50,7% es mujer y 49,3%, hombre, según datos procesados por la Encuesta de Hogares (EH) 2017, elaborada por Instituto Nacional de Estadística (INE).

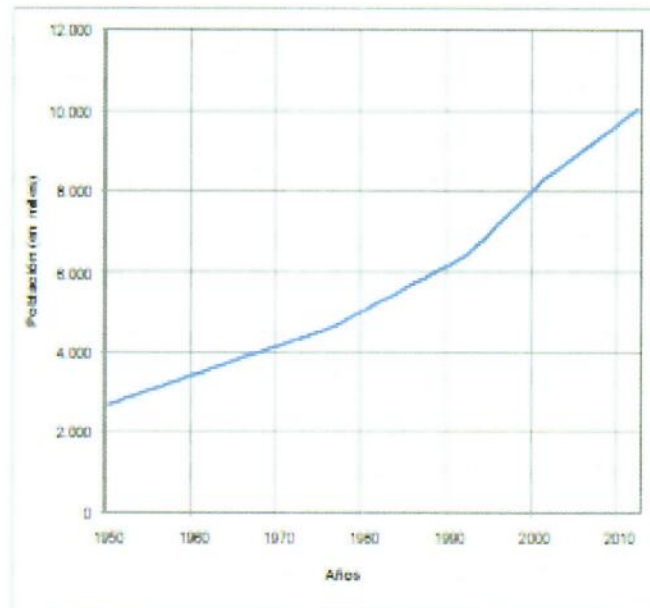
El crecimiento y densidad de la población de Bolivia, de acuerdo a los resultados de los Censos Nacionales de Población de 1950, 1976, 1992, 2001 y 2012, se presenta en el cuadro y gráfico siguientes:

²⁹ Artículo 304 de la Constitución Política del Estado

Cuadro 1: Población y Densidad

CENSO	POBLACIÓN	DENSIDAD (Hab. / km ²)
1950	2.704.165	2,46
1976	4.613.486	4,20
1992	6.420.792	5,84
2001	8.274.325	7,53
2012	10.027.254	9,13

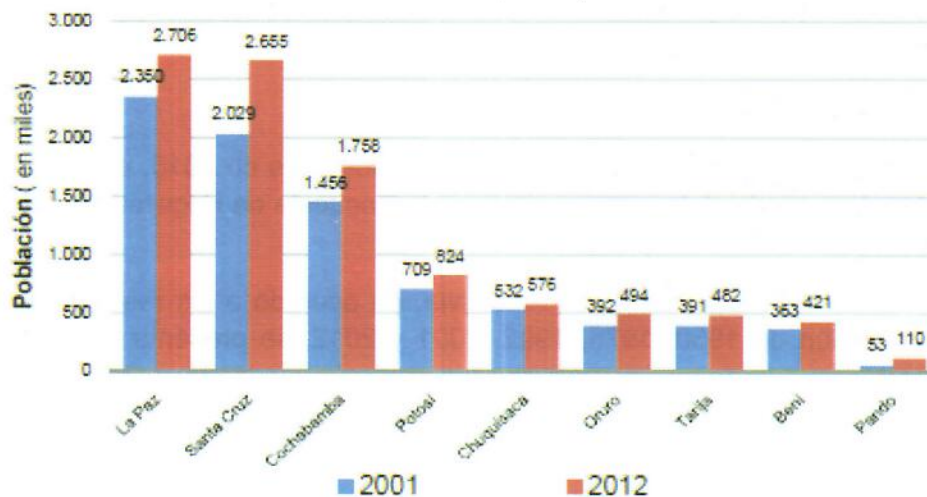
Gráfico 1: Crecimiento de la población según censos



FUENTE: INE

Más del setenta por ciento de la población del país está concentrado en el eje troncal la Paz – Cochabamba - Santa Cruz.

Gráfico 2: Población por Departamentos



FUENTE: INE

La población de Bolivia tiene una estructura “joven” por el significativo porcentaje de personas menores de 15 años y el menor porcentaje de personas de 65 y más años. En los años 1976, 1992 y 2001, los menores de 15 años alcanzaron porcentajes de alrededor de 40 por ciento de la población total y las personas de 65 años o más de edad, en ningún caso llegaron a constituir cinco por ciento de la población total. Sin embargo, en el año 2012 el porcentaje de menores de 15 años disminuye a cerca del 30 por ciento y el porcentaje de mayores de 65 años aumenta a más de seis por ciento.

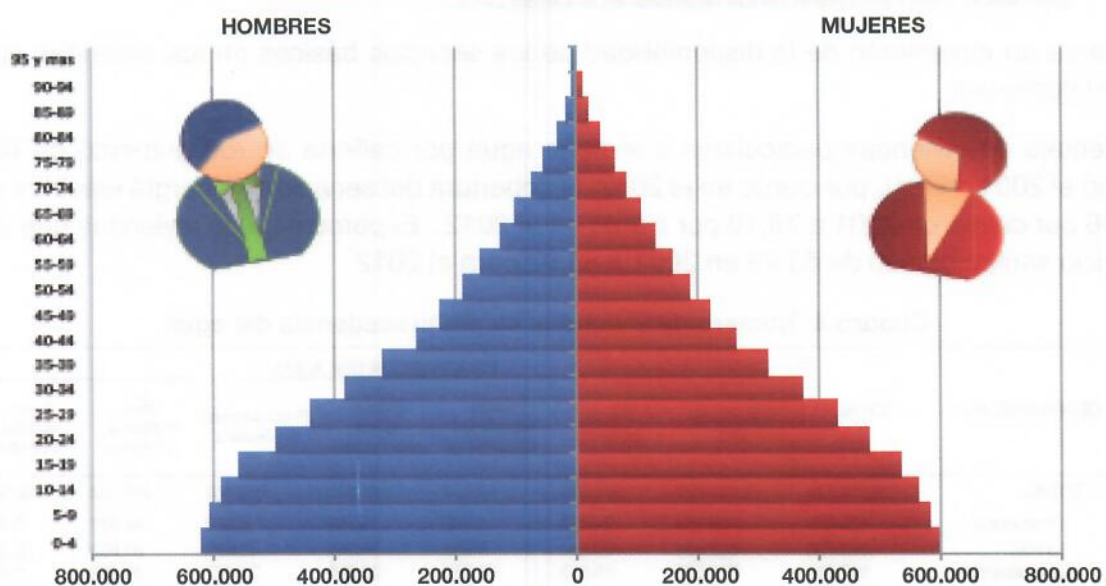
Cuadro 2: Estructura de la Población por grupos de edad

ÁREA Y GRANDES GRUPOS DE EDAD	CENSOS			
	1976	1992	2001	2012
TOTAL	100	100	100	100
0 -14	41,47	41,57	38,65	31,02
15 - 64	54,32	54,18	56,36	62,86
65 y mas	4,21	4,25	4,99	6,12

FUENTE: INE

La pirámide poblacional de Bolivia según el Censo realizado el año 2012 es la siguiente.

Gráfico 3: Pirámide poblacional censo 2012



FUENTE: INE

1.5. Servicios Básicos

La disponibilidad de los servicios básicos en las viviendas y sus características son indicadores imprescindibles para medir las condiciones de vida de la población. La información obtenida para el efecto proviene de las viviendas particulares con personas presentes. El Censo 2012 recoge información de la procedencia y distribución del agua en la vivienda; la disponibilidad, uso y tipo de desagüe del servicio sanitario; y la provisión de energía eléctrica.

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

Cuadro 3: Numero de vivienda y disponibilidad de Servicios Básicos

CENSO Y DEPARTAMENTO	TOTAL	DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS BÁSICOS						
		Agua de cañería de red		Energía eléctrica			Servicio sanitario	
		Tiene	No Tiene	Tiene	Otra fuente ⁽¹⁾	No Tiene	Tiene	No Tiene
CENSO 2001	1.977.665	62,27	37,73	64,38	-	35,62	63,69	36,31
Chuquisaca	118.918	53,92	46,08	47,15	-	52,85	47,08	52,92
La Paz	630.072	65,47	34,53	65,73	-	34,27	56,98	43,02
Cochabamba	352.411	53,89	46,11	68,13	-	31,87	66,72	33,28
Oruro	104.123	57,53	42,47	60,68	-	39,32	37,91	62,09
Potosí	180.323	43,97	56,03	40,38	-	59,62	34,38	65,62
Tarija	87.157	75,49	24,51	69,18	-	30,82	82,87	17,13
Santa Cruz	428.653	77,66	22,34	76,05	-	23,95	87,35	12,65
Beni	65.481	35,08	64,92	54,61	-	45,39	82,03	17,97
Pando	10.527	38,62	61,38	45,69	-	54,31	72,44	27,56
CENSO 2012	2.812.715	66,09	33,91	78,18	2,77	19,04	69,92	30,08
Chuquisaca	150.075	39,08	60,91	52,11	4,43	43,44	56,08	43,90
La Paz	852.730	70,62	29,38	79,76	1,72	18,53	65,27	34,73
Cochabamba	517.711	54,38	45,62	78,21	1,87	19,92	70,13	29,87
Oruro	152.779	63,57	36,43	74,44	3,57	21,99	47,28	52,72
Potosí	243.067	55,62	44,38	66,81	2,50	30,69	41,53	58,47
Tarija	126.820	81,48	18,52	87,02	2,39	10,59	81,80	18,20
Santa Cruz	648.286	82,35	17,65	87,33	3,33	9,33	89,80	10,20
Beni	95.484	40,81	59,19	73,82	7,27	18,81	86,01	13,99
Pando	25.763	32,02	67,98	48,78	15,41	35,81	84,07	15,93

FUENTE: INE

1) El Censo 2012 incluye otras fuentes de energía eléctrica: el motor propio, panel solar y otras fuentes alternativas. Esta información no fue recabada en el Censo 2001.

Se observa un incremento de la disponibilidad de los servicios básicos en las viviendas durante el periodo intercensal.

El porcentaje de viviendas particulares que tiene agua por cañería de red aumentó de 62,27 por ciento en el 2001 a 66,10 por ciento en el 2012; la cobertura del servicio de energía eléctrica aumentó de 64,38 por ciento en 2001 a 78,18 por ciento en el 2012. El porcentaje de viviendas que disponen de servicio sanitario pasó de 63,69 en 2001 a 69,92 para el 2012.

Cuadro 4: Número de viviendas según procedencia del agua

DEPARTAMENTO	TOTAL	PROCEDENCIA DEL AGUA						
		Cañería de red	Pileta pública	Carro repartidor (aguatero)	Pozo o noria con bomba	Pozo o noria sin bomba	Río, vertiente, acequia	Lago, laguna, curiche
TOTAL	2.812.715	1.859.053	261.520	86.372	107.635	200.443	269.612	28.080
Chuquisaca	150.075	58.643	24.251	2.250	3.760	8.802	49.931	2.438
La Paz	852.730	602.164	66.314	9.048	16.314	72.679	81.003	5.208
Cochabamba	517.711	281.538	53.563	61.256	29.225	25.127	61.028	5.974
Oruro	152.779	97.122	14.013	885	5.111	23.471	10.253	1.924
Potosí	243.067	135.196	45.107	2.885	3.210	21.835	31.925	2.919
Tarija	126.820	103.338	8.453	1.613	3.728	1.438	7.909	341
Santa Cruz	648.286	533.847	40.740	2.787	33.898	18.772	13.856	4.386
Beni	95.484	38.966	7.012	5.343	10.512	21.949	8.001	3.701
Pando	25.763	8.249	2.067	305	1.877	6.370	5.706	1.189

FUENTE: INE

En el 56,07 por ciento de las viviendas que disponen de servicio sanitario, este es usado solamente por los habitantes de la vivienda. En el resto el uso es compartido con habitantes de otras viviendas. El 56,39 por ciento tiene desagüe a alcantarillado, 31,16 por ciento pozos ciegos, y 11,71 por ciento cámara séptica.

Cuadro 5: Número de viviendas según disponibilidad y uso de servicio sanitario

DEPARTAMENTO	TOTAL	BAÑO, INODORO O LETRINA							No tiene
		Tiene	Uso			Desagüe			
			Uso privado	Uso compartido	Alcantarillado	Cámara Séptica	Pozo Ciego	Superficie (calle/ quebrada/ río)	
TOTAL	2.812.715	1.986.897	1.102.780	863.922	1.108.948	230.340	612.847	14.553	846.013
Chuquisaca	150.075	84.169	45.244	38.930	64.152	3.488	15.208	1.323	65.901
La Paz	852.730	558.569	332.478	224.091	395.998	22.476	132.126	5.969	296.161
Cochabamba	517.711	383.090	231.809	131.281	199.521	42.241	119.295	2.033	154.621
Oruro	152.779	72.241	40.508	31.733	60.321	3.536	8.009	375	80.538
Potosí	243.067	100.951	48.795	52.158	73.101	4.298	22.527	1.025	142.116
Tarja	126.620	103.734	54.481	49.253	65.893	7.644	29.893	304	23.086
Santa Cruz	648.286	582.156	296.166	285.990	230.247	123.567	226.130	2.212	66.130
Beni	95.484	82.127	40.430	41.697	16.602	19.480	45.072	973	13.357
Pando	25.763	21.660	12.869	8.791	3.113	3.619	14.589	339	4.103

FUENTE: INE

El bienestar y la salud de las personas dependen de las condiciones sanitarias de la vivienda y de su entorno. La eliminación de los desechos sólidos es fundamental para asegurar un ambiente saludable a la población.

El tipo de tratamiento para la eliminación de la basura o los residuos sólidos generados a partir de actividades domésticas en las viviendas pueden constituir un riesgo sanitario o ambiental. El Censo 2012 investiga la principal forma de eliminación de la basura en las viviendas.

El servicio público de recolección de basura (carro basurero) es el medio empleado con mayor frecuencia para el tratamiento de los residuos sólidos (44,34 por ciento).

1.6. Antecedentes de las Condiciones Sanitarias

La Ley de Salud al responder a las necesidades, aspiraciones y problemas de salud, debe considerar todas las variables determinantes que afectan el equilibrio sano de las personas y actuar sobre cada uno de estos factores identificándoles, controlándoles y evitando su agresión hacia las personas

Por ello es que la presente Ley considera el estado de Salud de las Personas en todo el territorio nacional en las fronteras, la faja fronteriza, las áreas rurales y el campo, las áreas periféricas de todas las ciudades, y muy especialmente todos los centros poblados en las ciudades, cualquiera sea su magnitud y concentración demográficas.

Los datos más recientes y con mayor nivel de realidad nos muestran un país con una población de 11.052.000 habitantes, tiene un crecimiento poblacional de 1,5 por ciento anual, con una tasa de fecundidad de 2.8 hijos por mujer y una tasa de embarazos en adolescentes de 69 por cada mil embarazos, situándonos entre una de las más altas en la América Latina.

Entre los trazadores del desarrollo social y de salud en el país podemos señalar que hay una pérdida de vidas alrededor del 10 por ciento asociada al proceso reproductivo y constituida por pérdida de vidas de mujeres embarazadas, niños intraútero, recién nacidos antes de cumplir una semana de vida y las complicaciones por abortos con registros institucionales (Horacio Toro 2017).

Según la fuente de “Las Condiciones de Salud de las Américas de OPS/OMS para el año 2017”, la Razón de Mortalidad Materna, con serios problemas de subregistro, sub notificación y sub información, muestra diferentes niveles de información, situándose entre 160 a 290 por 100 mil nacidos vivos. Una razón de Mortalidad Materna Estimada en 206 por 100 mil nacidos vivos. Una tasa de Mortalidad Infantil de 50 por mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad de menores de 5 años de 63 por cada mil niños de la misma edad. No se dispone de un indicador cierto de mortalidad general

Entre trazadores sociales asociados a las condiciones de salud podemos señalar que la desnutrición crónica en niños menores de cinco años aun muestra un índice preocupante de 18,1 por cada cien niños de la misma edad.

Para medir el acceso y uso de servicios de salud y como un marcador propio del sistema sanitario señalamos un porcentaje de partos institucionales de 71,4 por ciento.

En relación a la disponibilidad de recursos humanos en salud la fuente de la OPS/OMS señala que para Bolivia disponemos 0.89 médicos por cada mil habitantes; 0,51 enfermeras. Y 0,08 odontólogos por cada mil habitantes, mostrando el gran déficit de recursos humanos para salud.

El Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB varía según la fuente para el 2017, entre 5.1 a 6.1 por ciento; siendo el gasto de bolsillo (cada paciente) de 23.1 por ciento. El Gasto en Salud del Estado por persona alcanza a un promedio entre 95 a 100 dólares americanos por año, situándonos entre los más bajos de América.

1.6.5. Perfil Epidemiológico Consulta Externa

La morbilidad en la Consulta Médica del Sistema de Salud refleja que aún es importante la ocurrencia de enfermedades agudas como la de vías respiratorias y digestivas, sin embargo, también se identifica enfermedades crónicas no transmisibles, constituyendo un perfil combinado de transición entre agudas transmisibles y crónicas no transmisibles; estos últimos están íntimamente relacionados con los estilos de vida no saludables.

Cuadro 6: Morbilidad en Consulta Externa (2015)

PATOLOGIAS SEGÚN GRUPO CIE - 10		Nº CASOS
J00-J06	Infecciones agudas de las vías respiratorias superiores	49.183
A00-A09	Enfermedades infecciosas intestinales	22.623
I10-I15	Enfermedades hipertensivas	19.223
K20-K31	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno	18.681
N30-N39	Otras enfermedades del sistema urinario	18.627
M00-M25	Artropatías	17.723
H49-H52	Trastornos de los músculos oculares, del movimiento binocular, de la acomodación y de la refracción	17.118
M40-M54	Dorsopatías	16.354
E10-E14	Diabetes mellitus	16.224
H10-H13	Trastornos de la conjuntiva	13.179
N40-N51	Enfermedades de los órganos genitales masculinos	12.788
K80-K87	Trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas	12.000
S80-S89	Traumatismos de la rodilla y de la pierna	10.746
M60-M79	Trastornos de los tejidos blandos	9.854
L20-L30	Dermatitis y eczema	9.687
I30-I52	Otras formas de enfermedad del corazón	9.667
S00-S09	Traumatismos de la cabeza	9.643
J20-J22	Otras infecciones agudas de las vías respiratorias inferiores	9.479
F40-F48	Trastornos neuróticos, trastornos relacionados con el estrés y trastornos somatomorfos	9.023
N80-N98	Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	9.014
Otras Causas		437.947
TOTAL GENERAL		748.783

FUENTE: SNIS-VE/SICE

NOTA: La Información corresponde a 72 hospitales públicos de 2do. y 3er. nivel de atención a nivel nacional

El cuadro muestra el universo de patologías obtenido del registro de la Consulta Externa, constituyendo el perfil patológico que orienta a visualizar el perfil epidemiológico que necesariamente se obtendría por investigaciones de campo.

Asociando el perfil epidemiológico a los niveles de urbanización de la población, se colige que la tendencia al incremento de la Esperanza de Vida al Nacer comprende también la presencia de enfermedades crónicas que conforman un perfil epidemiológico de transición influido además por los actuales hábitos y estilos de vida.

El Sistema Boliviano de Salud debe priorizar la investigación en todas sus dimensiones (Clínica, social, de campo y otras modalidades)

1.6.6. Enfermedades no transmisibles

A pesar de que el Sistema de Salud no cuenta con información sistemática y organizada que recoja la misma con oportunidad y cobertura, la información que se cuenta permite visualizar la tendencia de las enfermedades crónicas como el Cáncer.

Aun el sistema es deficiente en la detección oportuna del cáncer cervico uterino y más aún la calidad de los resultados del laboratorio.

1.6.6.5. Cáncer

Cuadro 7: Cáncer Cervico Uterino

DEPARTAMENTO	2012		2013		2014		2015	
	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA	NÚMERO	TASA
CHUQUISACA	297	20,81	291	20,17	114	7,81	80	5,42
LA PAZ	729	10,18	880	12,20	669	9,21	772	10,55
COCHABAMBA	770	16,74	682	14,60	551	11,61	497	10,31
ORURO	55	4,36	109	8,53	82	6,33	15	1,14
POTOSÍ	72	3,80	98	5,12	80	4,13	40	2,04
TARIJA	91	6,99	155	11,69	182	13,48	154	11,21
SANTA CRUZ	528	7,31	672	9,06	765	10,05	1.199	15,36
BENI	128	12,46	155	14,85	178	16,78	272	25,22
PANDO	22	8,37	25	9,03	7	2,40	11	3,60
TOTAL GENERAL	2.692	10,29	3.067	11,54	2.628	9,73	3.040	11,07

FUENTE: SNIS-VE
TASA CACU = NÚMERO DE CACU / POBLACIÓN (MUJERES EN EDAD FÉRTIL 15-49 AÑOS) X 10000

Cuadro 8: Cáncer en general según sexo y departamento (2015)

DEPARTAMENTO	CÁNCER (OTROS)		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	191	186	377	3,13	3,04	6,17
LA PAZ	823	1.190	2.013	2,92	4,22	7,13
COCHABAMBA	1.040	1.496	2.536	5,51	7,92	13,43
ORURO	94	84	178	1,81	1,62	3,43
POTOSÍ	58	56	114	0,67	0,65	1,31
TARIJA	239	329	568	4,48	6,17	10,65
SANTA CRUZ	2.184	2.697	4.881	7,27	8,98	16,24
BENI	97	116	213	2,16	2,58	4,74
PANDO	2	3	5	0,16	0,23	0,39
TOTAL GENERAL	4.728	6.157	10.885	4,37	5,69	10,06

FUENTE: SNIS-VE
TASA = NÚMERO DE OTROS CÁNCERES / POBLACIÓN X 10000

1.6.6.6. Enfermedades cardiovasculares

La información oficial de las enfermedades cardiovasculares refleja discordancia entre departamentos, llama la atención Chuquisaca con una tasa de 71 por mil ocurrencias y La Paz solo con 7,53, asumiendo que esto se explica por un problema de registro, considerando que estas patologías están ligadas a los estilos de vida y al consumo de alimentos no saludables.

Em general la tasa de 19 por mil a nivel nacional es preocupante porque este problema de salud genera alta mortalidad.

Cuadro 9: Enfermedades Cardiovasculares (2015)

DEPARTAMENTO	CARDIOVASCULARES		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	2.007	2.349	4.356	32,84	38,44	71,29
LA PAZ	1.007	1.119	2.126	3,57	3,97	7,53
COCHABAMBA	1.245	1.212	2.457	6,59	6,42	13,01
ORURO	396	546	942	7,62	10,51	18,13
POTOSÍ	452	461	913	5,21	5,32	10,53
TARIJA	870	806	1.676	16,31	15,11	31,42
SANTA CRUZ	4.040	4.154	8.194	13,44	13,82	27,27
BENI	430	416	846	9,56	9,25	18,81
PANDO	36	39	75	2,79	3,02	5,82
TOTAL GENERAL	10.483	11.102	21.585	9,68	10,26	19,94

FUENTE: SNIS-VE
TASA = NÚMERO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES / POBLACIÓN X 10000

1.6.6.7. Epilepsia y Convulsiones

Cuadro 10: Epilepsia y convulsiones (2015)

DEPARTAMENTO	EPILEPSIA - CONVULSIONES - ATAQUES		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	851	824	1.675	13,93	13,48	27,41
LA PAZ	1.276	1.226	2.502	4,52	4,34	8,87
COCHABAMBA	702	771	1.473	3,72	4,08	7,80
ORURO	102	97	199	1,96	1,87	3,83
POTOSÍ	231	248	479	2,66	2,86	5,52
TARIJA	1.492	1.315	2.807	27,97	24,65	52,62
SANTA CRUZ	1.151	1.149	2.300	3,83	3,82	7,65
BENI	190	187	377	4,23	4,16	8,38
PANDO	32	26	58	2,48	2,02	4,50
TOTAL GENERAL	6.027	5.843	11.870	5,57	5,40	10,97

FUENTE: SNIS-VE
TASA = NÚMERO DE PERSONAS CON EPILEPSIA-CONVULSIONES-ATAQUES / POBLACIÓN X 10000

1.6.6.8. Depresión y ansiedad

En Tarija la puesta en marcha del SUSAT ha generado mayor acceso a la cobertura de atención y el establecimiento de un sistema de registro que ha mejorado la captación de datos. En Chuquisaca el 43 por diez mil, también significa un buen sistema de registro más cercano a la realidad a diferencia del resto de departamentos que debieran optimizar el registro de información para obtener un perfil de esta patología más ajustado a la realidad.

Cuadro 11: Episodios Depresivos y Ansiedad (2015)

DEPARTAMENTO	EPISODIOS DEPRESIVOS - ANSIEDAD		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	856	1.812	2.668	14,01	29,65	43,66
LA PAZ	1.819	3.772	5.591	6,45	13,37	19,81
COCHABAMBA	1.058	2.366	3.424	5,60	12,53	18,13
ORURO	182	339	521	3,50	6,52	10,03
POTOSÍ	152	213	365	1,75	2,46	4,21
TARIJA	698	1.339	2.037	13,09	25,10	38,19
SANTA CRUZ	1.693	3.166	4.859	5,63	10,54	16,17
BENI	114	297	411	2,54	6,60	9,14
PANDO	7	26	33	0,54	2,02	2,56
TOTAL GENERAL	6.579	13.330	19.909	6,08	12,31	18,39

FUENTE: SNIS-VE
TASA = NÚMERO EPISODIOS DEPRESIVOS-ANSIEDAD / POBLACIÓN X 10000

1.6.6.9. Hipertensión Arterial

Cuadro 12: Hipertensión Arterial (2015)

DEPARTAMENTO	HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA EN MAYORES DE 5 AÑOS		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	4.245	7.410	11.655	78,47	136,98	215,46
LA PAZ	14.480	18.900	33.380	56,99	74,39	131,38
COCHABAMBA	7.261	9.803	17.064	43,18	58,29	101,47
ORURO	3.562	4.869	8.431	76,49	104,56	181,05
POTOSÍ	3.333	4.571	7.904	43,84	60,12	103,95
TARIJA	7.218	10.137	17.355	152,52	214,20	366,73
SANTA CRUZ	23.677	35.431	59.108	89,63	134,13	223,76
BENI	6.113	10.575	16.688	155,42	268,87	424,29
PANDO	713	936	1.649	63,76	83,70	147,45
TOTAL GENERAL	70.602	102.632	173.234	73,47	106,80	180,28

FUENTE: SNIS-VE
TASA = NÚMERO PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL / POBLACIÓN MAYOR A 5 AÑOS X 10000

A nivel nacional se muestra una alta incidencia de hipertensión arterial con diferencias entre regiones lo que constituye un problema de salud pública que debe ser priorizada y abordada de manera integral, no solo medica sino sobre todo de estilos de vida y de determinancia en la salud

1.6.6.10. Enfermedades Reumáticas

Cuadro 13: Enfermedades Reumáticas (2015)

DEPARTAMENTO	ENFERMEDADES REUMÁTICAS		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	4.537	7.223	11.760	74,25	118,20	192,45
LA PAZ	6.094	11.643	17.737	21,59	41,26	62,85
COCHABAMBA	2.418	4.692	7.110	12,81	24,85	37,66
ORURO	1.449	2.747	4.196	27,89	52,87	80,76
POTOSÍ	1.924	3.304	5.228	22,19	38,10	60,28
TARIJA	1.174	2.557	3.731	22,01	47,94	69,94
SANTA CRUZ	4.739	8.388	13.127	15,77	27,91	43,68
BENI	1.720	3.174	4.894	38,25	70,58	108,83
PANDO	313	345	658	24,27	26,76	51,03
TOTAL GENERAL	24.368	44.073	68.441	22,51	40,71	63,22

FUENTE: SNIS-VE

TASA = NÚMERO DE PERSONAS CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS / POBLACIÓN X 10000

La Incidencia de enfermedades reumáticas es alta a nivel nacional y es también un problema de salud pública y tiene un efecto significativo en el mercado de trabajo porque se presenta en la población en edad de trabajar.

1.6.6.11. Diabetes

La Diabetes en todas sus formas están relacionadas fundamentalmente con los hábitos alimenticios y hereditarios, su incidencia es preocupante por lo que debería priorizarse en las políticas publicas

Cuadro 14: Diabetes tipo 1 en población menor a 20 años (2015)

DEPARTAMENTO	DIABETES TIPO 1		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	189	297	486	6,77	10,64	17,40
LA PAZ	1.037	1.577	2.614	9,12	13,87	23,00
COCHABAMBA	802	1.005	1.807	9,89	12,39	22,27
ORURO	423	565	988	19,29	25,76	45,05
POTOSÍ	382	531	913	9,31	12,93	22,24
TARIJA	780	1.034	1.814	35,54	47,11	82,65
SANTA CRUZ	2.800	3.798	6.598	21,08	28,59	49,67
BENI	473	643	1.116	21,93	29,82	51,75
PANDO	109	96	205	17,73	15,62	33,35
TOTAL GENERAL	6.995	9.546	16.541	14,94	20,39	35,33

FUENTE: SNIS-VE

TASA = NÚMERO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 1 / POBLACIÓN MENORES A 20 AÑOS X 10000

Cuadro 15 : Diabetes tipo 2 en población de 20 años y más (2015)

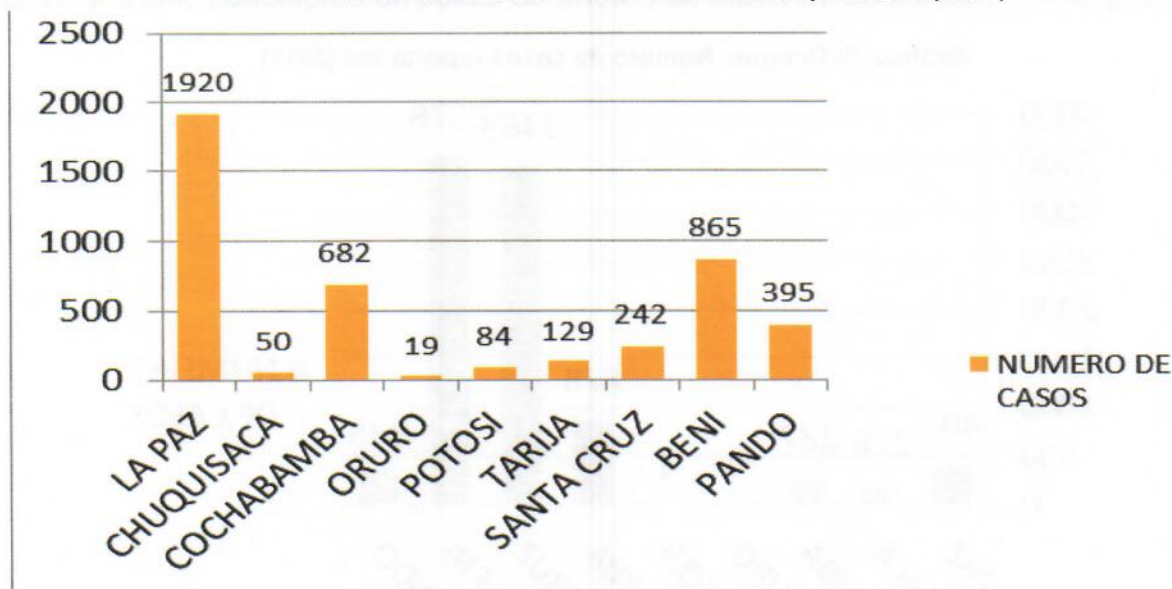
DEPARTAMENTO	DIABETES TIPO 2		TOTAL	TASA		TASA
	MASCULINO	FEMENINO		MASCULINO	FEMENINO	
CHUQUISACA	1.218	2.455	3.673	36,71	73,99	110,70
LA PAZ	5.271	7.394	12.665	31,27	43,87	75,14
COCHABAMBA	5.236	7.257	12.493	48,63	67,40	116,02
ORURO	1.338	1.952	3.290	44,56	65,01	109,58
POTOSÍ	739	1.120	1.859	16,18	24,52	40,71
TARIJA	2.399	4.752	7.151	76,41	151,36	227,77
SANTA CRUZ	12.142	20.180	32.322	72,42	120,36	192,78
BENI	2.339	4.405	6.744	99,94	188,22	288,16
PANDO	266	426	692	39,42	63,13	102,55
TOTAL GENERAL	30.948	49.941	80.889	50,38	81,30	131,67

FUENTE: SNISQ VE

TASA = NÚMERO DE PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 / POBLACIÓN DE 20 Y MAS AÑOS X 10000

1.6.7. Enfermedades transmitidas por vectores

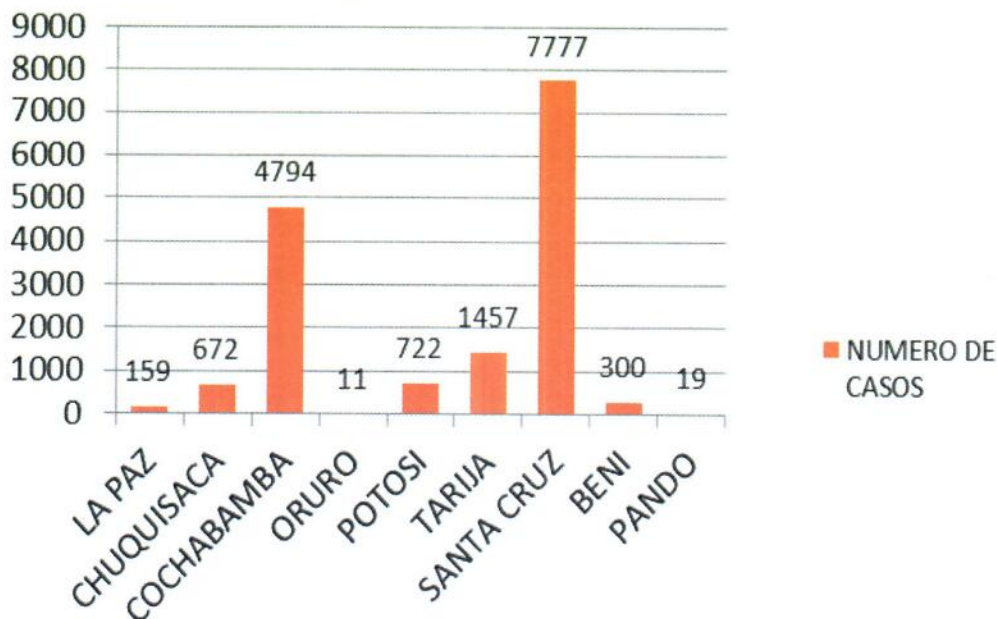
Gráfico 4: Leishmaniasis: Número de casos reportados (2017)



Fuente: Elaboración propia en base a información SNIS 2017

La información reportada muestra que los departamentos con mayor número de casos reportados son La Paz, Cochabamba y Beni, en las regiones tropicales que constituyen de mayor riesgo, aclarar que la información de casos confirmados por laboratorio no se reportan en el SNIS, sino en el programa

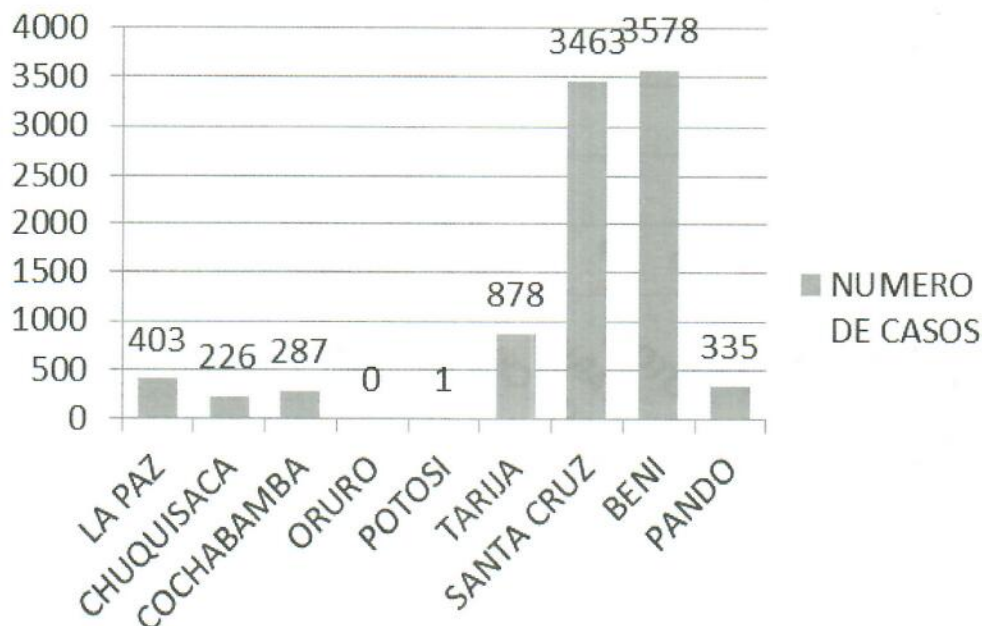
Gráfico 5: Chagas: Número de casos reportados (2017)



Fuente: Elaboración propia en base a información SNIS 2017

El Chagas agudo tiene presencia en la zona de los valles, con una importante presencia en Santa Cruz, Cochabamba y Tarija, este mal está presente en todos los departamentos, en la zona altiplánica, sobre todo en Oruro se trataría de casos no autóctonos sino importados.

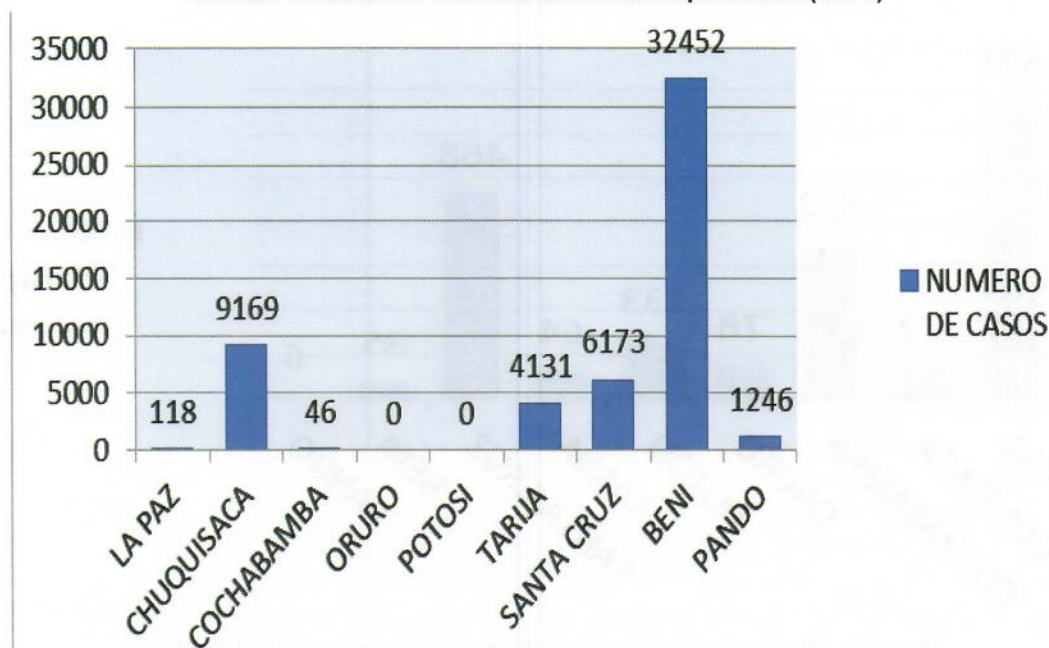
Gráfico 6: Dengue: Número de casos reportados (2017)



Fuente: Elaboración propia en base a información SNIS 2017

El Dengue tiene una presencia muy importante en la Amazonia con el mayor número de casos en Santa Cruz y Beni es una enfermedad tropical localizada principalmente en la amazonia, sin embargo el agente tiene presencia en la mayoría de los departamentos.

Gráfico 7: Malaria: Número de casos reportados (2017)

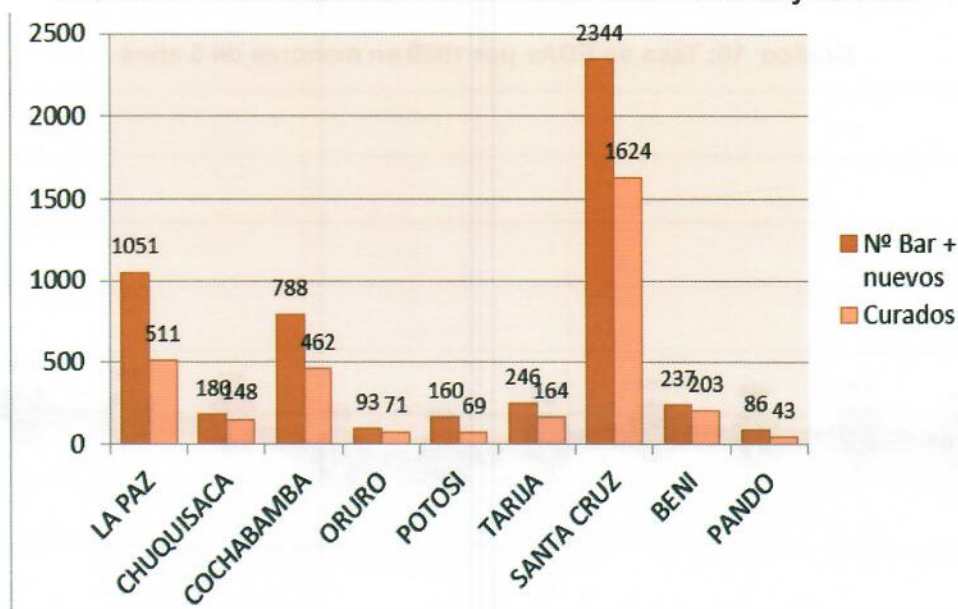


Fuente: Elaboración propia en base a información SNIS 2017

La Malaria, otra enfermedad vectorial con una presencia importante en Beni, Santa Cruz, y Chuquisaca, sin embargo también el resto de los departamentos está afectado por este mal

1.6.8. Tuberculosis

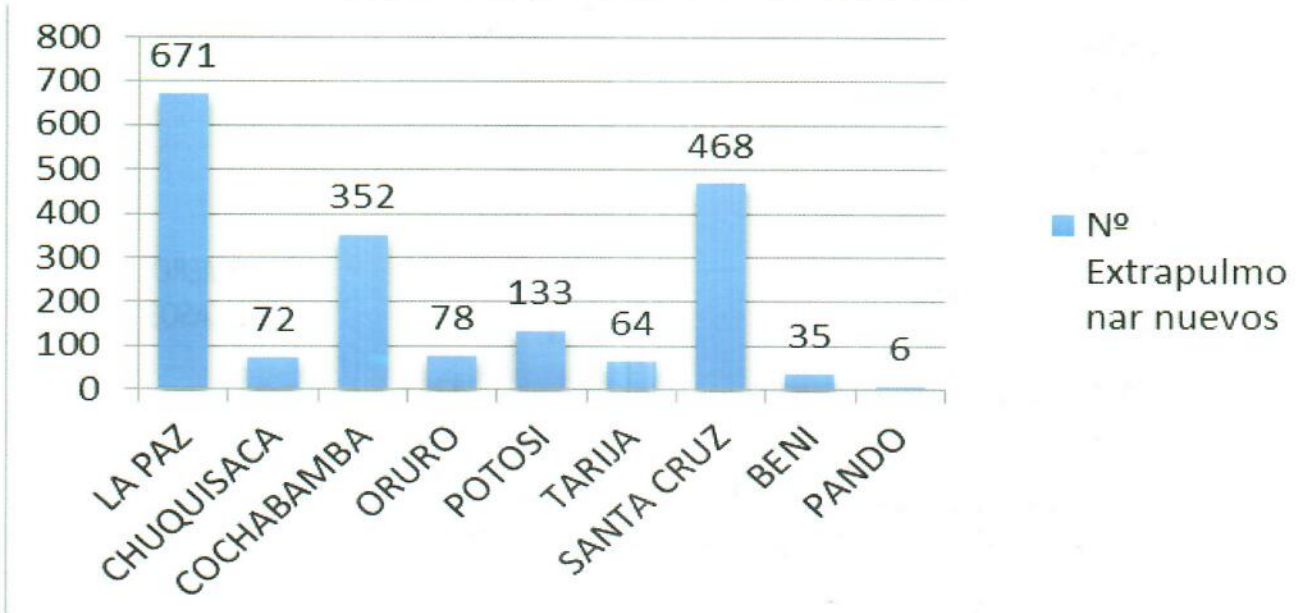
Gráfico 8: Tuberculosis Número de casos BAR + Nuevos y Curados



Fuente: Elaboración propia en base a información SNIS 2017

El grafico muestra la ocurrencia de esta enfermedad transmisible en todo el país, son casos reportados y conformados por laboratorio como Bar +, llama la atención su presencia en la zona tropical y los valles, Santa Cruz Cochabamba La Paz, las condiciones determinantes son fundamentales para la presencia de esta enfermedad.

Gráfico 9: Número de casos de TB extrapulmonar



Fuente: Elaboración propia en base a información SNIS 2017

La tuberculosis extra pulmonar es de una importante presencia en todos los departamentos, la relación porcentual frente a la pulmonar es significativa, sugiere asumir que la población portadora de VIH es la más susceptible de contraer tb extra pulmonar

1.6.9. Salud Infantil

1.6.9.1. EDAs

Gráfico 10: Tasa de EDAs por 1000 en menores de 5 años

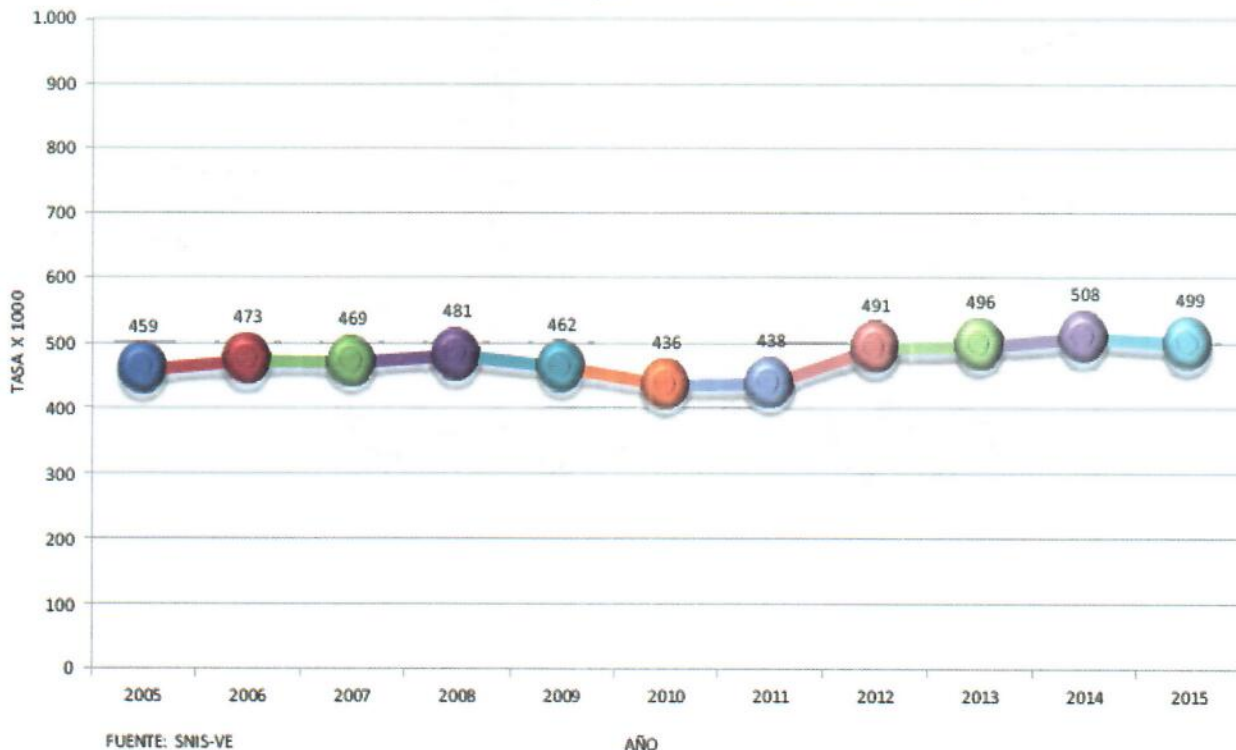
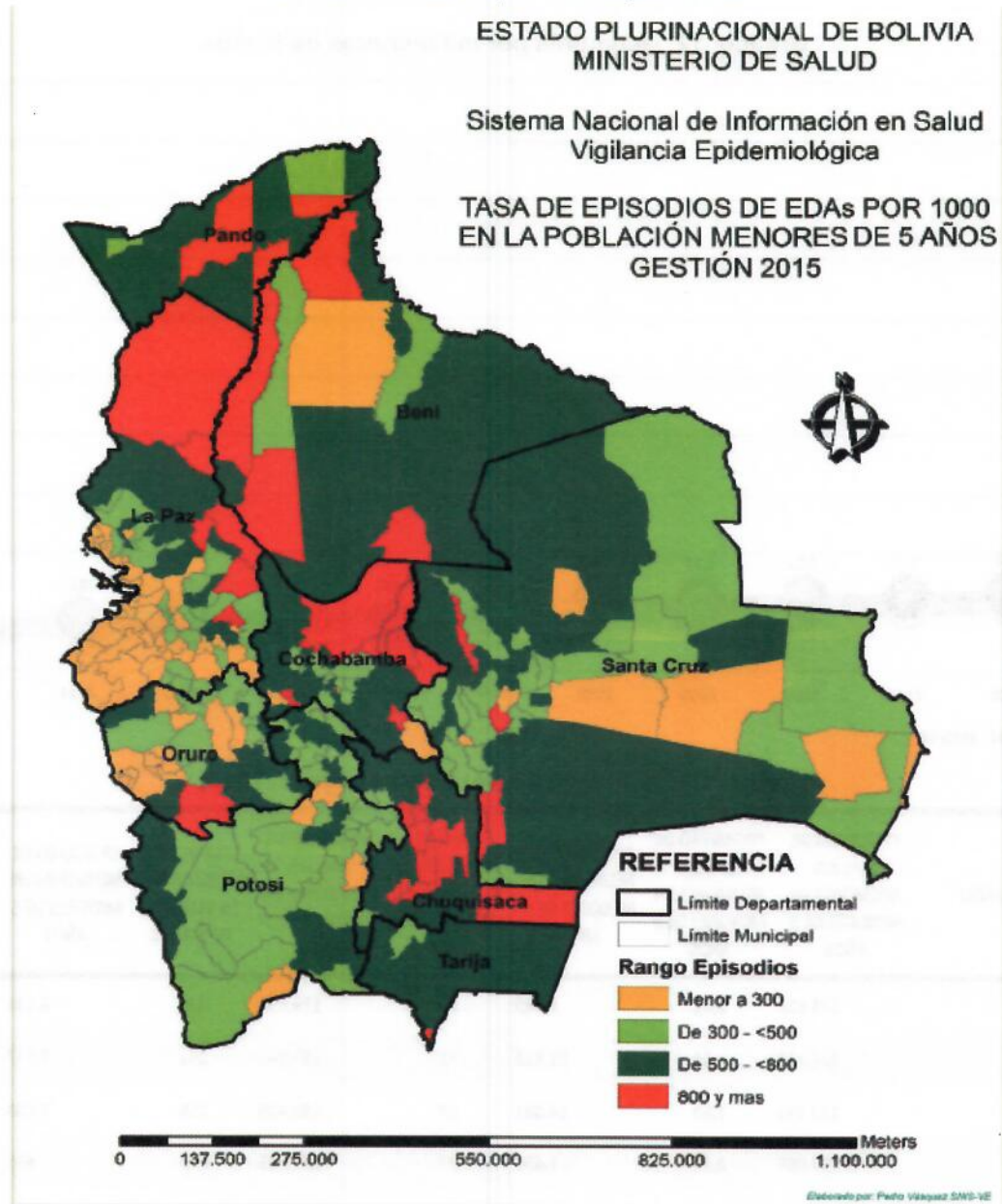


Gráfico 11: EDAs por municipios 2015



Cuadro 16: Número de municipios por EDAs en 2015

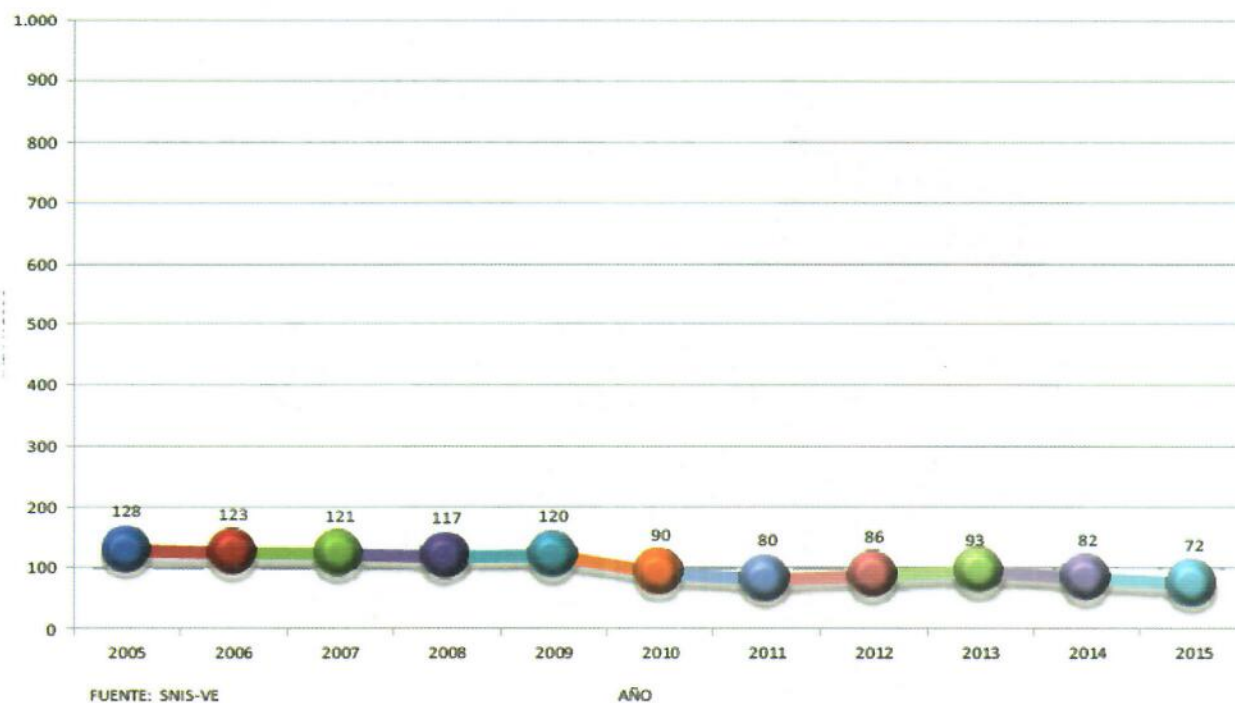
NÚMERO DE MUNICIPIOS ESTRATIFICADOS DE ENFERMEDADES DIARREICAS AGUDAS SEGÚN RANGO DE EPISODIOS X 1000
EN MENORES DE 5 AÑOS GESTIÓN 2015

EPISODIOS	NÚMERO DE MUNICIPIOS	PORCENTAJE
MENOR A 300	76	19%
300 - <500	99	30%
500 - <800	125	41%
800 Y MÁS	39	9%
TOTAL	339	100%

FUENTE: SNIS-VE

1.6.9.2. IRAS

Gráfico 12: Neumonía por mil menores de 5 años



Cuadro 17: Tasa de IRAS por Departamento (2015)

DEPARTAMENTO	EPISODIOS DE IRAs SIN NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	PROMEDIO DE IRAs SIN NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	EPISODIOS DE NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	TASA DE EPISODIOS DE NEUMONÍA EN MENORES DE 5 AÑOS	EPISODIOS DE IRAs SIN NEUMONÍA EN MAYORES DE 5 AÑOS	TASA DE IRAs SIN NEUMONÍA EN MAYORES DE 5 AÑOS	EPISODIOS DE NEUMONÍA EN MAYORES DE 5 AÑOS	TASA DE NEUMONÍA EN MAYORES DE 5 AÑOS
CHUQUISACA	171.665	2,45	5.369	77	179.891	333	4.124	8
LA PAZ	376.852	1,34	21.822	78	387.845	153	7.017	3
COCHABAMBA	392.795	1,90	14.081	68	260.425	155	7.403	4
ORURO	117.005	2,17	1.430	27	151.783	326	936	2
POTOSÍ	200.231	1,87	4.140	39	228.986	301	2.982	4
TARIJA	142.724	2,37	3.369	56	212.259	449	3.187	7
SANTA CRUZ	526.966	1,45	33.391	92	331.971	126	12.360	5
BENI	117.396	2,08	3.271	58	79.288	202	1.268	3
PANDO	31.667	1,85	1.185	69	14.758	132	341	3
TOTAL GENERAL	2.077.301	1,71	88.058	72	1.847.206	192	39.618	4

FUENTE: SNIS-VE

PROMEDIO IRA = NO. DE EPISODIOS / POBLACIÓN MENORES DE 5 AÑOS

TASA NEUMONÍAS = NO. DE EPISODIOS / POBLACIÓN MENORES Y MAYORES DE 5 AÑOS X 1000

Gráfico 13: Casos de neumonía por 1000 según municipios 2015



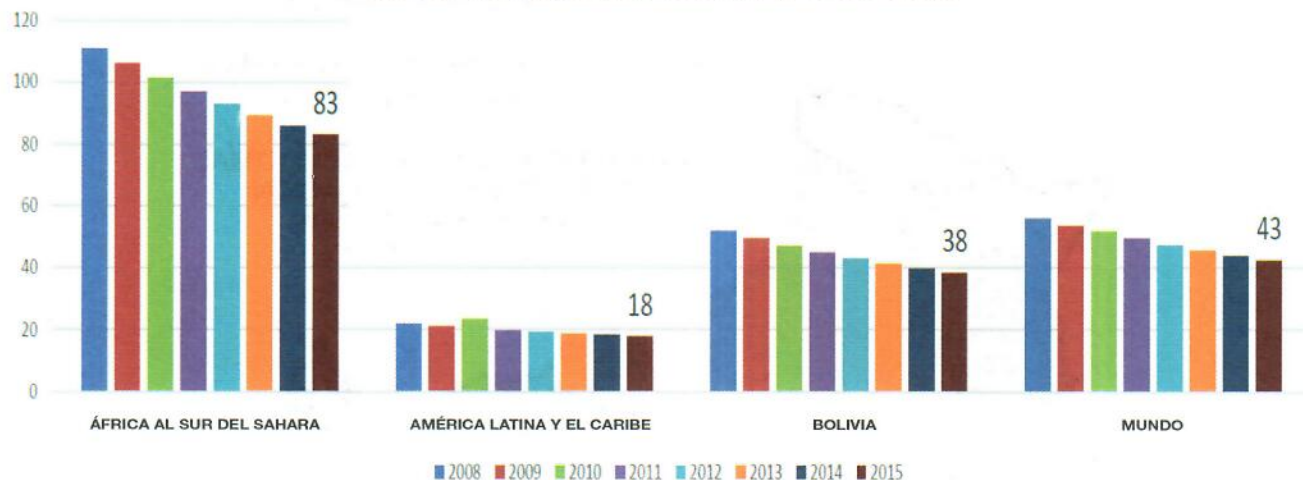
Cuadro 18: Número de municipios por IRAs en 2015

NÚMERO DE MUNICIPIOS ESTRATIFICADOS DE NEUMONÍAS SEGÚN RANGO DE EPISODIOS X 1000 EN MENORES DE 5 AÑOS GESTIÓN 2015		
EPISODIOS	NÚMERO DE MUNICIPIOS	PORCENTAJE
MENOR A 100	292	86%
100 - <200	36	11%
200 - <300	8	8%
300 Y MÁS	3	1%
TOTAL	339	100%

FUENTE: SNIS-VE

1.6.9.3. Mortalidad en la niñez

Gráfico 14: Mortalidad de la niñez en el mundo

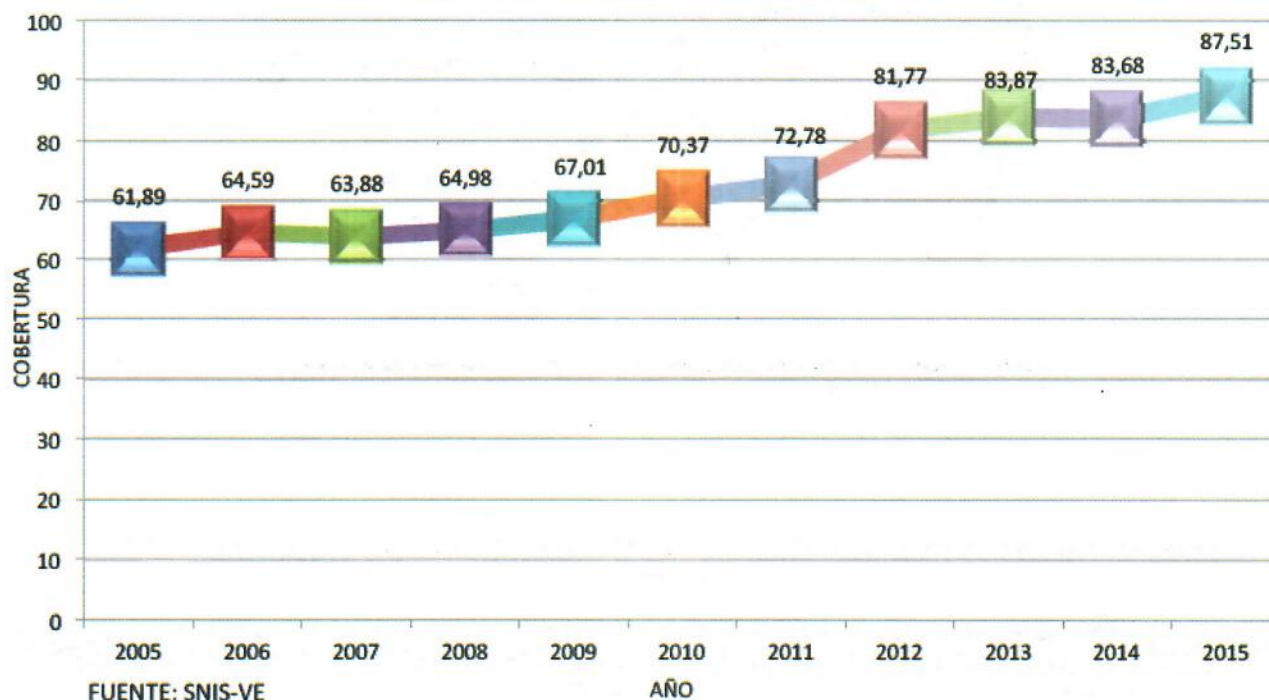


Situación similar se presenta en relación a la mortalidad de la niñez. Según la ENDSA 1989 en Bolivia fallecían 142 niños por cada por cada mil, antes de cumplir los cinco años de edad mientras que en 2015 la Tasa de Mortalidad de la Niñez fue de 38 por mil, la tasa disminuyó en 75%.

1.6.10. Salud Materna

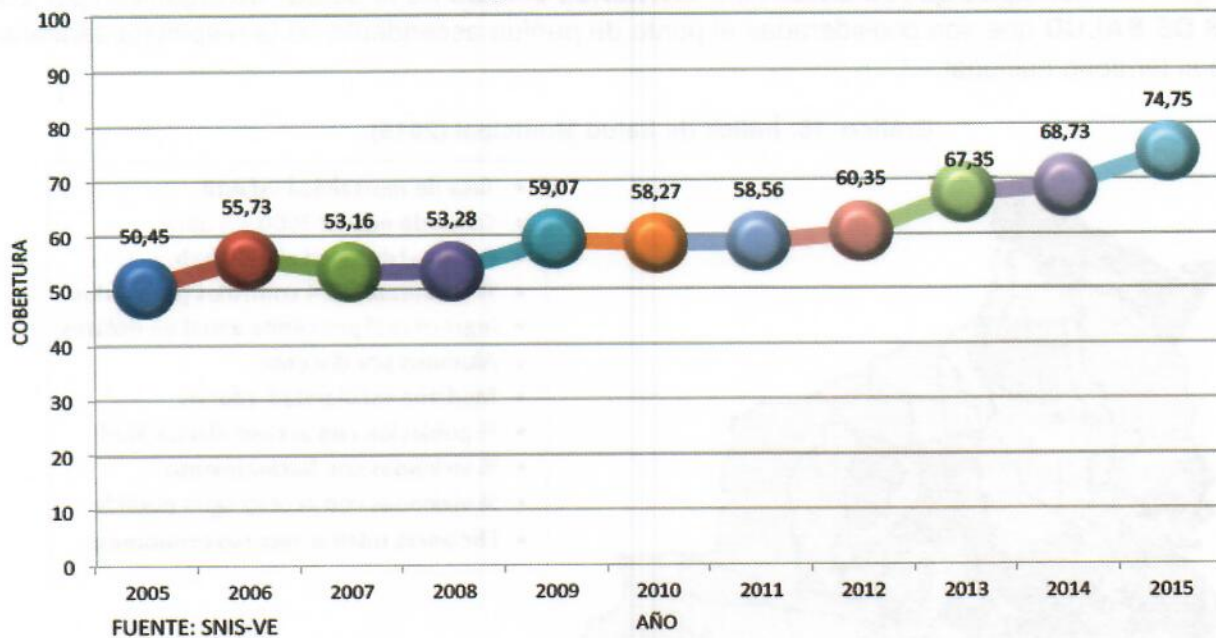
1.6.10.1. Parto Institucional

Gráfico 15: Cobertura de Parto Institucional



1.6.10.2. Control Prenatal

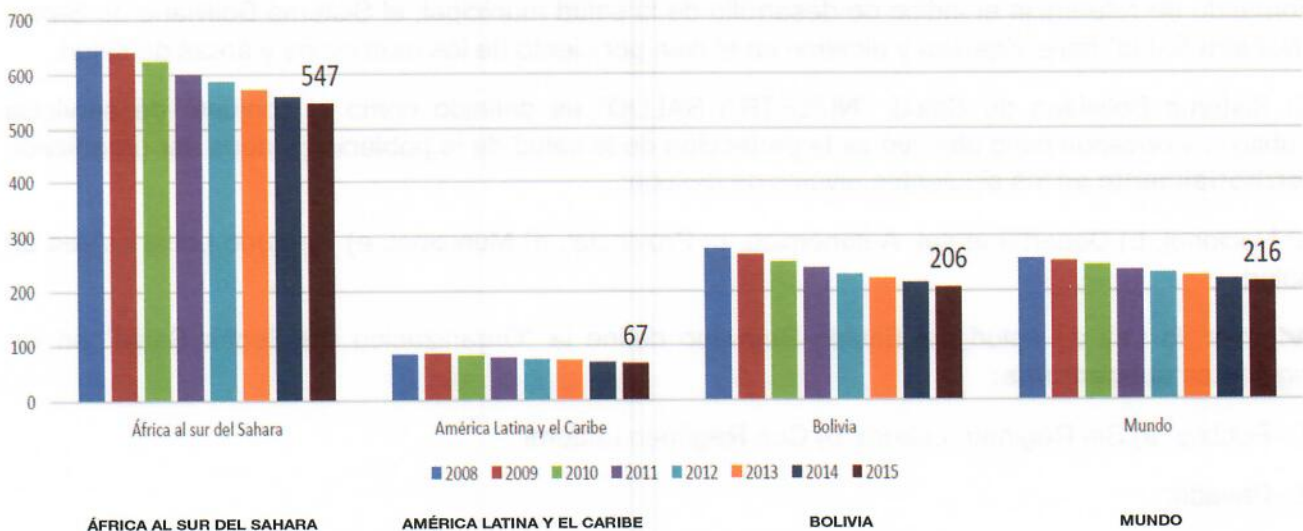
Gráfico 16: Porcentaje de embarazadas con 4 controles prenatales



1.6.10.3. Mortalidad Materna

El SUMI ha contribuido a reducir la mortalidad materna en el país. Antes del inicio del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, según la ENDSA 1989, la tasa de mortalidad materna por cada 100.000 niños nacidos vivos alcanzaba a 416, mientras que en 2015 llegó a 206, la mortalidad materna se redujo a la mitad. No obstante, todavía sigue siendo el triple de la que se registra en América Latina.

Gráfico 17: Mortalidad Materna en el mundo



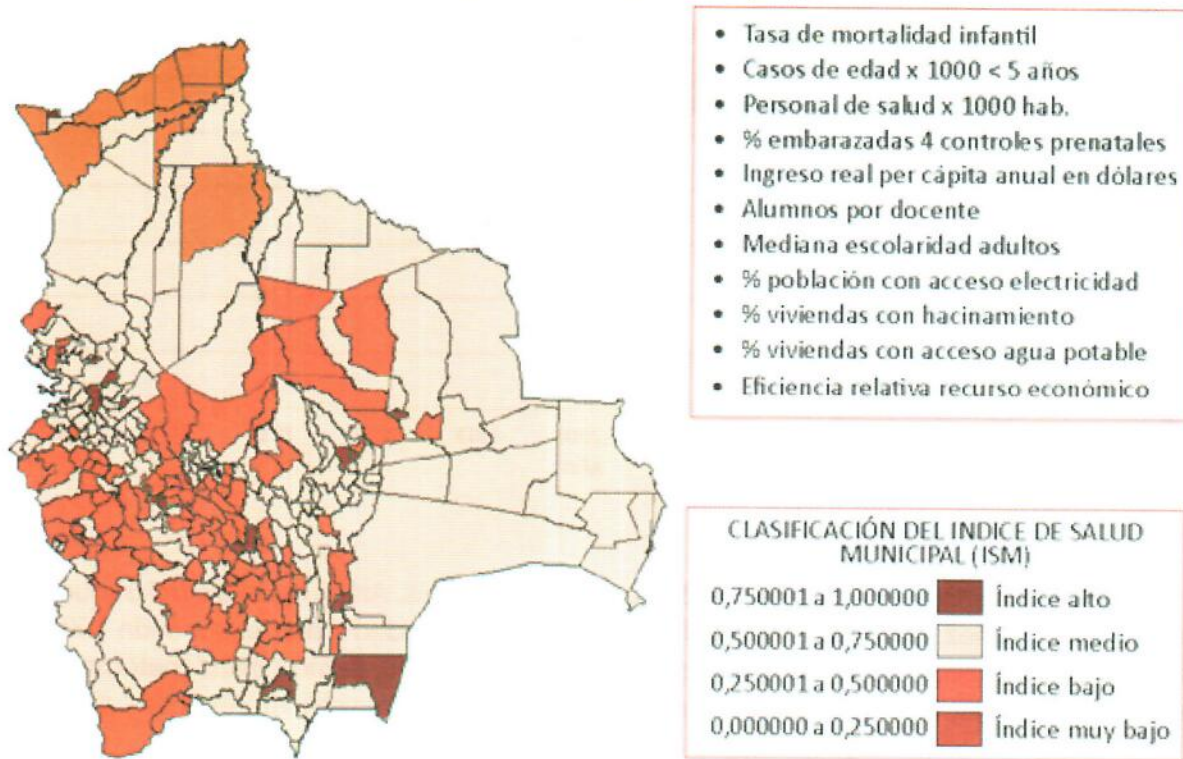
1.7. Ámbito, estructura y organización

El Sistema Boliviano de Salud, se establecerá con todas sus acciones en los 339 municipios, incluyendo los municipios fronterizos, de la faja fronteriza, rurales, urbano marginales y urbanos centrales.

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

Las acciones de salud a nivel de los municipios deben de responder a las necesidades municipales de desarrollo y especialmente a disminuir las desigualdades e inequidades en desarrollo y salud. Por ello es que, los municipios que se dividen en “**territorios células de la salud**” se organizan por las **AREAS DE SALUD** que son consideradas el punto de partida ascendente de la respuesta sanitaria en todo el territorio nacional.

Gráfico 18: Índice de Salud Municipal (2015)



Tomando de referencia el índice de desarrollo de la salud municipal, el Sistema Boliviano de Salud, “Nuestra Salud” tiene vigencia y alcance en el cien por ciento de los municipios y áreas de salud.

El Sistema Boliviano de Salud, “NUESTRA SALUD” es definido como el conjunto de servicios públicos y privados cuyo objetivo es la protección de la salud de la población y debe ser organizado **territorialmente** en los siguientes niveles de gestión:

a) Nacional, b) Departamental- Autónomo, c) Provincial, d) Municipal, e) Territorio Local o Área de salud

Además, la Ley de salud del Estado Boliviano define la “Organización del Sector Salud” en los siguientes **subsectores**:

1.- Público: a) Sin Régimen Laboral b) Con Régimen Laboral;

2.- Privado;

3.- Tradicional

El subsector público en el nivel nacional será encabezado por el Ministerio de Salud.

En el ámbito regional, se encuentran las gobernaciones, que a través de los Servicios Departamentales de Salud serán los Gerentes autónomos y descentralizados de la Salud.

En el ámbito local, las sub gobernaciones y los gobiernos municipales son los encargados de definir las políticas locales de salud, así como la administración de los establecimientos de salud a través de las autoridades provinciales y municipales.

En los niveles territoriales de Área el Equipo Sanitario es el responsable de la operativización de la Política Nacional, Departamental, Provincial y Municipal, de acuerdo a su perfil poblacional, epidemiológico y cultural.

El subsector de la seguridad social atiende a los trabajadores asalariados organizados y les ofrece prestaciones para la atención de enfermedad, maternidad, niñez y riesgo profesional. Estará conformado por nueve entes gestores (Cajas de Salud) y seguros delegados. Es fiscalizado por el Instituto Nacional de Seguros de Salud.

El subsector privado incluye las compañías de seguro, las compañías de medicina prepagada y las organizaciones no gubernamentales, filantrópicas y de bienestar social.

El subsector de medicina tradicional estará bajo la responsabilidad del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, en coordinación con las organizaciones de base en departamentos, provincias y municipios.

Gráfico 19: Componentes del Sistema de Salud



Cuadro 19: Establecimientos de Salud

Departamento	Salud Pública	Seguridad Social	ONGs	Sector Privado	Iglesia	FF.AA. de la Nación	Policia	Total
Beni	211	23	6	4	3	0	1	248
Chuquisaca	388	16	9	2	7	1	0	423
Cochabamba	467	23	17	65	25	0	0	597
La Paz	670	35	26	21	18	2	1	773
Oruro	189	16	5	11	8	0	0	229
Pando	71	6	0	1	0	1	1	80
Potosi	516	43	5	2	2	1	1	570
Santa Cruz	486	30	37	106	20	2	1	682
Tarja	220	20	9	15	3	0	1	268
Total	3218	212	114	227	86	7	6	3870
Porcentaje	83,2%	5,5%	2,9%	5,9%	2,2%	0,2%	0,2%	

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud abril 2017

2. MODELO DE GESTIÓN.

Está basado en principios sólidos, democráticos y participativos, que son los siguientes:

- **Universal.** La protección del sistema alcanza a todos los habitantes del país, sin excepción alguna, equitativamente y con atención de la mejor calidad posible.
- **Integrado.** Todas las instituciones existentes que prestan servicios de salud, se integrarán en una gestión compartida y concurrente de todos los actores involucrados en la otorgación de servicios médicos. La integración funcional se hará sin merma institucional ni de recursos, coordinando las actividades para el logro de objetivos comunes.
- **Con participación social genuina.** Se garantiza la participación genuina de toda la población en todos los niveles de gestión y atención, sea por intermedio de instituciones apartidistas de reconocida solvencia o de acuerdo a usos y costumbres de la población interesada.
- **Autónomo.** Liberado de toda dependencia político partidaria y con el objetivo exclusivo de cuidar la salud, integralmente considerada.
- **Descentralizado** En concordancia con la descentralización departamental vigente y buscando robustecer la misma.
- **Sin costo para la persona** Toda la atención médica, al estar financiada por cualquiera de los sistemas de seguro, laboral o universal, o por el Estado será entregada gratuitamente a la persona que solicite el servicio.

Las **Diferencias entre la oferta gubernamental y el Sistema proyectado por el Colegio Médico** se resumen en el siguiente cuadro:

Gráfico 20: Comparación Plan del Gobierno con Sistema Boliviano de Salud

Gobierno Mi Salud	Colegio Medico Nuestra Salud
SISTEMA ÚNICO ESTATIZADOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL	SEGURO UNIVERSAL INTEGRADO
CENTRALIZADO Y PARTIDIZADO	AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO
CLIENTELAR Y ELECTORAL	SIN COSTO PARA LA PERSONA COMO DERECHO SOCIAL
PARTICIPACIÓN IMPUESTA POLÍTICAMENTE	PARTICIPACION SOCIAL GENUINA
PUNITIVO Y TOTALITARIO	HUMANIZADO Y BASADO EN LA DIGNIDAD DE LA PERSONA

La Propuesta del Colegio Médico consiste en articular un sistema único con múltiples prestadores para el acceso a un Seguro Universal de Salud en el marco de las autonomías.

2.1. Autonomía con Unidad de Dirección y Gestión

El nuevo Sistema será responsable de sostener una política estatal de salud con visión de futuro para enfrentar la realidad actual de estar siempre en los peores lugares del continente americano, debe ser autónomo de la política contingente, bien financiada y con una organización que garantice una gestión unificada, eficiente y eficaz.

Para cumplir con los principios de gestión ya señalados el Sistema estará bajo la dirección de un Consejo Nacional de Salud, con representación plural de todas las instituciones integradas dentro del sistema. Este Consejo tendrá autonomía política, autoridad moral y técnica para dirigir y ejercer el rol rector del sistema. Su gestión descentralizada se ejercerá a través de Consejos Departamentales de Salud, cuya estructura es similar a la del Consejo Nacional. La función operativa, uniforme para todo el país, estará confiada a los 339 municipios subdivididos en sus respectivas áreas de salud, **que tendrán por función fundamental articular los diferentes actores del sistema en objetivos comunes que determine el Consejo Nacional y Departamental de Salud.**

Gráfico 21: Sistema de Salud Autónomo y Descentralizado



Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

Se ha optado al municipio como el operador del sistema porque es el órgano del Estado que está más cerca de la población. Es el responsable del desarrollo local de un espacio geográfico, y en esa función es el que mejor puede comprender la relación recíproca entre desarrollo y salud, observando en su práctica que una población sana es más productiva y una comunidad próspera se expresa en mejores niveles de salud.

Además desde el punto de vista político administrativo es la máxima autoridad local con capacidad de articular y coordinar acciones con los demás sectores del desarrollo social y las instituciones de salud.

La medicina privada forma parte del Sistema. Se reconoce su utilidad para la pequeña proporción de la población que puede cubrir directamente sus costos. Será evaluada, supervisada e incentivada para que cumpla su misión con la debida calidad, eficacia y responsabilidad social. **A nivel Municipal se podrá aprovechar la capacidad instalada del sector privado para mejorar su retorno de inversión y apoyar al uso de la tecnología necesaria para toda la población.**

2.2. Rectoría en el Sistema Boliviano de Salud

Gráfico 22: Rectoría según ámbitos

Rectoría	Operador	Ámbito
CONASA	Ministro	Nacional
CONDES	Secretario Departamental de Salud	Departamental
COPROSA	Alcalde	Provincial
COMUSA	Secretario Municipal de Salud	Municipal
MEDICODE ÁREA	EQUIPODE SALUD	ÁREA DE SALUD

Al Sistema Boliviano de Salud le corresponde asumir la responsabilidad de integrar el proceso de Promoción, Prevención y Protección de la Salud Ciudadana, desarrollar la Salud Pública y superar la Inequidad existente. Debe además, impulsar La Protección Social de los grupos de población excluidos a través de mecanismos integrados de fortalecimiento institucional, mecanismos adecuados de financiamiento, adecuada gestión de los recursos existentes y el logro de nuevos recursos que favorezcan al Sistema integrándolo a políticas regionales de desarrollo y otras funciones de articulación institucional e interinstitucional, independientemente del permanente mejoramiento de los servicios asistenciales. Con este concepto, se comprende con facilidad que La Rectoría no puede recaer en una persona o un cargo administrativo determinado por una sola parte del Estado como es el Ministerio de Salud. **Esta Rectoría debe ser ejercida por el Consejo Nacional de Salud en cuyo seno está el Ministro de Salud que lo preside y que tendrá un Director Ejecutivo que es el encargado Administrativo de hacer cumplir las resoluciones del consejo para conducir al Sistema de Salud de acuerdo a los resultados de la planificación estratégica de esta estructura.**

La AUTORIDAD SANITARIA, ejerce la función de Rectoría para el Sistema Boliviano de salud se establece dentro de las normas internacionales, explicitando las Dimensiones de la Función Rectora en la Conducción Financiamiento, Aseguramiento, Provisión de Servicios, Regulación y Vigilancia de las Funciones Esenciales de la Salud Pública. Para alcanzar los objetivos de la Función Rectora de

La Salud existen funciones de RESPONSABILIDAD COMPARTIDA entre todos los actores, así como RESPONSABILIDADES EXCLUSIVAS del del Consejo Nacional de Salud.

2.2.1. Conducción Sectorial

La Conducción Sectorial está determinada y basada por la Planificación ascendente de los Consejos Municipales, Provinciales, Departamentales y Nacional de Salud que INTEGRADOS manteniendo la UNIDAD DE GESTION DEL SISTEMA con una genuina y democrática participación social organizada, a nivel Provincial, Departamental y Nacional conforman el Plan Nacional de Salud que a nivel del Consejo Nacional de Salud sea transformado en la POLITICA NACIONAL DE SALUD. Este proceso implica una orientación institucional nacional a las metas, necesidades y objetivos del sistema, que se revisará cada 4 años, para que cada 5 años el Consejo Nacional de Salud luego de un proceso de análisis Municipal, Provincial, Departamental y Nacional de lo ocurrido en esos 4 años previos eleve un informe de logros y metas alcanzadas o no alcanzadas al Parlamento Nacional para su conocimiento. Este informe deberá elevar recomendaciones correctivas.

El Plan Nacional de Salud comprende el análisis de las prioridades Municipales, Provinciales y Departamentales de Salud Integral y que no encasilla programas específicos sino líneas programáticas que facilitan el proceso de descentralización real.

Comprende la capacidad de orientar a las instituciones del sector y movilizar instituciones y grupos sociales en apoyo de la Política Nacional de Salud. Para ello debe:

- analizar de manera sistemática y actualizada la situación de salud, enfatizando la capacidad para recolectar y garantizar la disponibilidad y calidad de la información sanitaria.
- definir prioridades y objetivos sanitarios, mediante diagnósticos de temas claves y de capacidad institucional para definir prioridades y objetivos nacionales de salud
- formular, diseminar, monitorear y evaluar estrategias, políticas, planes y programas de salud
- conducir, concertar, movilizar actores y recursos del sector
- promocionar la Salud, incluyendo el diseño y promoción de políticas de salud pública; y el fomento de la coordinación intersectorial
- asegurar la participación y control social en salud
- conducir y alinear la Cooperación Internacional en Salud a las prioridades y objetivos nacionales
- consolidar la participación política y técnica en organismos internacionales y Sub-Regionales
- garantizar la evaluación del desempeño del Sistema de Salud, incluyendo la medición del logro de metas; de los recursos utilizados; y de la eficiencia del sistema de salud

2.2.2. Regulación

El Consejo Nacional de Salud deberá establecer las normas administrativas para la adecuada aplicación de la Política Nacional de Salud, manteniendo los principios de Integración Sectorial, Participación Civil Organizada Democráticamente, Descentralización Política y Administrativa, Financiamiento adecuado con base a una distribución Per Cápita de los recursos, tomado en cuenta los recursos locales existentes para lograr equidad financiera local.

La Autoridad de Salud debe normar todas las acciones de salud en el territorio nacional y deberá

regular:

- La Autoridad sanitaria debe generar el marco normativo sanitario y garantizar su cumplimiento, incluye el diseño, la generación, el control y evaluación de todo el proceso que protege, promueve y garantiza de su efectiva aplicación.
- El Consejo Nacional de Salud debe ejercer su función normativa a cabalidad y para que ello suceda debe existir un marco institucional y respaldo legal para el ejercicio de la función rectora en los siguientes aspectos:
 - La fiscalización y control para hacer cumplir las regulaciones;
 - La regulación y control de insumos médicos y tecnología sanitaria;
 - La regulación y control de bienes y servicios;
 - La regulación y control sanitario del medio ambiente;
 - La regulación y certificación de recursos humanos en salud;
- El desarrollo de mecanismos regulatorios para la protección del público y de estándares mínimos de calidad en la prestación de servicios.
- La regulación y control del cumplimiento público y privado de los planes garantizados de prestaciones, asegurándose que ningún beneficiario de los planes obligatorios de seguridad social en salud sea excluido por situaciones de riesgos etéreos o de patologías preexistentes.
- Regular las actividades de otros sectores del desarrollo y sociales que tienen probada influencia en los estados de salud de la población

2.2.3. Funciones Esenciales de Salud Pública

El Consejo Nacional de Salud debe conocer el estado del desempeño de las Funciones Esenciales de la Salud, que se definen como aquellas acciones que hacen que se cumplan los objetivos y metas del sistema de salud y que son:

- Monitoreo y análisis de la situación de salud del país
- Vigilancia, investigación y control de riesgos
- Promoción de la salud
- Participación Social
- Desarrollo de Políticas de salud
- Regulación y Fiscalización
- Evaluación del acceso equitativo a los servicios de salud
- Desarrollo de Recursos Humanos para salud
- Garantía de Calidad
- Investigación en salud

- Reducción del impacto de emergencias y desastres.

2.2.4. Armonización de la Provisión de Servicios

- Capacidad para promover la complementariedad de los diversos proveedores y grupos de usuarios para extender la cobertura de atenciones de salud equitativa y eficientemente.
- Para asegurar la armonización y la complementariedad de los diversos proveedores, el **Consejo Nacional de Salud** deberá promover la integración de las diferentes entidades que operan en el sistema en redes de prestación de servicios de salud.
- Para esto, dos tipos de procesos son necesarios: la integración vertical y la integración horizontal. La integración vertical se refiere a la integración de diferentes niveles de complejidad, asegurando la coordinación entre **los tres niveles de atención de forma indivisible y complementaria**. La integración horizontal se refiere a la integración de los proveedores que ofrecen servicios de salud similares dentro del mismo nivel de atención.
- **El Consejo Nacional de Salud** en la función de Rectoría de Salud desempeña un papel importante de coordinación de las diferentes entidades que participan en la red, asegurando que la visión y meta de la red sea compartida por todos sus miembros.
- La Rectoría de la Autoridad de Salud debe extenderse a la certificación de profesionales, la acreditación de servicios de salud, la fijación de estándares mínimos de calidad, la negociación, la creación de estímulos o incentivos. **En relación a la administración de Recursos Humanos y Logísticos, El Consejo Nacional de Salud establecerá mecanismos que representen una respuesta equitativa para cada Municipio, Provincia o Departamento en base al concepto de distribución Per Capita de los Recursos** la contratación de proveedores, para que sean aplicables tanto al subsector público como al privado y todas ellas deben ser consideradas como parte de las responsabilidades que implica la Rectoría de la Autoridad de Salud.

Para el Sistema Boliviano de Salud “Nuestra Salud”, se define constituir un cuerpo colegiado de Rectoría del Sector, que sea responsable de definir la Política Nacional de Salud y el Plan Nacional de desarrollo de la Salud, como componente fundamental del Plan Nacional de Desarrollo del Estado Boliviano.

2.3. Consejos de Salud como parte de la Rectoría de la Salud

Para que esta función sea una función integradora horizontalmente entre todos los actores que tienen que ver con el desarrollo de la salud en el país, se crean los Consejos de Salud, que serán los responsables de determinar las políticas, los planes, los objetivos y las metas de salud en el país, en los departamentos, en las provincias y en los municipios **siguiendo los lineamientos políticos y administrativo del Consejo Nacional de Salud**.

Cada Consejo, dependiendo de su ámbito de acción responsabiliza a una Autoridad que operará las acciones y planes definidos en el Consejo Nacional, el Consejo Departamental, el Consejo Provincial y los Consejos Municipales de Salud.

2.3.5. Comité de Salud de Área “COSAAR”

El Comité de Salud del Área, se constituye en la instancia rectora y coordinadora de las acciones de salud en el territorio de cobertura de salud asignada a la misma, y constituida por todas las instituciones gestoras de salud, sean públicas, del seguro social, de las fuerzas armadas o privadas.

El Comité de Salud del Área lo coordina y lidera el **Médico de Área** (Municipio) que es el responsable junto al equipo de salud **que integran los servicios, en coordinación igualitaria** con las jefaturas de los otros gestores de salud y con la participación de Representantes orgánicos de la comunidad.

Las funciones del Comité de Salud del Área deben responder a las necesidades, aspiraciones y problemas de salud específicos de su territorio geográfico. Sus funciones estarán encaminadas a conocer:

- Participar activamente del POA del Área para integrarse al POA municipal en el desarrollo local
- Análisis de las características poblacionales, determinando el número de personas, el número de hogares, el número de familias.
- Deberá establecer el perfil laboral y las características productivas en su área
- Conocer la distribución de la población bajo su responsabilidad, discriminándola por edad y sexo
- Obligatoriamente, el Comité de salud del Área, debe efectuar un levantamiento diagnóstico de la disponibilidad de servicios básicos sanitarios: disponibilidad de luz, agua, desechos sólidos, eliminación de aguas servidas y alcantarillados.(Modulo de Información Básica)
- El Comité de Área establecerá una sala situacional, donde se efectúe vigilancia epidemiológica de enfermedades endémicas, enfermedades estacionales, determinación de riesgos naturales y ambientales
- Identificar a los agentes de la medicina tradicional y establecer coordinación de acciones dentro de la norma municipal de salud.
- El Comité debe de coordinar el desarrollo de los servicios extramurales de salud, organizando **la promoción de la salud**, la educación sanitaria, el cuidado del medio ambiente y estrategias de acercamiento a los hogares y familias en “VISITAS COMUNITARIAS” para identificar localmente en cada hogar las necesidades de la población.
- Con base a la información comunitaria el Comité de Salud, establecerá las características de los servicios de salud intramurales, pudiendo ellos responder a los problemas de salud, atención materno-infantil, salud sexual y reproductiva, salud de los jóvenes, salud de los adultos mayores.
- Para ello podrá establecer de acuerdo a la realidad de cada área: : guardería infantiles de fácil acceso de la comunidad Centros de Salud, Centros o Casas Comunitarias para atención de embarazadas de alto riesgo, centros de Juventud, Clubes de Adultos Mayores, entre otros
- El Comité de Salud de Área, es el responsable de establecer los mecanismos permanentes de diálogos comunitarios para la planificación del POA **de todos los gestores de salud concurrentes en el área**, el seguimiento de las acciones, el control de la gestión sanitaria y los ajustes periódicos al plan de salud, si fuera necesario,

2.3.6. Consejo Municipal de Salud “COMUSA”

El Consejo Municipal de Salud (COMUSA), se establece en el nivel municipal para responder a las demandas municipales de salud y estará presidido por el ALCALDE MUNICIPAL, quien es responsable político y social de su municipio.

Además del Alcalde que lo preside, el COMUSA se completa con **los médicos de área** un representante

de Consejo Departamental de Salud (CONDES), a, un representante de las Organizaciones Civiles del municipio; un representante de las instituciones del seguro social (donde existieran), un representante de otros gestores de salud (iglesias, ONGs, FF.AA.).

El Nivel Operativo de gestión estará a cargo de un **Gerente de Red Municipal** nombrado por Concurso de Méritos y examen de competencia por el COMUSA, con las siguientes funciones: _

- Coordinar sus acciones con los Diferentes Responsables de las Áreas de Salud
- Participar activamente del POA municipal en el desarrollo local
- El COMUSA, el Gerente Municipal de Salud y el Alcalde Municipal, deben firmar en acto público y en presencia de la comunidad organizada, el POA municipal
- Análisis de las características poblacionales, determinando el número de personas, el número de hogares, el número de familias de su municipio **en concordancia con los informes de las áreas de salud.**
- Deberá establecer el perfil laboral y las características productivas en su municipio, en coordinación con otros sectores del desarrollo municipal
- Conocer la distribución de la población del municipio bajo su responsabilidad, discriminándola por edad y sexo
- Obligatoriamente, el Comité de Salud del Municipio, debe efectuar un levantamiento diagnóstico de la disponibilidad de servicios básicos sanitarios: disponibilidad de luz, agua, desechos sólidos, eliminación de aguas servidas y alcantarillados.
- El Comité Municipal de Salud, establecerá una sala situacional, donde se efectúe vigilancia epidemiológica de enfermedades endémicas, enfermedades estacionales, determinación de riesgos naturales y ambientales
- Identificar a los agentes de la medicina tradicional y establecer coordinación de acciones dentro de la norma municipal de salud, con las Áreas de Salud que conforman el municipio.
- El Comité debe de coordinar el desarrollo de los servicios extramurales de salud, organizando **la promoción de la salud**, la educación sanitaria, el cuidado del medio ambiente y estrategias de acercamiento a los hogares y familias en "VISITAS COMUNITARIAS" para identificar localmente en cada hogar las necesidades de la población.
- Con base a la información comunitaria el Comité de Salud, establecerá las características de los servicios de salud intramurales, pudiendo ellos responder a los problemas de salud, atención materno-infantil, salud sexual y reproductiva, salud de los jóvenes, salud de los adultos mayores **y otros.**
- Para ello podrá establecer de acuerdo a la realidad de cada municipio: Centros de Salud, Centros o Casas Comunitarias para atención de embarazadas de alto riesgo, centros de Juventud, Clubes de Adultos Mayores, entre otros
- El Comité Municipal de Salud es el responsable de coordinar con el Gerente Provincial de Salud, la organización y funcionamiento de las Redes Funcionales de Salud, dentro de su municipio
- El Comité Municipal de Salud, es el responsable de establecer los mecanismos permanentes de

diálogos comunitarios, para la planificación del POA de municipio, el seguimiento de las acciones, el control de la gestión sanitaria y los ajustes periódicos al plan de salud, si fuera necesario,

- El COMUSA y el Gerente de la Red Municipal de Salud, deben establecer los mecanismos de seguimiento de los POAs de las Áreas de Salud incluidas en su municipio.
- El COMUSA, es el responsable directo de la planificación y desarrollo de la CONFERENCIA MUNICIPAL DE SALUD, anualmente, así como del seguimiento de las conclusiones y recomendaciones.

2.3.7. Consejo Provincial de Salud “COPROSA”

El Consejo Provincial de Salud (COPROSA), se establece en el nivel provincial para responder a las demandas de la provincia en salud y estará presidido por el Sub Gobernador, quien es responsable político **y administrativo de la salud en la provincia**

Además **del** Subgobernador que lo preside, el COPROSA se completa con los gerentes de red de los municipios, un representante de Consejo Departamental de Salud (CONDES), un profesional de la seguridad social de la provincia, un representante de las Organizaciones Civiles de la provincia; un representante de las instituciones gestoras de salud (iglesias, ONGs, **Privadas** FF.AA.).

El Nivel Operativo de gestión estará a cargo de un **Gerente Provincial de Salud** nombrado por Concurso de Méritos y examen de competencia por el **COPROSA**, con las siguientes funciones:

- Por delegación del Subgobernador, coordinar y organizar el COPROSA
- Participar activamente de los POAs municipales y consolidación a nivel provincial
- El COPROSA, el Gerente Provincial de Salud de Salud y el Alcalde Municipal, deben firmar en acto público y en presencia de la comunidad organizada, el POA provincial
- Análisis de las características poblacionales, determinando el número de personas, el número de hogares, el número de familias de su provincia.
- Deberá establecer el perfil laboral y las características productivas en su provincia, en coordinación con otros sectores del desarrollo provincial
- Conocer la distribución de la población de la provincia bajo su responsabilidad, discriminándola por edad y sexo
- Obligatoriamente, el Comité de Salud de la provincia, debe efectuar un levantamiento diagnóstico de la disponibilidad de servicios básicos sanitarios: disponibilidad de luz, agua, desechos sólidos, eliminación de aguas servidas y alcantarillados.
- El Comité provincial de Salud establecerá una sala situacional, donde se efectúe vigilancia epidemiológica de enfermedades endémicas, enfermedades estacionales, determinación de riesgos naturales y ambientales
- Identificar a los agentes de la medicina tradicional y establecer coordinación de acciones dentro de la norma provincial de salud, con los municipios que conforman la provincia.
- El COPROSA, establecer los mecanismos de coordinación con los actores provinciales de salud, y el desarrollo de los servicios extramurales de salud, organizando **la promoción de la salud**, la educación sanitaria, el cuidado del medio ambiente y estrategias de acercamiento a los hogares,

articulando todas las actividades de las redes funcionales municipales de salud.

- Con base a la información de las redes funcionales el Comité de Salud, establecerá las características de los servicios de salud intramurales, pudiendo ellos responder a los problemas de salud de las personas en el continuo de su vida.
- El COPROSA es el responsable de coordinar con el Secretario Departamental de Salud, la organización y funcionamiento de las Redes Funcionales de Salud, dentro de su provincia
- El COPROSA, es el responsable de establecer los mecanismos permanentes de diálogos comunitarios provinciales y municipales, para la planificación del POA provincial, el seguimiento de las acciones, el control de la gestión sanitaria y los ajustes periódicos al plan de salud, si fuera necesario,
- El COPROSA y el Gerente Provincial de Salud, deben establecer los mecanismos de seguimiento de los POAs de los municipios bajo su jurisdicción.
- El COPROSA, es el responsable directo de la planificación y desarrollo de la CONFERENCIA PROVINCIAL DE SALUD, anualmente, así como del seguimiento de las conclusiones y recomendaciones.

2.3.8. Consejo Departamental de Salud “CONDES”

El Consejo Departamental de Salud, “CONDES”, será dirigido por el Director Ejecutivo, que es designado por el Consejo Nacional de Salud de una terna propuesta en consenso por el Gobernador, la Asociación de Municipios del Departamento y el Rector de la Universidad Pública y el Presidente del Colegio Médico Departamental, mediante un proceso de concurso de méritos y examen de competencia.

El CONDES será constituido por un cuerpo colegiado de las principales instituciones departamentales , que tienen que ver con la formación de los recursos humanos en salud, la gestión de los servicios públicos de salud y de la seguridad social, del colegio médico departamental, de un representante de los otros Colegios Profesionales de salud, un representante de las organizaciones no gubernamentales, un representante del subsector privado y un representante de la medicina tradicional del departamento. El responsable ejecutivo de llevar a efecto las acciones del departamento es el **Secretario de Salud de la Gobernación**

El CONDES es la instancia política y técnica de desarrollar y adecuar las políticas nacionales y las normas de salud en el ámbito del departamento, para lo cual debe cumplir las siguientes funciones:

- Adecuar la política nacional de salud al ámbito de su departamento y definir la Política de Salud Departamental en el marco de la política nacional aprobada por el Consejo Nacional de Salud.
- Definir el Plan Departamental de Salud
- Organizar y ejecutar la Conferencia Departamental de Salud
- Conocer el perfil epidemiológico del Departamento.
- Consolidar el Sistema Departamental Integrado de Salud con todos los prestadores servicios.
- Dar seguimiento a la ejecución de las actividades de los Directorios Provinciales de Salud.
- Evaluar el desempeño de los POAS y de los Planes Estratégicos Provinciales.

- Promover la política de desarrollo de RRHH del Departamento.
- Establecer los mecanismos de inclusión de la medicina tradicional en el departamento

2.3.9. Consejo Nacional de Salud “CONASA”

El Consejo Nacional de Salud “CONASA”, es el responsable político de establecer a nivel del país la Política Nacional de Salud y será constituido por un **DIRECTORIO NACIONAL** formado por **SIETE MIEMBROS MERITORIOS** profesionales del área de la salud y seguridad social, con una duración en el cargo que supere la gestión del gobierno y el **MINISTRO DE SALUD**, que lo preside.

Además, será complementado con un cuerpo de expertos profesionales **MIEMBROS O REPRESENTANTES** de las principales instituciones académicas formadoras de recursos humanos para la salud; Colegios Médicos y de profesiones afines; Gerentes de niveles del Sistema Boliviano de Salud; de la medicina tradicional y de la población.

Los miembros del **DIRECTORIO NACIONAL** del CONASA deberán tener una experiencia de 20 años o más en el ejercicio profesional. En casos excepcionales se podrá reconocer hasta cinco años de antigüedad en el ejercicio profesional, a aquellas personas que hayan contribuido a la salud con planteamientos innovadores, de punta y de impacto en la salud de las personas y que sea calificado y reconocido por el CONASA.

Los Miembros o Representantes deberán ser acreditados y nominados por la institución a la que pertenecen

Para poder ejercer funciones de Directorio o de Miembros dentro del CONASA, do deberán tener antecedentes de sanciones jurídicas, ni administrativas. Serán considerados todos los antecedentes de distinciones nacionales e internacionales en el campo de la salud o sus afines.

El CONASA, estará presidido por el **Ministro de Salud, quien es el responsable de la ejecución del Plan Nacional de Salud** y constituido por un **DIRECTORIO NACIONAL**, nombrado por concurso de méritos y por **MIEMBROS O REPRESENTANTES** nacionales de las siguientes instancias del Estado:

- Un Representante de los Consejos Departamentales de Salud
- Un Representante de las Cajas de Salud
- Un Representante de la población urbana democráticamente elegido por sus propios mecanismos ((juntas vecinales democráticas del país...))
- Un Representante de la población rural democráticamente elegido por sus propios mecanismos (CSUTB, Sindicatos Agrarios, CIDOB...)
- Un Representante del Colegio Médico Nacional
- Un Representante de los otros Colegios Nacionales de Profesionales en Salud
- Un Representante del Subsector Privado y ONGs
- Un Representante de la Medicina Tradicional

2.4. Coparticipación Ciudadana en el Sistema Boliviano de Salud

Gráfico 23: Diálogos por la Salud



2.4.10. Diálogos y Conferencias Sanitarias de Salud

El Sistema Boliviano de Salud, “Nuestra Salud”, considera que la base de la planificación de acciones de salud y sanitarias, debe sustentarse con base en las necesidades, aspiraciones y problemática de salud sentida por la persona, las familias y la comunidad, en ese sentido es que el SIBOSA, considera de importancia el diálogo entre las comunidades y los servicios de salud para tener una planificación compartida, consensuada y basada en la realidad sentida de las personas y familias.

Para ello el SIBOSA ha definido que este intercambio entre oferta y demanda, entre servicios y comunidades, entre personal de salud y población debe de iniciarse en la célula del Sistema, que está constituido por las áreas de salud.

Las Conferencias Sanitarias de Salud, cualquiera sea su ámbito de acción: municipal, provincial, departamental o nacional, reúnen de forma amplia a usuarios de los servicios de salud, trabajadores, prestadores y gestores del Sistema Boliviano de Salud, para discutir y reflexionar las condiciones de salud de la población y la gestión del SIBOSA, expresando firmes posicionamientos sobre las condiciones y necesidades de la salud.

Las Conferencias al iniciarse en los diálogos en las áreas de salud, recogen las voces de las personas, familias y comunidades, que en consenso con los actores locales de salud, elevan sus pareceres, necesidades y demandas al nivel inmediato superior motivando los diálogos municipales, provinciales, departamentales y nacionales.

Cada Conferencia en su espacio de acción deben de evaluar sus condiciones de salud y proponer directrices para nuevas políticas locales, municipales, provinciales, departamentales y nacionales de salud. Con ello se espera que el Plan Nacional de Salud, responda al consenso y a las necesidades sentidas desde la base del SIBOSA, y por consenso político y técnico, permita avanzar en mejores niveles de salud de las personas, familias y comunidades.

2.4.11. Diálogos de Área de Salud

Se considera que en el espacio más reducido de acción del SIBOSA que lo constituyen las áreas de salud, el equipo multidisciplinario de salud de área debe establecer de rutina los **diálogos o**

conversatorios populares de salud con los diferentes actores gestores y receptores de la atención.

Los diálogos de salud de área, son reuniones con grupos de personas de la comunidad en grupos de reflexión, los mismos que pueden organizarse a través de clubes de madres, centros de jóvenes y adolescentes, centros de adultos mayores, agentes de la medicina tradicional.

Los diálogos deben identificar las necesidades de la población en salud y otras necesidades del desarrollo local, como ser escuelas, cuidado del medio ambiente, mejoramiento de los servicios básico, mejoramiento de la seguridad alimentaria y nutricional, proyectos productivos, mejoramiento de la vivienda, caminos y transporte.

Los diálogos deben concluir con una **reunión anual** del área de salud para evaluar los planes de salud definidos, identificar las dificultades para el cumplimiento de los objetivos y metas del plan y poder introducir las modificaciones al plan, así como identificar las necesidades de apoyo del nivel municipal.

2.4.12. Conferencia Municipal y Provincial de Salud

Cada municipio debe establecer diálogos permanentes con la población del municipio a través de los grupos de personas reunidas en clubes, centros y agrupaciones comunitarias.

La **Conferencia Municipal de Salud**, se realizará una vez por año con participación del Alcalde, el Secretario Municipal de Salud, los Gerentes de Redes Funcionales de Salud, representantes de la comunidad, de la medicina tradicional.

La conferencia municipal de salud debe evaluar el Plan Municipal de Salud, identificar las barreras y los logros en la gestión y con las conclusiones preparar la retroalimentación a las áreas de salud y proponer necesidades y demandas al nivel provincial.

La Conferencia Municipal de Salud con sus conclusiones, debe reunirse una vez al año en lo que se denomina **Conferencia Provincial de Salud**. Este espacio es un espacio político técnico integrado por el COPROSA y los actores municipales de la provincia y donde se hace evaluación de todos los municipios con el Subgobernador y el equipo provincial de salud para responder las demandas de los municipios y áreas de salud, así como identificar los elementos de la planificación y desarrollo municipal que requieren el apoyo del Departamento y que será dialogados y consensuados cada dos años en la Conferencia Departamental de Salud

2.4.13. Conferencia Departamental de Salud

La Conferencia Departamental de Salud, es un espacio de diálogo político y técnico que se debe realizar cada dos años, con presencia de los Alcaldes Municipales, Secretarios Municipales de salud, el CODESA y el COPROSA, representantes de la comunidad y de los gestores de salud del Departamento.

La Conferencia Departamental de Salud debe, con participación de todos los actores departamentales de salud, evaluar y dar seguimiento a los POAS departamentales, valorando el alcance o no de los objetivos y metas del plan departamental.

Con base en las conclusiones deberá proponer e introducir los cambios que se requieran, y proponer al nivel nacional las necesidades y requerimientos de apoyo por el nivel nacional al nivel departamental.

2.4.14. Conferencia Nacional de Salud

La Conferencia Nacional de Salud, es el máximo nivel de participación social, donde se hace evaluación de la Política Nacional de Salud.

La Conferencia Nacional de salud debe efectuarse cada cuatro años con participación del Directorio Nacional de Salud, el CONASA, el CODESA, COPROSA, COMUSA, y representantes nacionales de los diferentes subsectores de salud, comunidad y medicina tradicional.

Las conclusiones del diálogo nacional de salud deben identificar los alcances del Plan Nacional de Salud, la generación de nuevas políticas y programas para el país, y evaluar las condiciones sanitarias del país.

3. MODELO DE ATENCION

Se refiere a las formas de combinar los servicios, técnicas y tecnologías en la atención a la salud de la población y a los problemas de salud en el ámbito de todo el territorio nacional, tanto de forma individual como en colectivos poblacionales.

El modelo de atención considera la manera de organizar los saberes, instrumentos, estructuras, recursos humanos de salud, utilizados en el trabajo de salud.

El modelo que se propone en el Sistema Boliviano de Salud, incorpora los principios de seguro universal integrado, con autonomía y descentralización, con gratuidad para las personas usuarias de los servicios en el punto de ingreso al sistema; con participación social genuina; considerando los principios de la medicina y salud centradas en la persona con reconocimiento de los derechos y dignidad de la persona, y la humanización de la atención; calidad en la atención de salud; asistencia integral organizándola por niveles de atención básica, de mediana y alta complejidad y fundamentalmente con una amplia participación comunitaria en todos los niveles de decisión, evaluación y planificación de la respuesta del Estado para la salud de las personas.

Esta forma de organizar la atención centrada en la persona, requiere profundizar el desarrollo de un programa continuo de mejora de la calidad en la atención con la perspectiva del usuario, cuyo eje asistencial esté basado en la competencia técnica, la capacidad resolutive así como el buen trato en los cuatro niveles.

3.1. Conciliación y Arbitraje

El Sistema Boliviano de Salud, "Nuestra Salud", reconoce que el cuidado y la preservación de la salud es tarea de todos, de prestadores de los servicios, usuarios de los mismos. El Estado al responsabilizarse por las organizaciones que brindan salud, debe organizar un sistema basado en programas y acciones que ejecuten las políticas sanitarias, consoliden una cultura de salud e impulsen a los prestadores de estos servicios a brindar atención segura, de calidad y con alta responsabilidad profesional.

Conforme a la filosofía y principios del Sistema Boliviano de Salud "Nuestra Salud" y a la Ley de Salud, se considera necesario crear un organismo al que puedan acudir los usuarios y los prestadores de servicios médicos a fin de dilucidar, en forma amigable y de buena fe posibles conflictos derivados de la prestación de estos servicios, tutelando el derecho a la protección de la salud, al fungir como conciliador y como árbitro cuando las partes así lo acepten.

Tendrá como objetivo el de contribuir a la solución de las inconformidades originadas en la prestación

de los servicios de salud en el ámbito Estatal, mediante la gestión, conciliación y arbitraje, como medios alternos; colaborando en la mejora de la calidad de la atención de los servicios médicos, así como participar en tutelar el derecho a la protección de salud y seguridad del paciente en las unidades médicas.

La propuesta de Sistema de Salud que proponemos, tiene como base la consolidación de una cultura de salud sustentada en la aceptación y confianza hacia las instituciones médicas y un desarrollo organizacional que estimule una actitud responsable de los profesionales vinculados con la práctica médica.

Es por ello que, para fortalecer la garantía del derecho a la salud, el trato humanizado basado en el respeto al derecho y a la dignidad de las personas, el mejoramiento de la calidad de los servicios médicos en el país, y a objeto de contribuir a la resolución oportuna de controversias suscitadas entre los usuarios y prestadores de servicios médicos, y en respuesta a las demandas que la sociedad formule, se incluye en la estructura del Sistema Boliviano de Salud, la Comisión de Conciliación y Arbitraje Médico (CCAM) como un órgano desconcentrado del Consejo Nacional de Salud.

Para cumplir su objetivo y misión la CCAM deberá ser dotada de autonomía técnica y administrativa para que emita opiniones, acuerdos y laudos y para que actúe conforme a sus atribuciones, con imparcialidad, confidencialidad, justicia, buena fe, economía procesal y gratuidad, siendo un elemento de cooperación con los órganos internos de las instituciones públicas del sector salud instrumentando medidas para trabajar conjuntamente los Colegios, Academias, Comités de Ética Médica tanto de instituciones públicas como privadas y coadyuvando con las instituciones de procuración y administración de justicia tutelando el derecho a la salud.

Esta Comisión Pública, tendrá como misión el contribuir a dar soluciones a las inconformidades originadas en la atención médica, a través de medios alternos como gestión, conciliación y arbitraje, con ello, colaborar en la mejora de la calidad de la atención en los servicios médicos y participar en tutelar en el derecho a la salud y seguridad del paciente.

Al establecer la CCAM, ésta debe de ser la principal institución alterna especializada en la solución de conflictos originados entre los usuarios y prestadores de servicios de salud en el Estado Boliviano, buscando la permanente calidad y eficiencia en la prestación de los servicios de salud.

3.2. Atención Integral Centrada en la Persona

La Ley de Salud y el Sistema Boliviano de Salud colocan a la persona en el centro de las acciones sanitarias y de salud, respetando sus decisiones, preferencias, necesidades, problemas y opciones personales, en la atención, cambiando el paradigma de atención, es decir, **“adaptar la Atención Médica y el servicio y la atención a las personas y no las personas al servicio o al interés del MEDICO”**³⁰.

Estos dos instrumentos legales y político-técnicos, promueven la atención centrada en la persona, como buscando desarrollar un enfoque de atención médica individual y un modelo de atención colectivo para mejorar la calidad de vida de las personas, cualquiera sea la edad que ellos tengan en el momento de la asistencia, situando al centro de todas las acciones y actividades a las personas.

Las intervenciones van más allá de la atención sectorial y supera la visión de la coordinación socio sanitaria, incluye otros ámbitos implicados en la vida de las personas (formación, empleo, vivienda accesible, atención social, acceso a los bienes culturales y de ocio, participación social y comunitaria,

30 Declaraciones Latinoamericanas sobre Medicina Centrada en la Persona

nuevas tecnologías), generando un modelo de atención multisectorial.

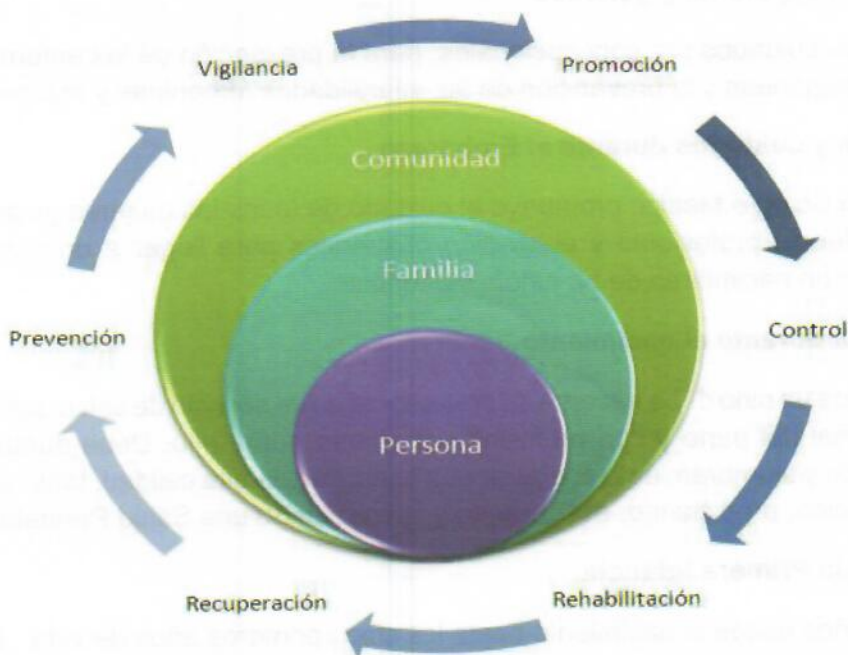
La Ley y el Sistema Boliviano de Salud proponen una doctrina y principios para hacer posible el modelo, focalizando sus acciones a la persona, la familia y la comunidad y orientada por objetivos individuales y colectivos, con acciones; colaborativas entre todos los agentes claves del desarrollo, coproducida entre proveedores y usuarios de los servicios; integradora de todos los niveles de atención; equitativa, sostenible, preventiva y de promoción de la salud; con derechos y responsabilidades de las personas y comunidades; coordinada a lo largo de la vida y en todo el continuo de atención y basada en un enfoque sistémico;

El nuevo modelo de atención considera todos los valores del ser humano para basar su estructura, es decir reconoce los derechos de las personas a una atención digna y humanizada; un libre y universal acceso a la atención médica y sanitaria; con gratuidad en el punto inicial de encuentro con el sistema de salud y priorizando la visión e interés de las personas antes que el del médico o los servicios de salud.

Este enfoque de responsabilidad social nacional exige una coordinación de todos los niveles administrativos y políticos del país, desde el nivel local municipal hasta el nivel central nacional. Propone competencias y responsabilidades para todos los actores políticos como son Alcaldes, Subgobernadores, Gobernadores y Ministro de Salud.

Para ello reconoce la Ley Marco de Autonomías y Descentralización que garantiza la libre determinación de las poblaciones a nivel nacional, departamental y de los y pueblos indígena originario campesinos, con respeto a la organización territorial y respeto a la administración de las unidades territoriales. Así mismo incentivar y corresponsabilizar las funciones político-administrativas del Estado de manera equilibrada y sostenible en el territorio para la efectiva participación de las ciudadanas y ciudadanos en la toma de decisiones; la profundización de la democracia y la satisfacción de las necesidades colectivas y del desarrollo socioeconómico integral del país.

Gráfico 24: Atención Integral centrada en las personas



Coloca al centro del **MODELO** de Atención a la **PERSONA, la FAMILIA, la COMUNIDAD** y establece una dinámica de asistencia basada en la Promoción de la Salud, la Prevención de las Enfermedades, la Vigilancia Epidemiológica y Social, la Atención Universal y Gratuita, la Recuperación, la Rehabilitación y la Participación Genuina de las comunidades y sociedad como un todo.

El modelo de Atención planteado tanto en la Ley como en el Sistema Boliviano de salud incorpora a los subsectores público, seguridad social, privado y de la medicina tradicional.

El Modelo de Atención plantea los siguientes niveles de atención: 1) Atención Primaria de Salud; 2) Atención de Segundo Nivel; 3) Atención de Tercer Nivel 4) Atención de Alta Especialidad e Investigación.

3.3. Asistencia en Salud: Atención Médica y de Salud Pública

3.3.1. Promoción para la Salud: Atención al “continuo de Vida” de las personas:

La Propuesta del Colegio Médico para el Estado boliviano define la Promoción de la Salud, como aquellas acciones de salud y educación orientadas a favorecer prácticas individuales y comunitarias saludables, así como el control de las condiciones sociales, ambientales y económicas para la disminución de inequidades y desigualdades en salud.

La promoción de la salud, en el contexto de la Propuesta del Colegio Médico, busca alcanzar el bienestar individual y colectivo de las personas, familias y comunidades, contribuyendo a estados saludables con calidad de vida.

La promoción de la salud, busca conservar y mejorar las condiciones deseables de salud de las personas y generar actitudes, valores y conductas adecuadas para motivar su participación activa en el cuidado de su salud individual y colectiva.

Para ello define una asistencia sanitaria de promoción de la salud y prevención de los daños a la salud a través del continuo de vida desde antes del nacimiento, hasta la vejez y para ello la Ley de Salud promueve la asistencia en el “CONTINUO DE VIDA DE LAS PERSONAS”:

a) Salud pre concepcional y genética

Se establecen los cuidados pre concepcionales, para la prevención de las enfermedades genéticas, las discrasias sanguíneas y la prevención de las infertilidades femeninas y masculinas.

b) La gestación y cuidados durante el Embarazo

La Propuesta del Colegio Médico promueve el cuidado de todas las mujeres gestantes con servicios de calidad, asistencia profesional y educación obstétricas para llegar a un parto normal, libre de riesgos y permitir un nacimiento de un niño/a saludables.

c) 3. Asistencia durante el nacimiento

Todo nacimiento de un niño debe hacerse de preferencia en un servicio de salud que tenga la capacidad de atención normal del parto y con profesional preparado para ello. Debe durante la gestación, el momento del parto y alumbramiento asegurar una condición de alta calidad, tanto para la madre como para el recién nacido, propiciando, asegurando y conservando una Salud Perinatal

d) Asistencia a la Primera Infancia

Para todos los niños desde el nacimiento hasta los cinco primeros años de vida se debe aplicar los principios, conocimientos, técnicas y medios secundarios de la medicina moderna para asegurar un

crecimiento y desarrollo de calidad en toda la etapa de la Niñez

e) Asistencia a la Pubertad

La Propuesta del Colegio Médico propugna una asistencia integral a la salud de los niños entre 6 a 9 años, por ser una de las etapas más importantes del paso de la niñez a la edad de adolescencia, por lo que es necesario introducir un fuerte componente de promoción de la salud física, mental, nutricional, y educación sexual para la vida en este período.

f) Asistencia a la Adolescencia

La Adolescencia es una etapa de cambios importantes en la personalidad psíquica, afectiva, emocional y física de las personas, siendo por lo tanto de imperiosa necesidad establecer programas de salud integral para la promoción de estados saludables, la prevención de enfermedades de transmisión sexual, la prevención del embarazo no deseado, el aborto inducido y una nutrición acorde a los requerimiento de la consolidación del crecimiento y desarrollo, así como para la preparación de la vida en la juventud

g) Asistencia a la Juventud

La Juventud, etapa que sigue a la adolescencia, donde el individuo alcanza su máximo crecimiento y desarrollo y donde su vida empieza a tener mayor responsabilidad

h) Asistencia a los Adultos,

La Propuesta del Colegio Médico propone una asistencia integral en esta etapa de la vida, ya que las personas, hombres y mujeres desarrollan su máxima actividad física, mental, reproductiva y de consolidación social.

i) Asistencia a la Vejez,

La vejez es la etapa de la vida en la que las personas inician el envejecimiento de sus células y tejidos, así como la regresión de todas sus funciones esenciales para la vida.

3.3.2. Control de Enfermedades

El Sistema Boliviano de Salud ejecutará acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades, así como regulará los diagnósticos y tratamientos de todas las enfermedades que afectan a las personas:

Enfermedades agudas:

Aquellas enfermedades que tienen un periodo de duración breve, pudiendo ser de tipo infeccioso o por estrés.

Enfermedades crónicas:

Son las enfermedades que se extienden durante un largo periodo de tiempo o durante toda la vida, como las alergias, muchas tienen un origen hereditario o congénito.

Enfermedades infecciosas o transmisibles

Reciben este nombre las enfermedades causadas por la presencia de microorganismos como virus, hongos, bacterias o protozoos.

Enfermedades genéticas o hereditarias

Son aquellas enfermedades que se heredan de los progenitores, muchas de estas enfermedades hereditarias son crónicas y perduran durante toda la vida. Son aquellas que devienen y forman en la misma carga genética de la persona, en la cual la información celular transporta de una generación a otra el agente patogénico, este puede inducir a la enfermedad o bien crear condiciones de predisposición siendo el ambiente o realidad palpante un efecto impulsador de la misma

Enfermedades mentales

Las enfermedades mentales son todas aquellas que provocan modificaciones anormales o injustificadas en la conducta, así como por distorsionar las percepciones y las interpretaciones de los hechos.

Enfermedades terminales

Se refieren a las enfermedades incurables para las que se carece de solución y llevan a la muerte e implican una corta esperanza de vida. En muchos casos son enfermedades degenerativas.

Enfermedades degenerativas

Son enfermedades que suponen un deterioro progresivo del organismo, afectando al sistema nervioso o más concretamente el cerebro; son enfermedades crónicas que suelen prolongarse en el tiempo.

Enfermedades laborales

El Sistema Boliviano de Salud, ejercerá vigilancia y control de las enfermedades laborales contraídas como resultado de la exposición a factores de riesgo inherentes a la actividad laboral o del medio en el que el trabajador se ha visto obligado a trabajar.

3.4. Atención Primaria de Salud

El Modelo de Atención con la Atención Primaria de Salud Centrado en la Persona que propone el Sistema Boliviano de Salud, busca dar atención al menos al 70 por ciento de las necesidades de salud de la población con acciones de promoción y educación para la salud. Promoverá la activa participación de la comunidad y generará una nueva "cultura sanitaria" de las personas en su responsabilidad con su propia salud y la salud de la comunidad.

La Atención Primaria de la Salud Centrada en la Persona, se constituye en la primera asistencia de los equipos de salud con las personas sanas o enfermas, con quienes se inicia la relación del sistema

sanitario, a través de la educación para la salud, la promoción de la salud y formas saludables de vida, el cuidado del medio ambiente, la educación para la prevención de las enfermedades, la atención a pequeñas emergencias médicas, la aplicación de tratamientos y rehabilitación básicos, y trabajo coordinado para la participación social genuina.

Para el Sistema Boliviano de Salud, la Atención Primaria Centrada en la Persona, constituye el mecanismo para hacer efectivo el derecho de las personas a disponer de un sistema eficaz, e integrado y con acceso universal.

Dentro de la filosofía que impulsa el Sistema Boliviano de Salud, la APSCP, es:

- **UNIVERSAL:** se dirige a toda la población, prioriza las intervenciones costo-efectivas para la población más vulnerable y organiza redes de atención primaria;
- **INTEGRAL:** suministra un amplio rango de servicios y la mejor calidad de atención, basada en los recursos disponibles;
- **EQUITATIVA:** es un enfoque efectivo tanto para países desarrollados como en desarrollo; contribuye a la igualdad en términos de indicadores de salud;
- **EFICIENTE:** que es menos costosa y más efectiva para los individuos y la sociedad.
- **MULTISECTORIAL:** porque incluye acciones de salud, medio ambiente, alimentación y nutrición y especialmente un componente de educación para la salud.
- Tiene foco en la **PERSONA**

Por lo tanto, la APSCP que propone el Sistema Boliviano de Salud es una acción sanitaria necesaria y prioritaria que generará políticas, programas, servicios y recursos humanos con mayores impactos a las necesidades y problemas de las poblaciones en el nivel local. Es el punto de entrada al sistema de salud y el inicio de la atención de salud de todo el sistema.

Está dada por el Equipo Multidisciplinario de Atención Primaria y constituida por médicos generales con estudios en APS, médicos de familia, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos ambientalistas, técnicos en alimentos y nutrición y otros profesionales que conforman el equipo de salud primaria.

3.5. Nivel Comunitario o Vecinal

Promueve la organización de la comunidad entorno a las necesidades de salud y a la identificación de los problemas más sentidos de la salud en el nivel local, dando respuesta a través de los **Servicios Comunitarios o Vecinales de Salud:** Guarderías Infantiles, Unidades de Recuperación Nutricional, Casas y Centros de Adolescencia y Juventud, Centros de Adultos Mayores, Casa Comunitarias de Salud Materna, Medicina Tradicional.

La atención está responsabilizada a los actores sociales y comunitarios, capacitados como responsables de la salud en su comunidad y nexos con los servicios de salud. Las áreas de salud organizarán grupos comunitarios promotores de la salud y del medio ambiente y coordinarán sus actividades con el Equipo Multidisciplinario de Área de Salud

3.5.1. Centro Comunitario o Vecinal de Salud “CCS”

Es el establecimiento de salud de menor complejidad y que es desarrollado en la propia comunidad,

y que responden a la necesidad de atender a grupos especiales de la comunidad como ser madres gestantes, adolescentes y jóvenes, adultos mayores, personas con discapacidades.

Así mismo son servicios donde se trabaja con los agentes comunitarios tradicionales como parteras, callahuayas, curanderos y médicos tradicionales. En estos centros, se implementan acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad, prestando servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoque intercultural.

Ubicación y Cobertura

Se establece esta estructura dentro del Sistema Boliviano de Salud para aquellas poblaciones con pequeños grupos poblacionales y dispersos en el territorio de los municipios. Con horario de atención de 12 horas diarias.

Prestan atención a las personas, la familia y la comunidad con servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención y atención de urgencias de menor complejidad.

El personal del CCS, debe elaborar Censos Comunitarios y establecer el perfil epidemiológico de la población bajo su cobertura, así como realizar acciones de educación y promoción de ambientes saludables; control de enfermedades transmitidas por vectores; control excretas, basura y agua. El personal estará constituido por 2 a 3 auxiliares de enfermería y equipos comunitarios de salud.

Además de la atención institucional el personal del CCS debe de conocer las características de la población bajo su área de influencia, la organización comunitaria y debe de identificar a los agentes tradicionales de salud.

Infraestructura mínima

Debe de estar situado en un centro comunitario propio del sistema de salud o compartido con la comunidad. Fundamentalmente debe de realizar cuidados básicos de salud y efectuar acciones de promoción de la salud.

Servicios de Salud

La Atención Primaria de Salud Centrada en la Persona, debe constituirse en los Centros de Salud del subsector público y por los Policlínicos de Atención de la seguridad social, donde corresponda.

3.5.2. Puesto de Salud “PS”

Definición

Establecimiento que cuenta con las mismas características del Centro Comunitario de Salud, pero que adicionalmente funciona como sede de los Equipos de apoyo técnico a los equipos de atención primaria ubicados dentro de cada área de salud, a través de los cuales cubre a un promedio de 1000 habitantes. En cada área de salud debe existir al menos un Puesto de Salud que funcione y esté disponible a la comunidad durante las 24 horas del día.

La atención en el Puesto de Salud se orienta a dar respuesta a los siguientes aspectos:

- Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y se prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques

de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención.

- Atención de urgencias de menor complejidad
- Elaboración y actualización de Censos Comunitarios y condiciones ambientales
- Capacitación, educación y promoción de ambientes saludables,
- Control de enfermedades transmitidas por Vectores,
- Control excretas, basura y agua.
- Apoyo técnico a los equipos comunitarios ubicados dentro del territorio.

Recurso humano

El Recurso Humano para los Centros Comunitarios debe de estar integrado por un médico general de área y por auxiliares de enfermería, cuyo número de integrantes puede oscilar entre 2 y 4 miembros, dependiendo del tamaño de la población.

Además, debe de contar con un personal de apoyo a los equipos comunitarios Técnico en Salud Rural, Inspector de Saneamiento ambiental.

Estructura

Debe de contar con un espacio para administración con archivo y un espacio de consulta externa para la entrevista y exploración física del paciente y procedimientos básicos (curación, hipodermia, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), farmacia y stock de medicamentos, oficina de equipo de apoyo, área de estadísticas y sala de reuniones.

3.5.3. Centro de Salud Sigla “CS” Tipo I

Definición

Son establecimiento de salud, que coordina y articula la prestación de servicios con los Centros Comunitarios, Puestos de Salud y con otros servicios de mayor complejidad y capacidad resolutiva localizados en su área de influencia.

Están ubicados en las áreas de salud municipales, cubriendo a una población promedio de 10,000 habitantes. El número de estos centros en un municipio dependerá de la cantidad de habitantes y su porcentaje ruralidad,

Los servicios que se prestan son similares son:

- Atención médica, odontológica, psicológica, procedimientos menores a todas las personas independientemente de su edad
- Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y se prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención.
- Atención de urgencias de mediana complejidad y referencia de emergencias.
- Elaboración de Censos Comunitarios y condiciones ambientales
- Capacitación, educación y promoción de ambientes saludables,

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

- Control de enfermedades transmitidas por Vectores,
- Control excretas, basura y agua.
- Apoyo técnico a los equipos comunitarios ubicados dentro del territorio.

Horario de atención

Disponibles 12 horas al día durante toda la semana

Recurso humano

- a. Médico/a General
 - b. Odontólogo/a
 - c. Psicólogo/a
 - d. Enfermera
 - e. Auxiliar de enfermería
 - f. Técnico/a en laboratorio
 - g. Técnico estadístico.
- II. Otros técnicos o profesionales de salud que se requieren según normas.

Infraestructura mínima

- a. Servicios básicos: Agua, energía eléctrica.
- b. Área general: Portal, Sanitario (hombres/mujeres), Sala de espera.
- c. Área de consulta externa: 4 consultorios para la entrevista y exploración física del paciente, clínica odontológica, clínica de salud mental, área de procedimientos (curación, hipodermia, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), archivo clínico, laboratorio, cuarto de aseo.
- d. Área administrativa: Coordinación, 6 a 8 cubículos, secretaria, archivo clínico, farmacia y stock de medicamentos, sanitario de personal, área de digitación, sala de reuniones.

3.5.4. Centro de Salud tipo II (Integral)

Definición

Son establecimientos de salud, que coordinan y articulan la prestación de servicios con los Centros Comunitarios, Centros de Salud tipo I y con otros servicios de nivel II

Están ubicados en las áreas de salud municipales, se organizara uno por red de salud en el área urbana Estos Centros de Salud en el área rural estará organizado en función a la población el acceso y el número de Centros de Salud de nivel I

Los servicios que prestan son:

- Atención médica, odontológica, psicológica, procedimientos menores a todas las personas independientemente de su edad

- Acciones dirigidas a las personas, la familia y la comunidad y se prestan servicios de promoción, prevención, vigilancia, recuperación y rehabilitación de la salud, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad, de acuerdo a lo establecido en las normas de atención.
- Atención de urgencias de mediana complejidad y referencia de emergencias.
- Atención de parto eutócico
- Elaboración de Censos Comunitarios y condiciones ambientales
- Capacitación, educación y promoción de ambientes saludables,
- Control de enfermedades transmitidas por Vectores,
- Se constituye en referente para los establecimientos de nivel I

En el área metropolitana, la organización será ajustada a su realidad, dado que la densidad demográfica es mayor y la demanda de atención es alta y las acciones estarán definidas en las estrategias de desarrollo Integral EDI.

Horario de atención

Disponibles 24 horas al día durante toda la semana

Recurso humano

- a) Médico especialista Ginecólogo
- b) Médico Pediatra
- c) Médico/a General
- d) Odontólogo/a
- e) Psicólogo/a
- f) Enfermera
- g) Auxiliares de enfermería
- h) Técnico/a en laboratorio
- i) Técnico estadístico.
- j) Recaudador
- k) Otros técnicos o profesionales de salud que se requieren según normas.

Infraestructura mínima

- a. Servicios básicos: Agua, energía eléctrica.
- b. Área general: Portal, Sanitario (hombres/mujeres), Sala de espera.
- c. Sala de parto
- d. Sala de pre parto

- e. Área de consulta externa: 4 consultorios para la entrevista y exploración física del paciente, clínica odontológica, clínica de salud mental, área de procedimientos (curación, cirugía menor, Papanicolaou, IVAA, inmunizaciones), colposcopia
- f. Archivo clínico,
- g. Laboratorio,
- h. cuarto de aseo.
- i. Área administrativa:
- j. Farmacia
- k. Sanitario de personal,
- l. Área de digitación
- m. Auditórium.

3.6. Segundo Nivel de Atención

Estará constituido por hospitales básicos de apoyo a los Centros de Salud y constituyen el primer nivel de referencia, con atención ambulatoria de mayor complejidad que el primer nivel de atención y atención hospitalaria de internación.

Este Nivel está compuesto por las especialidades de Pediatría, Gineco-obstetricia, Cirugía General y Medicina Interna; con apoyo de anestesiología, y servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento.

3.6.5. Hospital de baja complejidad tipo I “HT1”

Definición

Forman parte de la red municipal o departamental y se constituye en el primer nivel de referencia del sistema de atención primaria. Es el hospital donde se prestan servicios relacionados con atención médica curativa, además de servicios de salud relacionados con promoción y prevención intra hospitalaria y de rehabilitación de base comunitaria. Contará con una cartera de servicios definida por su perfil epidemiológico, brindando servicios de hospitalización con sus componentes según especialidad.

El servicio de preferencia debe ser cubierto por médicos especialistas en las cinco áreas básicas de atención, Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría y Traumatología básica; de no poder cubrir estos servicios con dicho personal, podrá ser cubierto por médicos generales, con las capacidades y habilidades pertinentes.

Ubicación

Debe establecerse en la cabecera municipal o departamental de la red Funcional de Servicios y cubrirá una población entre los 50.000 a 100.000 habitantes

Cartera de Servicios

- Medicina General

- Cirugía General (incluye Traumatología Básica)
- Pediatría General y Neonatología.
- Obstetricia: atención del parto eutócico y distócico por médico y eutócico por personal capacitado
- Ginecología
- Anestesiología
- Odontología (de acuerdo a lo definido por el Programa de Salud Bucal)
- Interconsulta y soporte para el primer nivel de atención
- Consulta Externa de medicina y cirugía
- Laboratorio Clínico
- Radiodiagnóstico
- Emergencias
- Estación de Sangre
- Transporte de pacientes al nivel de atención superior
- Apoyo diagnóstico:
 - Electrocardiografía básica
 - Ultrasonido
 - Telemedicina (consultas a distancia)
 - Espirometría
 - Punciones pleurales y abdominales
 - Curaciones
 - Anticoncepción.

Horario de atención

El Hospital básico Tipo 1 debe de estar disponible las 24 horas diarias

Recurso humano

Recurso humano especializado.

3.6.6. Hospital Tipo II “HT2”

Definición

Es aquel que además de servicios de salud relacionados con promoción y prevención intra hospitalaria y de rehabilitación de base comunitaria, tiene mayor capacidad resolutive que el Tipo I, cartera de servicios fortalecida de acuerdo al perfil epidemiológico, prestación de servicios médicos con la presencia de especialistas y equipo diagnóstico adecuado a la oferta de servicios. El número de

camas será definido de acuerdo a la demanda, perfil epidemiológico y producción

Ubicación

Puede estar ubicado en un municipio de gran porte o en la cabecera del departamento

Departamento

Cartera de Servicios

- Medicina Interna
- Cirugía Especializada
- Pediatría
- Ginecología
- Obstetricia (atención de parto eutócico y distócico por médico y eutócico por comadrona)
- Traumatología
- Ortopedia
- Anestesiología
- Medicina General
- Odontología
- Interconsulta
- Consulta Externa
- Laboratorio Clínico
- Radiodiagnóstico
- Emergencia
- Psiquiatría o Psicología
- Transporte de pacientes al nivel de atención superior
- De acuerdo al perfil epidemiológico, prestará servicios de rehabilitación física de base comunitaria, o bien, en sus instalaciones
- Promoción y prevención intra-hospitalaria de la salud.
- Depósito de Sangre
- Servicios de apoyo diagnósticos:
 - Electrocardiografía básica
 - Ultrasonido
 - Telemedicina (consultas a distancia)

- Espirometría
- Punciones pleurales y abdominales
- Curaciones
- Electromiograma
- Mamografía

Horario de atención 24 horas diarias.

Recurso humano

Especializado de acuerdo a la oferta de servicios.

3.7. Tercer Nivel de Atención

3.7.7. Hospital Tipo III. "HT3"

Definición

Es aquel donde se prestan los servicios médicos integrados, descritos en el tipo I y II, con adición de otras especialidades y unidades de cuidados intensivos. Posee mayor capacidad resolutive en los campos de especialidades médicas y tecnológicas, se incluyen imágenes diagnosticas de alta complejidad. El número de camas será definido de acuerdo a la demanda, perfil epidemiológico y producción.

Ubicación

En grandes municipios o cabeceras de departamento

Cartera de Servicios

- Medicina Interna y sub especialidades
- Cirugía y sus Especialidades
- Pediatría y sus Especialidades
- Ginecología, Obstetricia y sus Especialidades
- Traumatología
- Ortopedia
- Anestesiología
- Odontología
- Consulta Externa
- Urgencias
- Internación de corto y mediano plazo
- Cuidados Intensivos de adultos y niños

- Laboratorio Clínico
- Radiodiagnóstico especializado
- Psiquiatría
- De acuerdo al perfil epidemiológico, prestará servicios de rehabilitación física de base comunitaria, o bien, en sus instalaciones.
- Promoción y prevención de la salud intra hospitalaria.
- Emergencia.
- Banco de Sangre
- Servicios Diagnóstico Terapéuticos
- Servicios de apoyo diagnóstico:

Los descritos en los hospitales tipo I y II y

- Electrocardiografía básica
- Ultrasonido
- Telemedicina (consultas a distancia)
- Espirometría
- Punciones pleurales y abdominales
- Curaciones
- Electromiograma
- Mamografía
- Ecografía cardíaca
- Tomografía Axial Computarizada
- Medición de función pulmonar y Espirómetros especializadas
- Otras especialidades Diagnósticas

Horario de atención 24 horas diarias,

Recurso humano

Recurso humano especializado de acuerdo a la oferta de servicios.

3.8. Cuarto Nivel Hospitales de Alta Especialidad e Investigación

3.8.8. Hospital tipo IV “HT4”

Definición

Están ubicados en áreas urbanas del país que por accesibilidad y demanda de los servicios requieran

de alta complejidad para brindar atención a las regiones de salud. Son hospitales donde se prestan servicios de atención propios de un Hospital de especialidad o Institutos con servicios de centros especializados en un campo específico de la medicina. En él se concentra lo más especializado en el campo de los recursos humanos y tecnológicos, prestan servicios con sub especialidades, desarrollan docencia e investigación y se apoya en procedimientos diagnósticos y terapéuticos que requieren alta tecnología y mayor grado de especialización de servicios.

Ubicación

Son por lo general Hospitales o Institutos de Alta especialidad ubicados en las cabeceras departamentales y con cobertura nacional

Cartera de Servicios

La cartera servicios del Hospital tipo IV, resulta de la interrelación de especialidades con sus técnicas y procedimientos mediante los cuales Se hacen efectivas todas las prestaciones sanitarias de urgencia, hospitalización de corto, mediano y largo plazo, cuidados intensivos y servicios de 24 horas. De acuerdo al perfil epidemiológico y especialidad, prestará servicios de rehabilitación física en sus instalaciones y en lo posible rehabilitación de base comunitaria, además de la promoción y prevención de la salud intra hospitalaria.

Los servicios de apoyo diagnóstico son los descritos en los hospitales tipo I, II y III, Sin embargo, de acuerdo a las necesidades se ofertarán adicionalmente los siguientes servicios:

- Resonancia Magnética Nuclear
- Diagnóstico por radioisótopos
- Densitometría Ósea
- Cardiología no invasiva e invasiva
- Trasplantes
- Otros determinados por la necesidad tecnológica y epidemiológica.

Horario de atención 24 horas diarias

Recurso humano

Personal especializado de acuerdo a la oferta de servicios.

3.9. Redes Funcionales de Salud en el Sistema Boliviano de Salud

Para el buen funcionamiento del modelo de atención, el Sistema Boliviano de Salud, propone que los diferentes niveles de atención desde el nivel primaria hasta el cuarto nivel de especialización, se organicen en Redes Funcionales de Salud, donde la atención sanitaria, de salud en general y la clínica –médica, se organicen territorialmente en un sistema coordinado, comunicado y consensuado de referencia y contrareferencia.

Para ello territorialmente cada municipio debe identificar su estructura de salud y organizarla en redes rurales y o urbanas constituyendo un primer nivel de atención, un nivel de referencia inmediato que se constituye en la primera puerta de referencia, un nivel de mayor complejidad y de referencia de tercer nivel.

Un nivel pre hospitalario de la red funcional estará constituido por los servicios de atención primaria y comunitaria, los puestos y centros de salud, donde las acciones de salud se basen en la promoción de la salud, la prevención y atención a la morbilidad más frecuente, así como a la solución de los problemas básicos.

El segundo nivel de la red constituye la atención hospitalaria y la integran los hospitales de segundo nivel, hospitales de tercer nivel y los hospitales de especialidad.

El hospital de segundo nivel debe constituirse en el Centro de Desarrollo de capacidades de la Red. Todos ellos en un mismo territorio se integran en la RED FUNCIONAL DE SERVICIOS DE SALUD.

Cada red de servicios de salud debe constituirse una GERENCIA de RED, que es responsable de la planificación, definición del POA de Red, el seguimiento, evaluación de las acciones sanitarias de la red primaria y se responsabiliza de la coordinación con el DIRECTOR del Hospital de Segundo Nivel, quien debe organizar la respuesta y resolución de todos los casos referidos de la red primaria de salud.

El segundo nivel a través del DIRECTOR del hospital de segundo nivel, debe referir en un sistema de referencia y contrareferencia al Tercer nivel de atención. Los Directores de hospital de segundo nivel y de tercer nivel, deben de establecer mecanismos de coordinación, comunicación y referencia y contrareferencia de pacientes.

Gráfico 25: Niveles de Atención



3.9.9. Conformación de las redes funcionales de salud

Cada Municipio o Mancomunidad de Municipios, valorando sus áreas de cobertura, su estructura sanitaria, sus recursos humanos, y la red de servicios en su territorio, organizará las Redes Funcionales con servicios de Atención Primaria, el o los Hospitales de Segundo Nivel, el Hospital de Tercer Nivel y si corresponde el Hospital de Cuarto Nivel.

SISTEMA BOLIVIANO DE SALUD

La gestión de la Red se conforma con una **GERENCIA DE RED** quien coordina las acciones con las redes municipales de salud, a través de los Centros de Salud bajo su responsabilidad y es el encargado de la gestión de su red. Se le responsabiliza la Gerencia de Red de Atención Primaria y la Coordinación con el segundo nivel con el **DIRECTOR DEL HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**, conformando una Dirección de Red junto a la Director del Hospital de Segundo Nivel. En caso de existir en el municipio, la provincia o el departamento varios hospitales de segundo nivel, se constituirá el Comité de Hospitales de Segundo Nivel con todos los Directores de Hospitales de segundo nivel.

El Director de Hospital de Segundo Nivel dirigirá el Comité de Referencia y contrareferencia de la Red.

La Gerencia de Red se constituye en el control de la referencia y contra referencia

El Director del Hospital de Segundo Nivel, es el responsable de coordinar, planificar y dar seguimiento a las actividades de planificación con el **DIRECTOR DEL HOSPITAL DE TERCER NIVEL**, será el responsable de la contrareferencia de pacientes del tercer nivel, al segundo y al primer nivel de atención

Gráfico 26: Redes funcionales de Salud



4. MODELO DE FINANCIAMIENTO

Las inversiones para reformar y mejorar los sistemas de salud no siempre se han orientado a afrontar los nuevos desafíos, relacionados en gran medida con la transición demográfica y epidemiológica, así como con las expectativas de la población.

Cuando existen barreras de acceso a los servicios (ya sean económicas, geográficas, culturales, demográficas u otras) el deterioro de la salud no solo implica mayores gastos, sino también la pérdida de ingresos. La inexistencia de mecanismos de protección contra el riesgo financiero de la enfermedad origina y perpetúa un círculo vicioso de enfermedad y pobreza.

4.1. Ineficiencia en la asignación de recursos

La insuficiencia de financiamiento, la ineficiencia en la asignación y el uso de los recursos disponibles para la atención de la salud representan retos importantes para el avance hacia la equidad y la protección financiera.

Según información oficial del Ministerio de Economía, el gasto público en salud y deportes en Bolivia se encuentra alrededor del 6% del Producto Interno Bruto (PIB), no existe un desglose de cuanto corresponde a salud y cuanto a deportes, de todas maneras, es un nivel muy bajo en comparación con el 10% de aquellos países que alcanzaron la cobertura universal. El ofrecimiento del Gobierno que alcanza a US\$ 200 millones no llega al 0,5% del PIB.

4.2. Gasto de Bolsillo

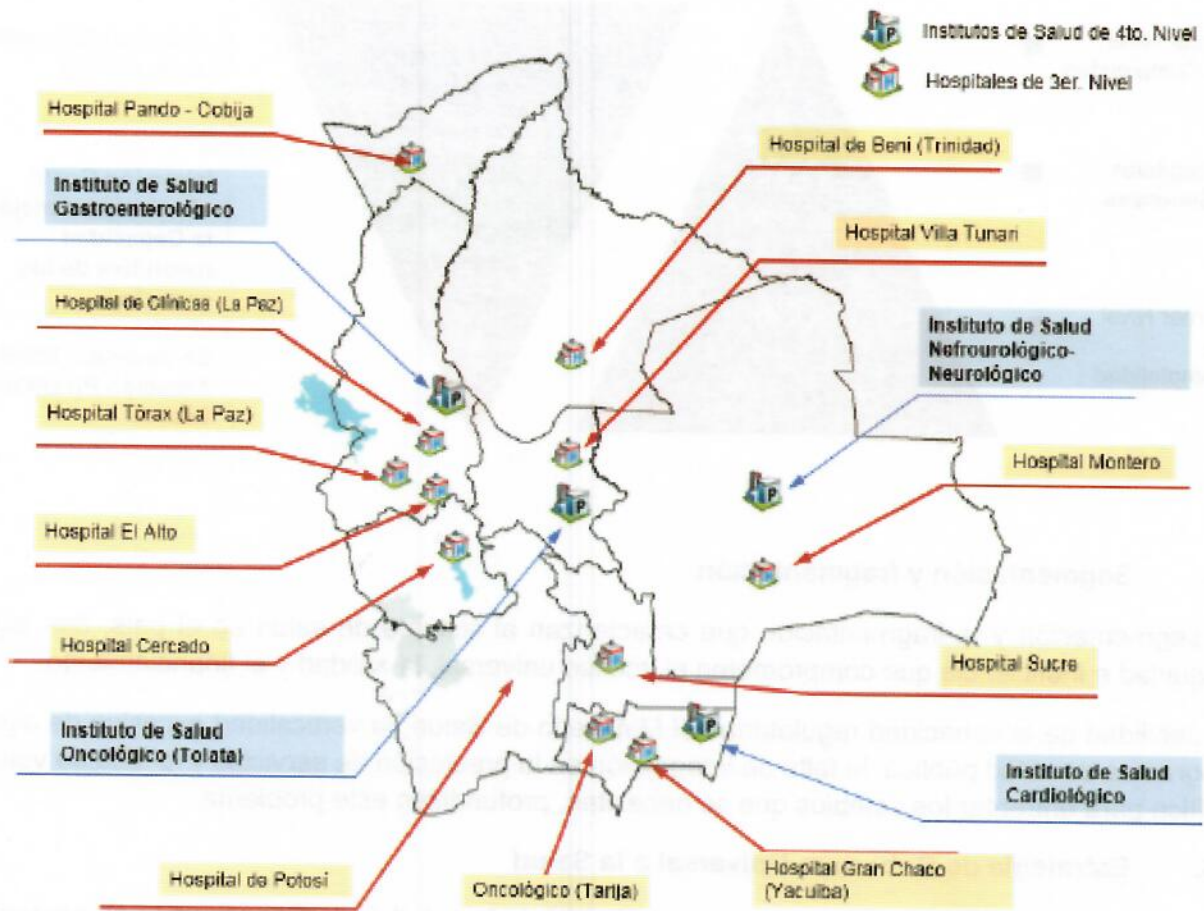
El pago directo en el momento de la prestación de los servicios, también denominado “gasto de bolsillo”, es la fuente de financiamiento más ineficiente y regresiva, representa un flujo inestable de recursos financieros y constituye una barrera de acceso que impide o retrasa la atención y la hace más costosa para las personas y el sistema; tiene además un impacto relativamente mayor en las personas con menores recursos, para quienes el más mínimo pago puede representar una fracción importante de su presupuesto.

Una asignación eficiente del gasto público es una condición necesaria para reducir la inequidad y la desigualdad.³¹ La implementación del modelo de atención centrado en las personas y las comunidades requiere que se aumente la eficiencia mediante la asignación de los nuevos recursos, de forma prioritaria al primer nivel de atención y en las redes para ampliar la oferta de servicios de calidad y abordar con rapidez las necesidades insatisfechas de salud. Simultáneamente, es necesario poner en funcionamiento una serie de mecanismos disponibles para transformar el modelo de atención y la organización de los servicios. Uno de ellos, particularmente importante, son los sistemas de pago que incentiven el cuidado integrado y la continuidad en la atención.

El Plan de Desarrollo Sectorial de Salud 2016/2020 prioriza la inversión en infraestructura en doce Hospitales de 3er nivel y 4 Institutos de cuarto nivel de complejidad, asigna US\$ 1,700 MM de dólares sin contemplar Recursos Humanos, medicamentos e insumos, con lo que la sola infraestructura no es suficiente para solucionar los problemas de salud sino se cuenta con el personal, el equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para atender las patologías que aquejan a la población boliviana.

31 El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 corresponde a la perfecta igualdad (todos tienen los mismos ingresos) y donde el valor 1 corresponde a la perfecta desigualdad. En la época de bonanza el Índice mejoro en Bolivia desde 0,51 en 2008 hasta 0,46 en 2011 pero luego empeoro nuevamente a 0,48 en 2013.

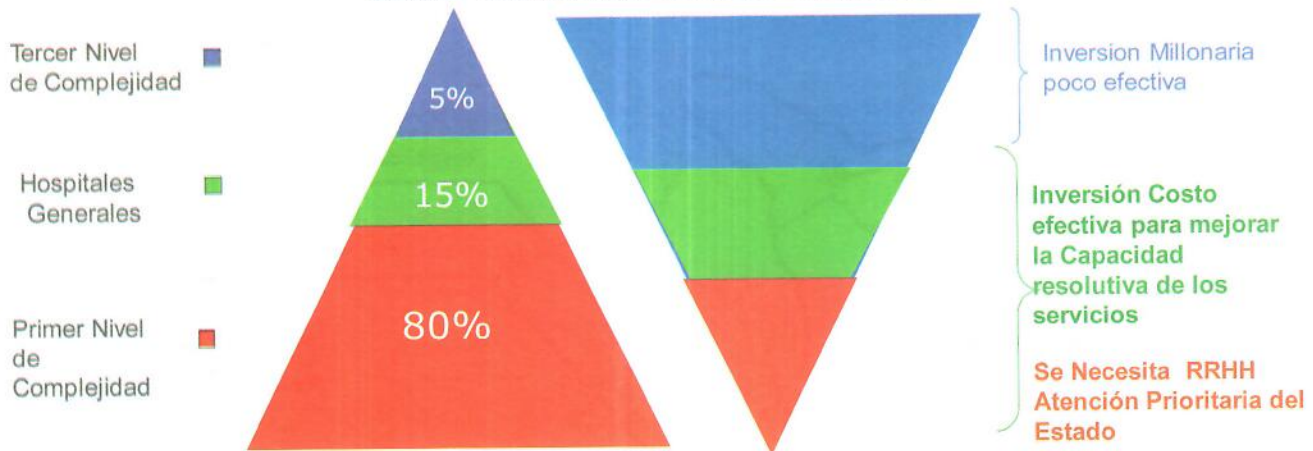
Gráfico 27: Inversión del Plan de Desarrollo 2016/2020



El Plan de Desarrollo Sectorial de Salud 2016/2020 prioriza el desarrollo de la infraestructura hospitalaria induciendo a la atención con “hospitalocentrismo” cuando el mundo está recuperando la atención centrada en la Persona, focalizando en sus derechos, su dignidad y necesidades.

El Sistema Boliviano de Salud que propone el Colegio Médico prioriza más bien la Atención Primaria en Salud, se debe fortalecer el Primer y Segundo Nivel de Complejidad que es una Inversión más costo efectiva para mejorar la capacidad resolutoria de los servicios y resolver la mayor parte de los problemas de salud de la población.

Gráfico 28: Reorientar la Inversión en Salud



4.3. Segmentación y fragmentación

La segmentación y la fragmentación que caracterizan al sistema de salud en el país, dan lugar a inequidad e ineficiencia que comprometen el acceso universal, la calidad y el financiamiento.

La debilidad de la capacidad regulatoria del Ministerio de Salud, la verticalidad excesiva de algunos programas de salud pública, la falta de integración en la prestación de servicios y la falta de voluntad política para enfrentar los cambios que se necesitan, profundizan este problema.

4.4. Estrategia de Cobertura Universal a la Salud

La estrategia para el acceso y la cobertura universal de la salud de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) dio relevancia a los valores de solidaridad, equidad y derecho a la salud; también reconoció el financiamiento como una condición necesaria, aunque no suficiente, para reducir las inequidades y aumentar la protección financiera de la población.

El valor fundamental en la definición de acceso en la estrategia es el “derecho a la salud”, adoptado como una prioridad de la sociedad en su conjunto, que requiere un financiamiento adecuado, asignado y gestionado de manera eficiente.

En la estrategia de la OPS³² se propone “**aumentar y mejorar el financiamiento, con equidad y eficiencia, y avanzar hacia la eliminación del pago directo que se convierte en barrera para el acceso en el momento de la prestación de servicios**”.

De ello se derivan tres líneas de acción interrelacionadas:

1. **Aumentar la protección financiera eliminando el pago directo**, que representa una barrera para el acceso, evitando así la exposición a gastos catastróficos o que conduzcan al empobrecimiento o lo agraven. El pago directo como fuente de financiamiento debe ser reemplazado de manera planificada y de forma progresiva por seguros públicos de salud y por mecanismos de mancomunación de prepago y solidarios, recurriendo a fuentes de recursos diversas que aseguren su estabilidad y sostenibilidad.

2. **Aumentar el Gasto Público en Salud** lo que implica un compromiso de la sociedad

32 Línea Estratégica tres.

en su conjunto para incrementar el espacio fiscal reservado a la salud en términos de nuevas fuentes públicas de financiamiento, con la búsqueda de la equidad como principal objetivo.

3. **Aumentar la eficiencia en el sistema de salud** mediante la determinación de un conjunto de acciones que impacten específicamente en su financiamiento y su organización, tales como la alineación de los mecanismos de pago con los objetivos del sistema de salud, así como la racionalización de la introducción de nuevos medicamentos y otras tecnologías, que es un factor de gran importancia en el aumento del gasto en salud.

La propuesta del Colegio Médico consiste en respetar la independencia del Régimen de Corto Plazo de la Seguridad Social constituido por las Cajas de Salud, así como la iniciativa privada en cumplimiento a la Constitución Política del Estado y reforzar el Sistema Público de Salud.

4.5. PIB, Gasto en Salud y Esperanza de vida

La clasificación elaborada por Filgueira³³ con base en los trabajos de Esping-Andersen, propone caracterizar a los modelos de política social orientados a otorgar cobertura Universal de Salud incorporando las variables de cuánto se gasta en salud medida como porcentaje del PIB y la capacidad del gasto público.

Los países que tienen cobertura universal de salud presentan conjuntamente las siguientes características:

1. Destinan a la salud el 10% o más del PIB,
2. El Gasto del Estado en Salud es más del 75% del total de gasto público.

Como resultado del gasto y la cobertura universal, se tienen bajas tasas de mortalidad materna infantil y una mayor Esperanza de Vida.

Cuadro 20: Indicadores económicos y de salud en Bolivia y el mundo

Cobertura de Salud	Universal	Bolivia
% de PIB gastado en Salud	Mayor a 10%	6.1 %
Gasto Publico como % del Gasto total en Salud	75% a 100%	65 %
Esperanza de vida al nacer (años)	75 o mas	68 años
% de Poblacion que vive bajo la linea de pobreza	0 a 20%	37 %
Tasa de mortalidad de la niñez hasta 5 años (por mil)	0 a 6	38 por mil
Tasa de mortalidad materna (por cien mil niños nacidos vivos)	20 o menos	206 por cada 100.000 niños nacidos vivos

33 Filgueira F. Tipos de *welfare* y reformas sociales en América Latina. Eficiencia, residualismo y ciudadanía estratificada. En Reforma do Estado e Mudanca institucional no Brasil. Recife: Editora Massangana; 1999. pp. 123-58.

Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

Aquellos países que destinan a Salud menos del 50% del gasto público y gastan menos del 7% del PIB en salud, presentan altas tasas de mortalidad materno infantil y una esperanza de vida al nacer menor a sesenta años de edad.

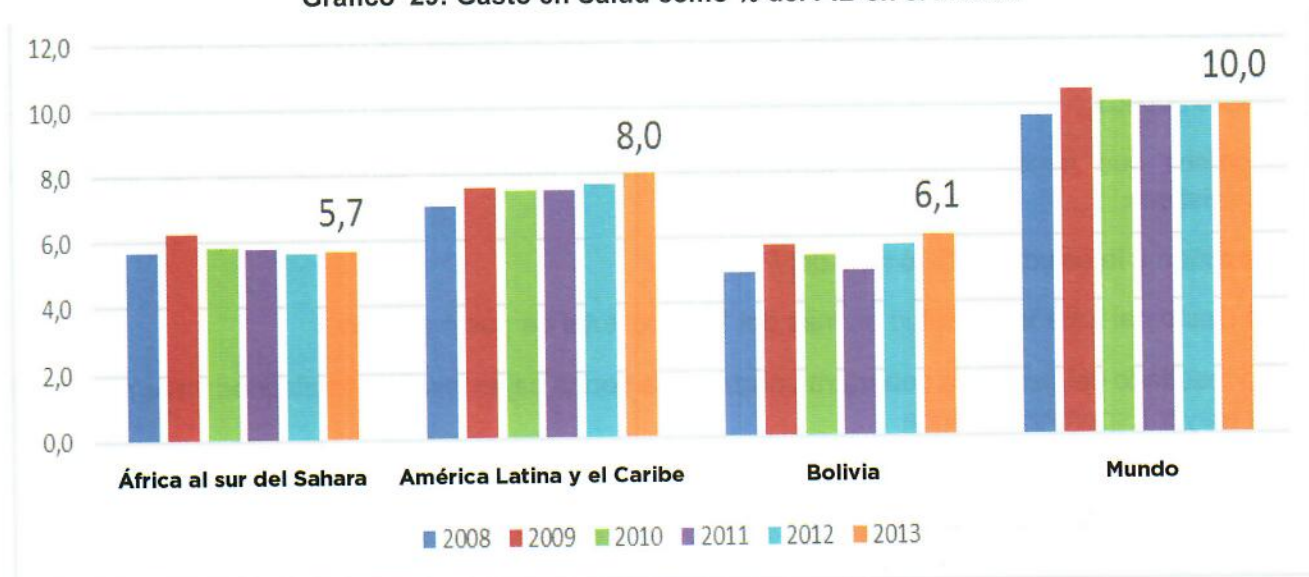
El Gasto de Salud en Bolivia representa el 6% del PIB, el Gasto Publico incluido el aporte de la seguridad social en el país es inferior al 75% del Gasto total en salud y aun se tiene altas tasas de mortalidad materno infantil además que la Esperanza de Vida al Nacer no llega a los setenta años.

A continuación, analizamos cada uno de los indicadores del país en comparación con América Latina, África y el Mundo.

4.5.1. Gasto en salud como % del PIB

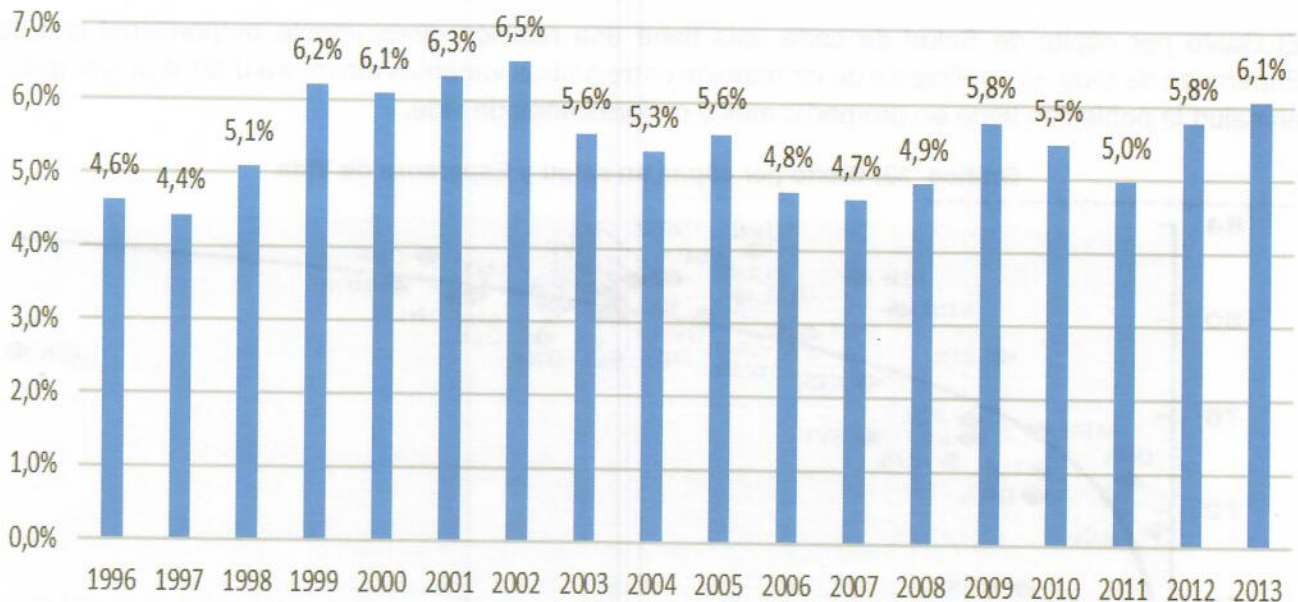
El Gasto de Salud en el País como porcentaje del PIB, es similar al de África y 25% menor al de América Latina.

Gráfico 29: Gasto en Salud como % del PIB en el Mundo



El Gasto de Salud como porcentaje del PIB durante los últimos diez años alcanzó en promedio a 5,3% y es inferior al que se registró al inicio de la década que fue de 6.3%.

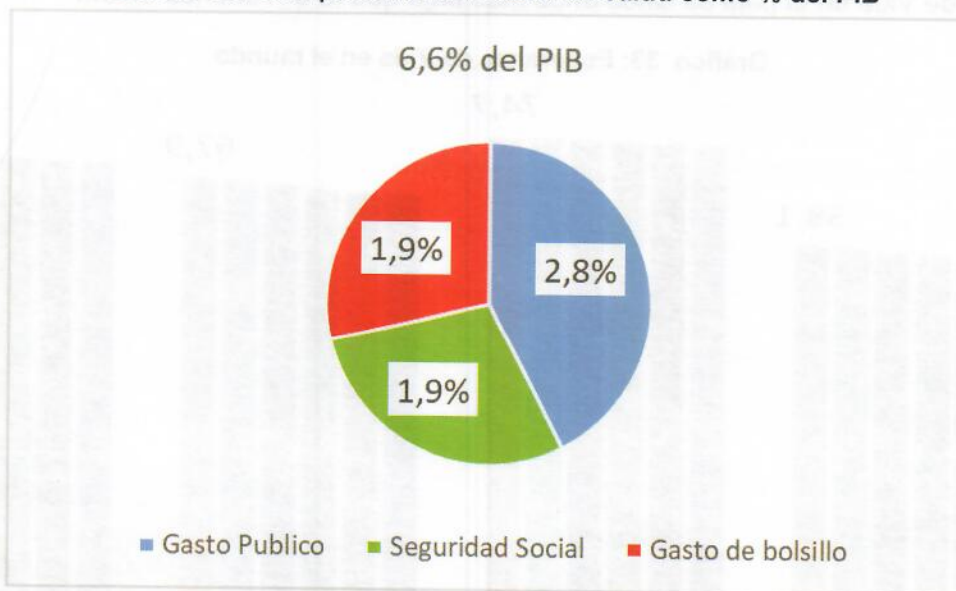
Gráfico 30: Gasto en Salud como % del PIB en Bolivia



4.5.2. Composición del Gasto en Salud como % del PIB

El PIB es de alrededor de US\$ 40.000 millones al 2018 y según información oficial el Gasto en Salud alcanza al 6.6% del PIB que representa US\$ 2.640 millones de dólares con la siguiente composición:

Gráfico 31: Composición del Gasto en salud como % del PIB



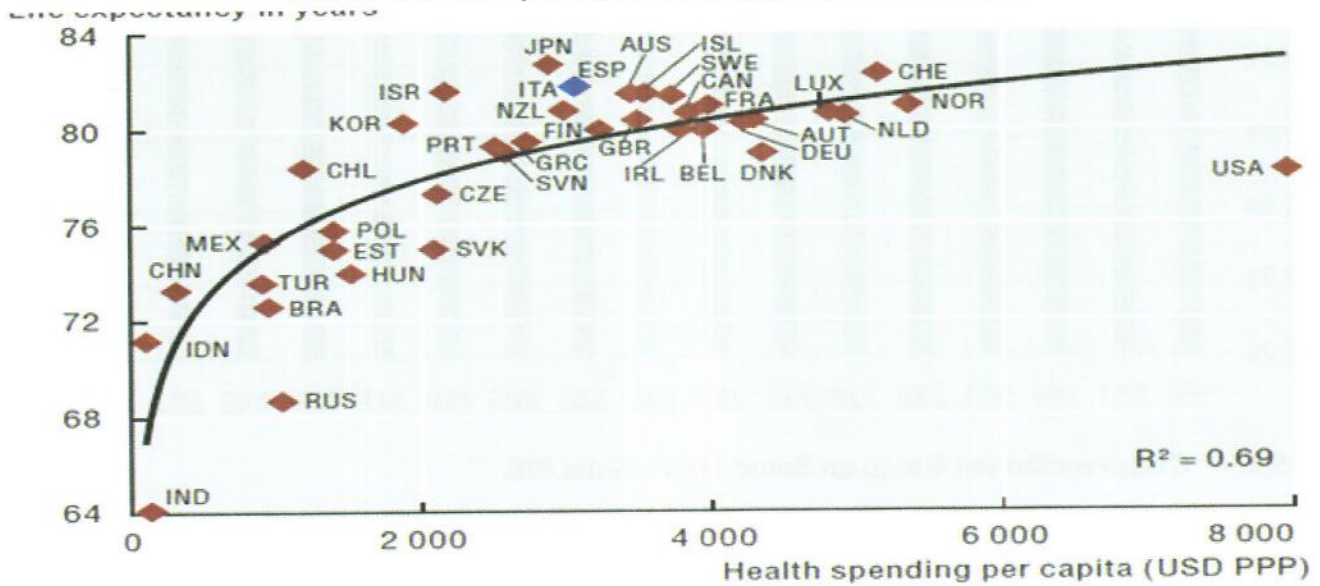
Aplicando al PIB los porcentajes respectivos se obtiene lo siguiente:

- Aporte del Gobierno sin considerar su condición de Empleador es US\$ 1.120 millones
- Aporte que no depende del Gobierno es US\$ 1.516 millones:
 - Seguridad Social: Los Empleadores Privados y Públicos pagan el 10% del salario que alcanza a US\$ 760 millones.
 - Población gasta de su bolsillo US\$ 756 millones.

4.5.3. Gasto en Salud y Esperanza de Vida

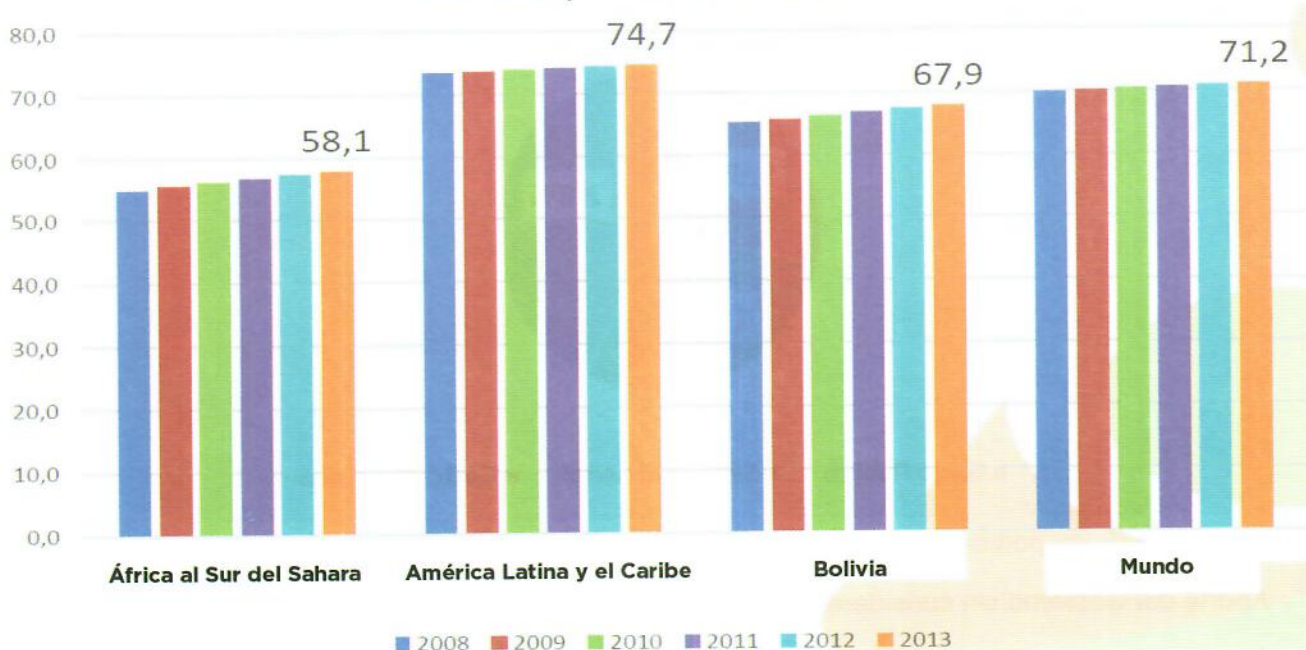
El Gasto per cápita de Salud de cada país tiene una relación directamente proporcional con su Esperanza de Vida. El coeficiente de correlación entre ambas variables alcanza a 0,69. A mayor gasto en salud la población tiene en promedio más y mejores años de vida.

Gráfico 32: Gasto per cápita en salud y Esperanza de Vida



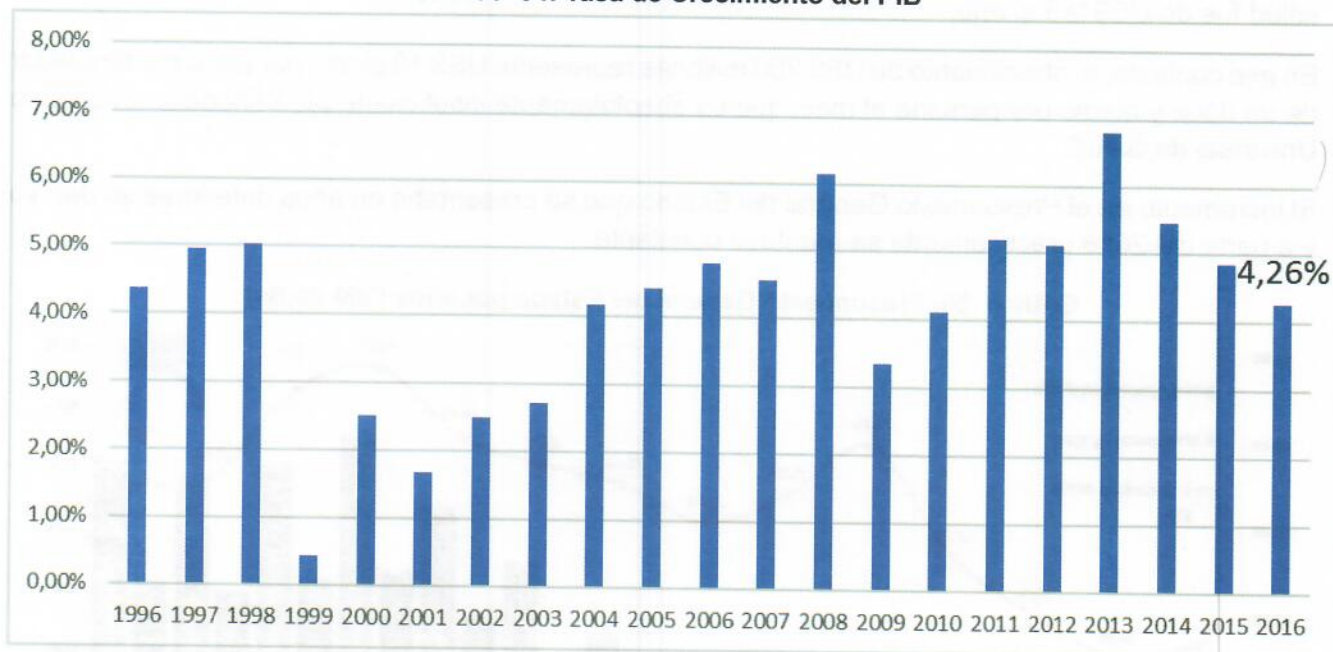
La Esperanza de Vida en el país es cinco años más baja que la de América Latina.

Gráfico 33: Esperanza de Vida en el mundo



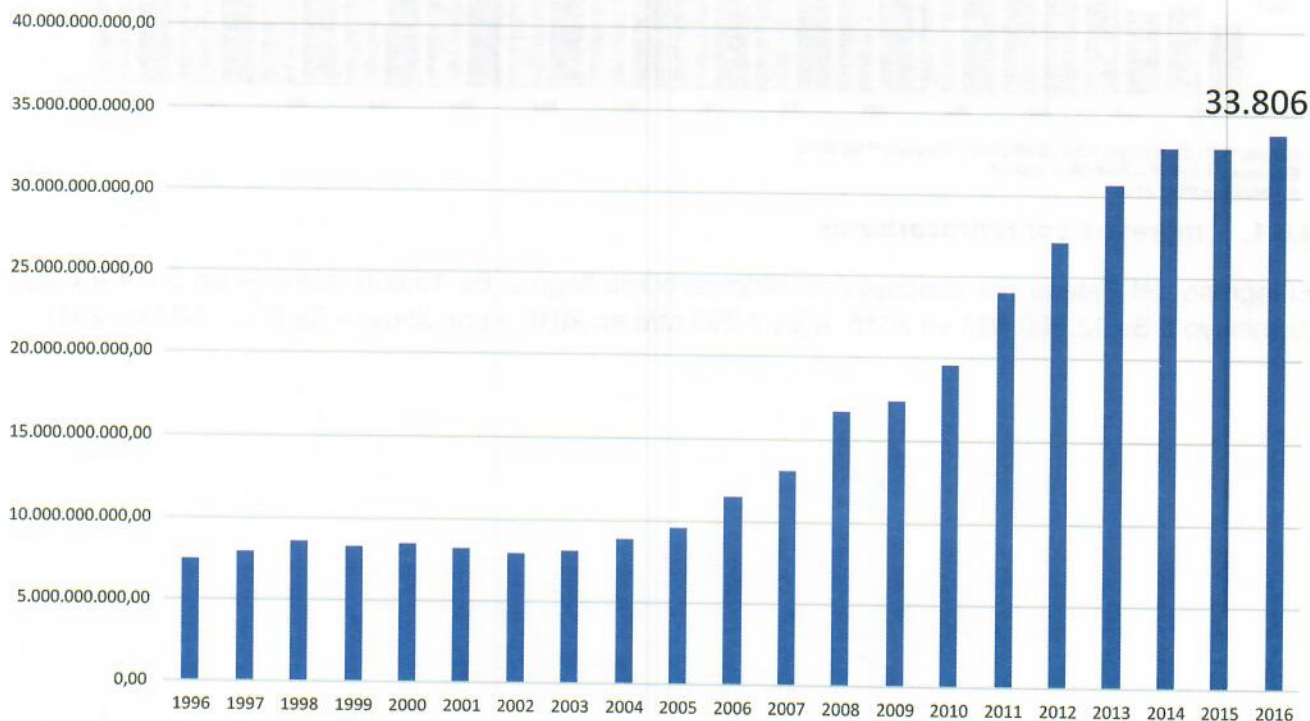
4.6. PIB y Presupuesto General del Estado

Gráfico 34: Tasa de Crecimiento del PIB



Bolivia se benefició con un periodo de bonanza extraordinaria a partir del año 2006 como consecuencia del incremento en el precio del gas y de los minerales como nunca antes en su historia.

Gráfico 35: PIB por años (MM US\$)



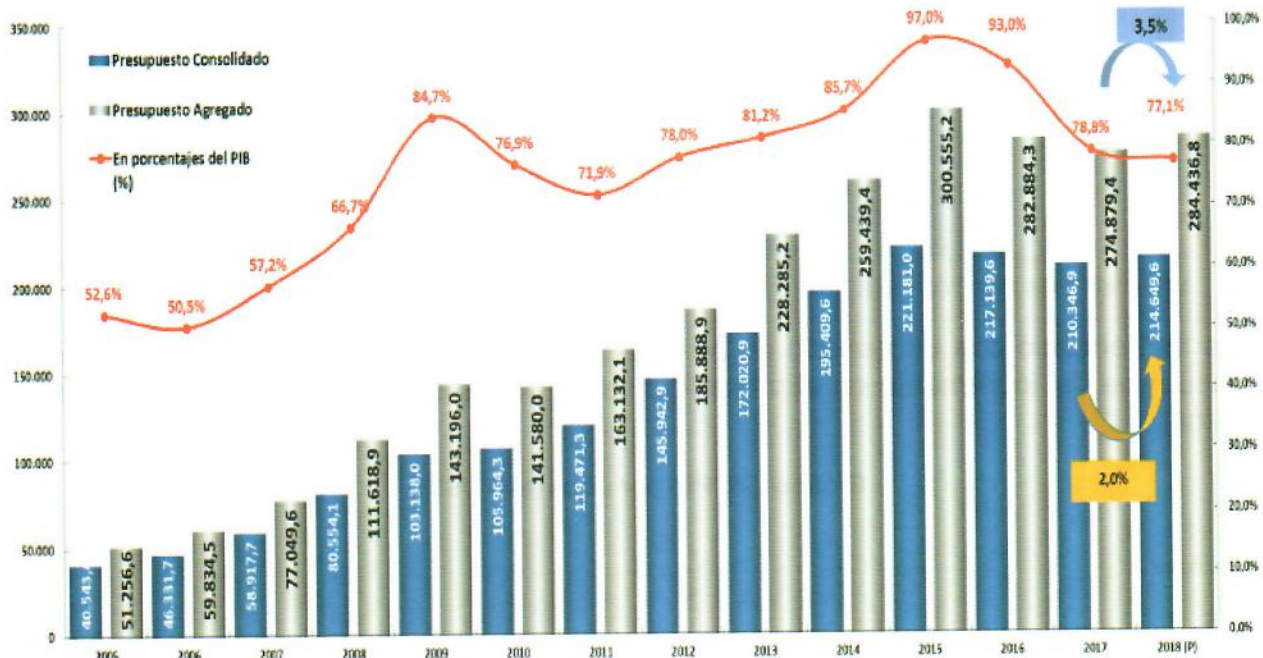
Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

El PIB de US\$ 33.806 millones en 2016 y el Gasto en Salud de 6.1% del PIB representa US\$ 2.062 millones de dólares, considerando la Población de 11.146.000 de habitantes el Gasto per cápita en salud fue de US\$185 al año.

En ese contexto, el ofrecimiento de US\$ 200 millones representa US\$ 18 al año por persona, alrededor de un dólar y medio por persona al mes, que es absolutamente insuficiente para financiar un Seguro Universal de Salud.

El incremento en el Presupuesto General del Estado que se presentaba en años anteriores se detuvo y a partir del 2016 prácticamente se mantuvo constante.

Gráfico 36: Presupuesto General del Estado por años (MM de Bs)



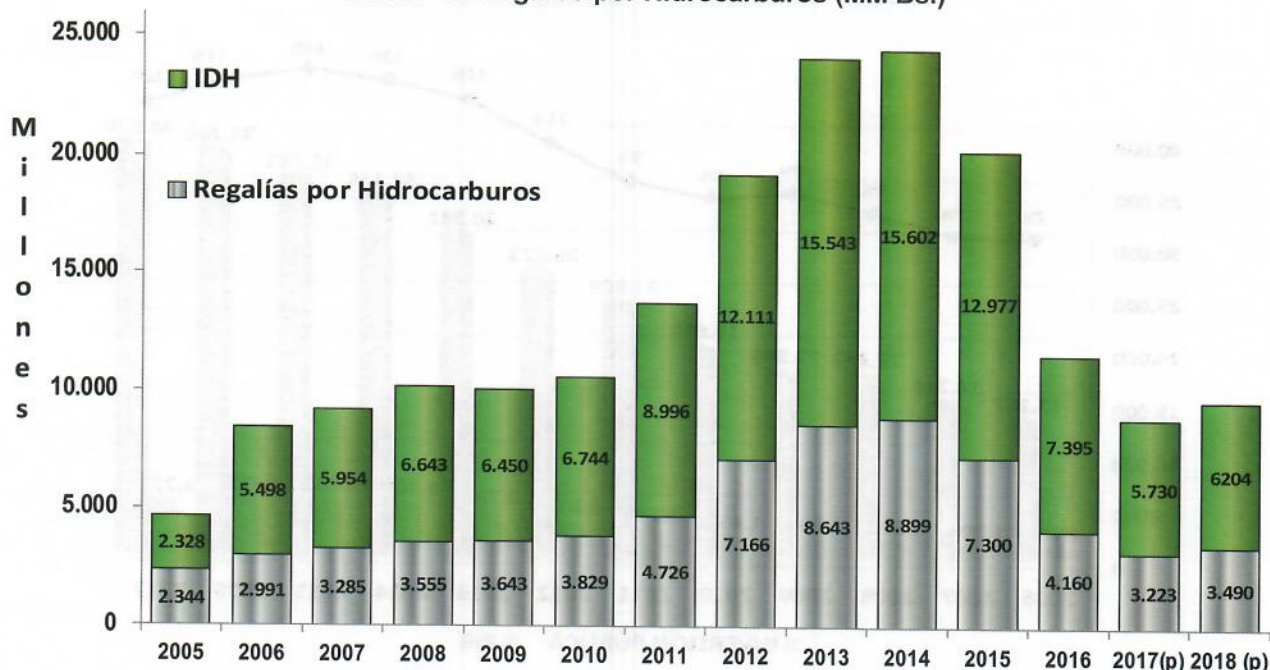
Fuente: PGN 2005-2009, PGE 2010-2017 y Proyecto PGE 2018
Elaboración: VPCF - DGPFP - UGPPP
(P) Proyecto PGE 2018

11

4.6.1. Ingresos por Hidrocarburos

El ingreso del Estado por concepto de Hidrocarburos llegó a Bs 15.600 millones en 2014 y luego disminuyó a Bs 12.900 MM en 2015, a Bs.7.395 MM en 2016 y por último a Bs 5.730 MM en 2017.

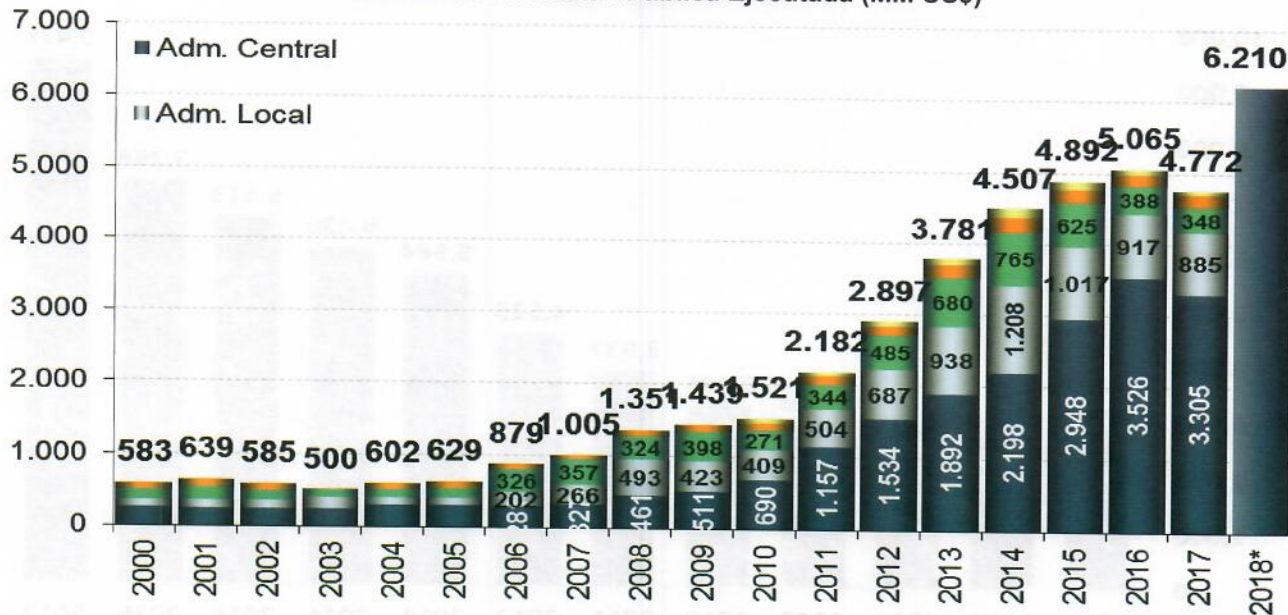
Gráfico 37: Ingreso por Hidrocarburos (MM Bs.)



4.6.2. Inversión Pública

La inversión Pública también se mantuvo en niveles de alrededor US\$4.600 MM desde el año 2014, aunque el presupuesto de 2018 establece más de US\$ 6.000 pero a la fecha en que se elaboró este documento no existen datos oficiales sobre el presupuesto ejecutado.

Gráfico 38: Inversión Pública Ejecutada (MM US\$)



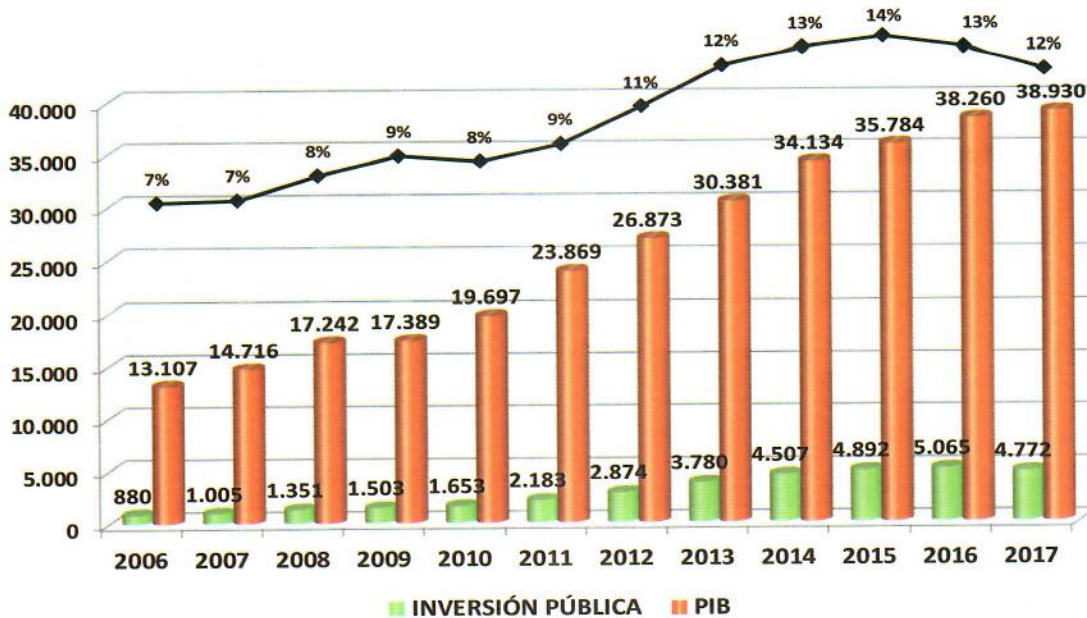
(*) Monto programado en el PGE 2018

Fuente: Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE)

Elaboración: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, Unidad de Análisis y Estudios Fiscales (UAEF)

Si bien el monto de Inversión Pública no presentó variación significativa en los años 2016 y 2017, en términos relativos porcentualmente respecto al PIB presentaron una disminución.

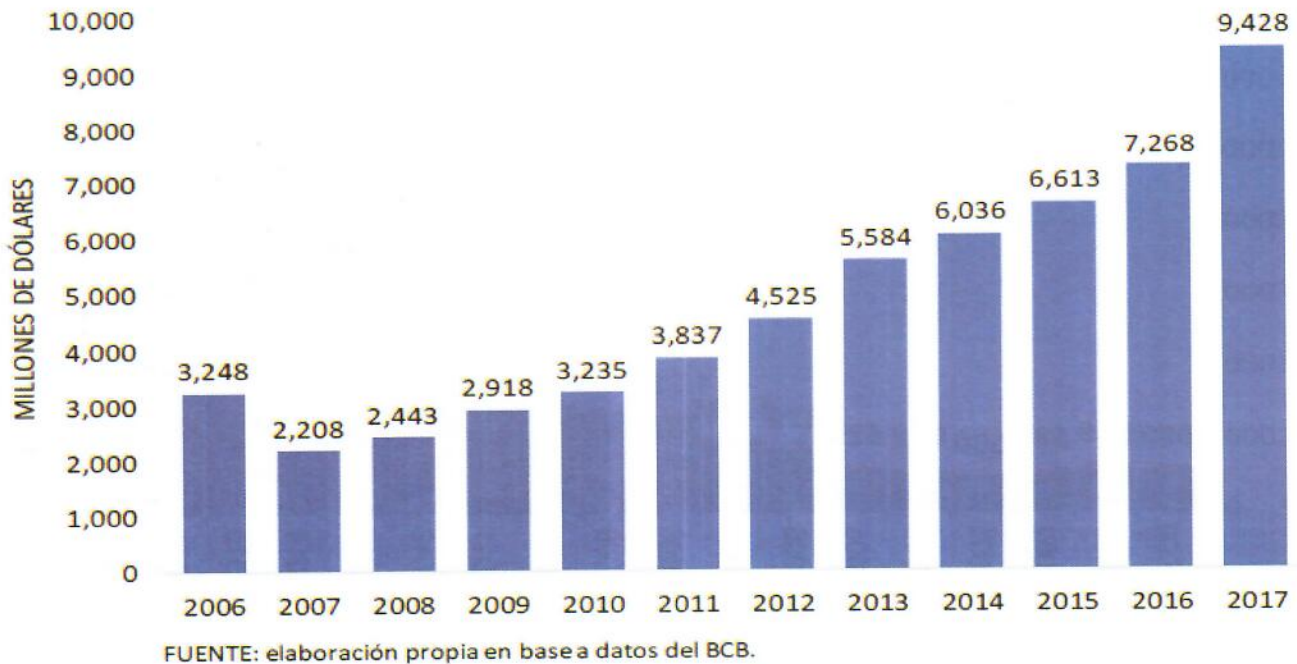
Gráfico 39: Inversión Pública como % del PIB



En periodos de bonanza no es comprensible que el país se haya endeudado en forma desmedida.

4.6.3. Deuda Externa y Deuda Interna

Gráfico 40: Deuda Externa
SALDO DE LA DEUDA EXTERNA DE BOLIVIA
AÑOS 2006 - 2017

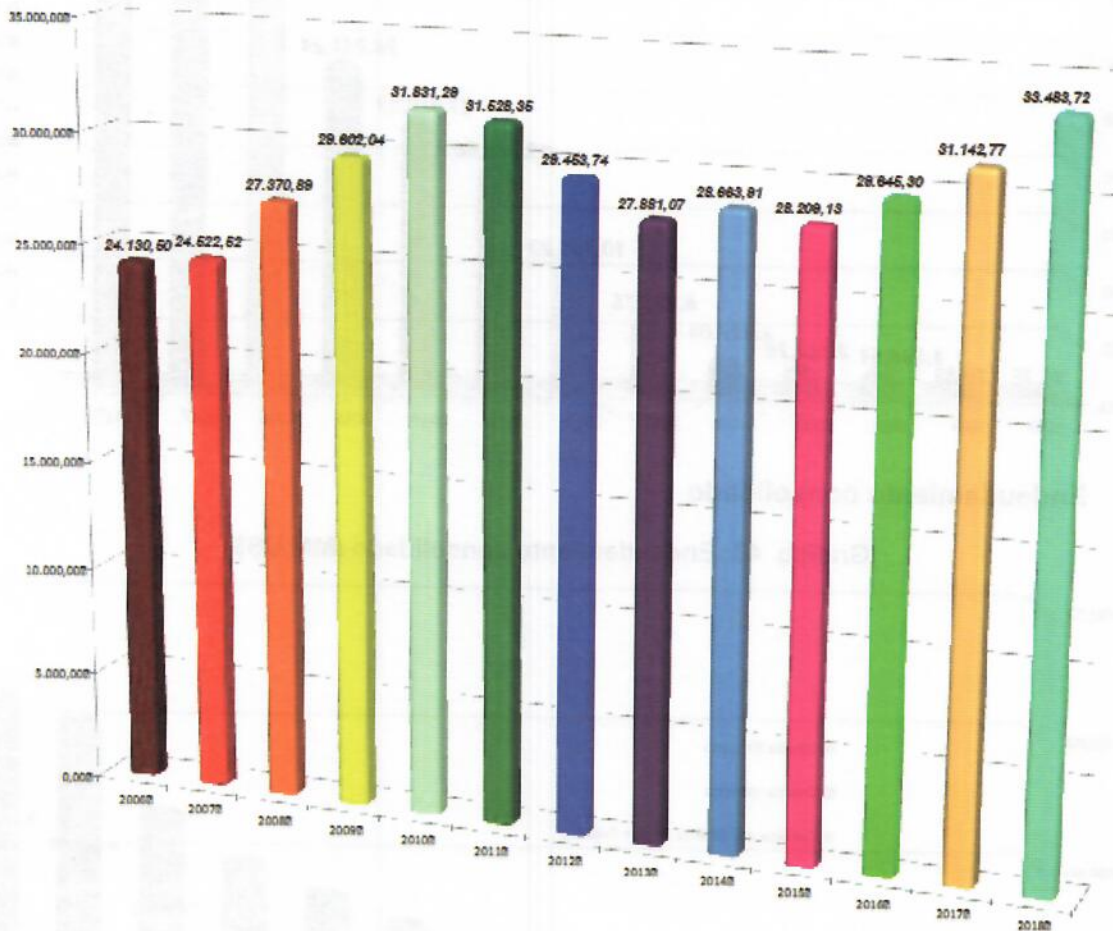


Luego de largas negociaciones que duraron varios años, Bolivia logró una significativa condonación de la deuda externa que alcanzó a más de US\$ 2.000 millones, US\$ 1.713 millones de dólares fueron condonados por el Banco Mundial y US\$ 300 Millones por el Fondo Monetario Internacional.

A pesar de que Bolivia tuvo ingresos extraordinarios en el periodo de bonanza gracias al incremento significativo de los precios de las materias primas y del gas, principales productos de exportación del país, desde el 2007 al 2017 la deuda pública aumentó de 2.200 millones a más de 9.000 millones.

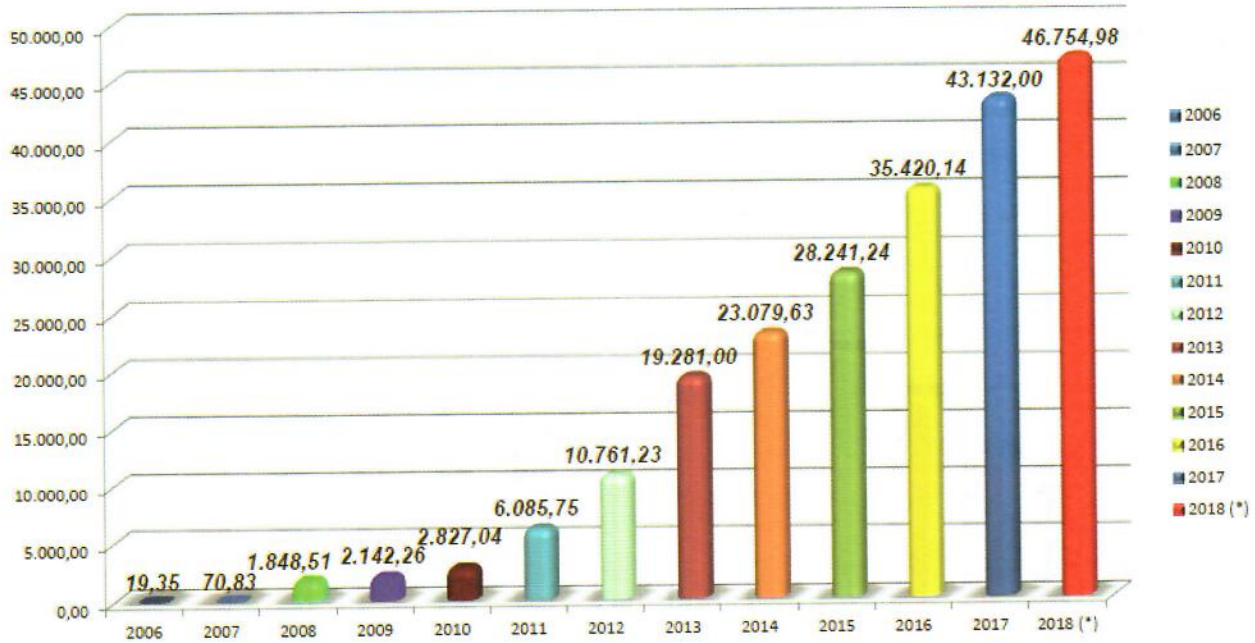
Pero no solo la deuda externa creció de manera incontrolada, también aumentó la deuda interna como se muestra en el grafico que aparece a continuación.

Gráfico 41: Deuda Interna en MM de Bs.



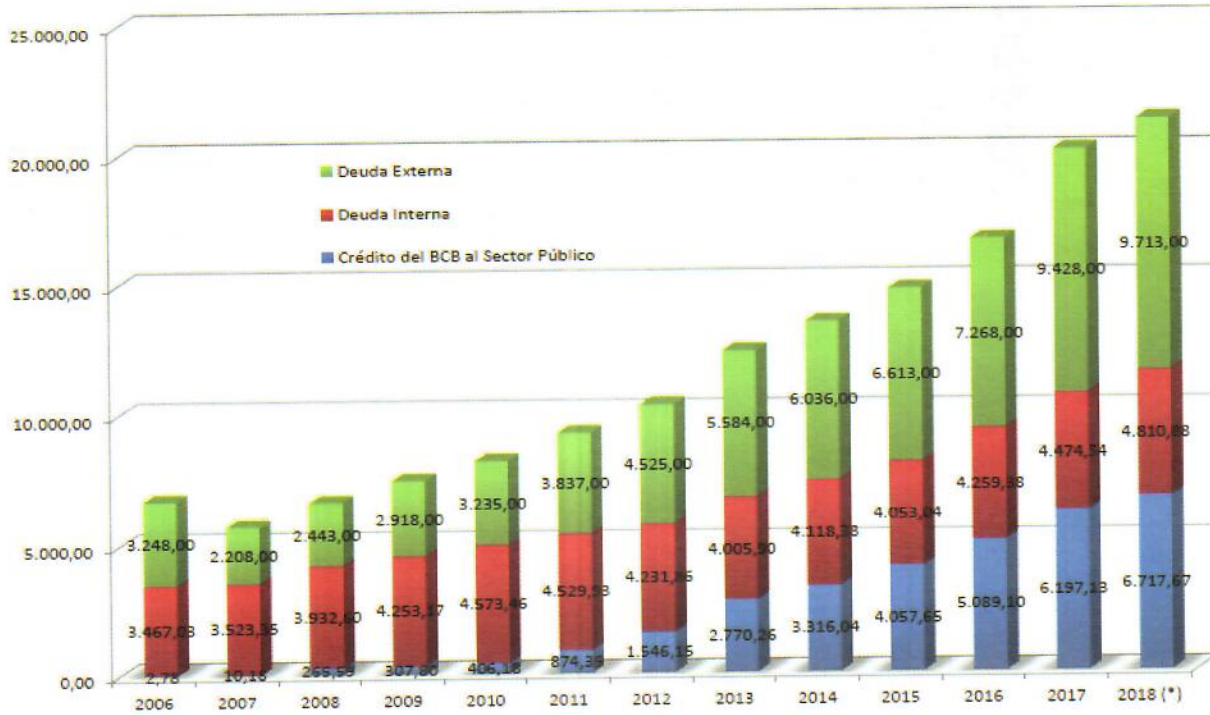
4.6.4. Créditos del Banco Central de Bolivia

Gráfico 42: Créditos del BCB al Sector Público (MM Bs)



4.6.5. Endeudamiento consolidado

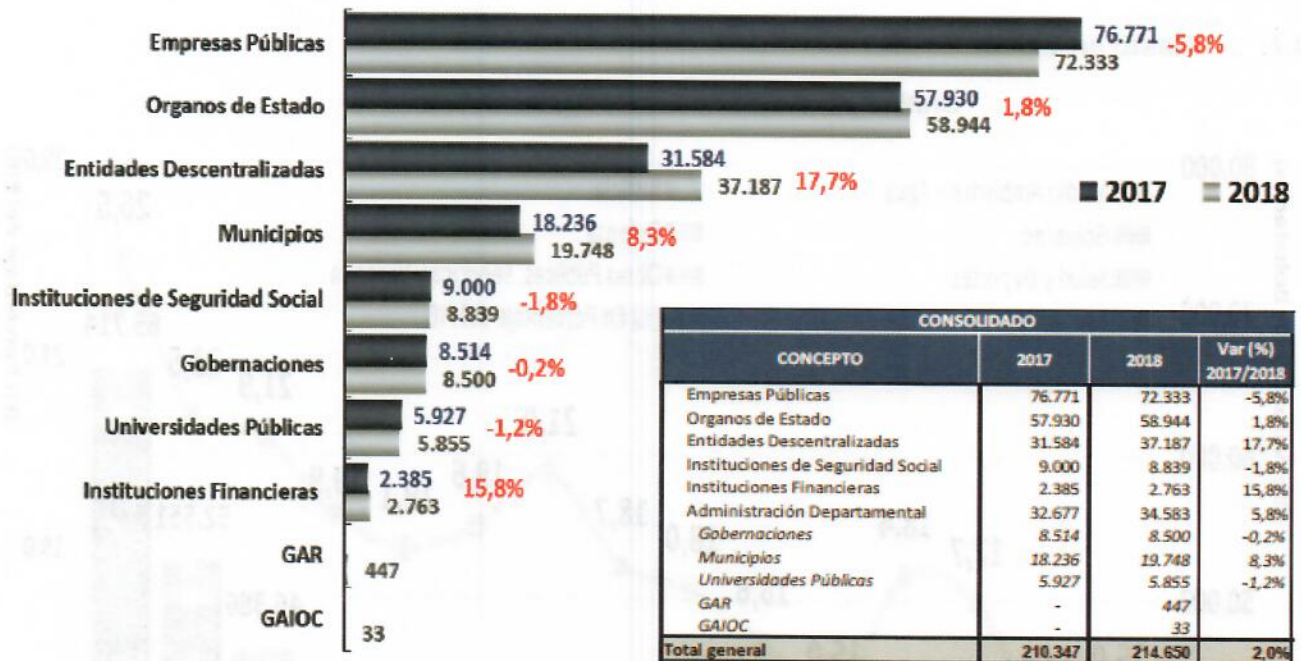
Gráfico 43: Endeudamiento consolidado (MM US\$)



Las obligaciones del Sector Público alcanzan a US\$ 21.240 millones que equivale a más del 50% del PIB.

4.6.6. Composición del Gasto

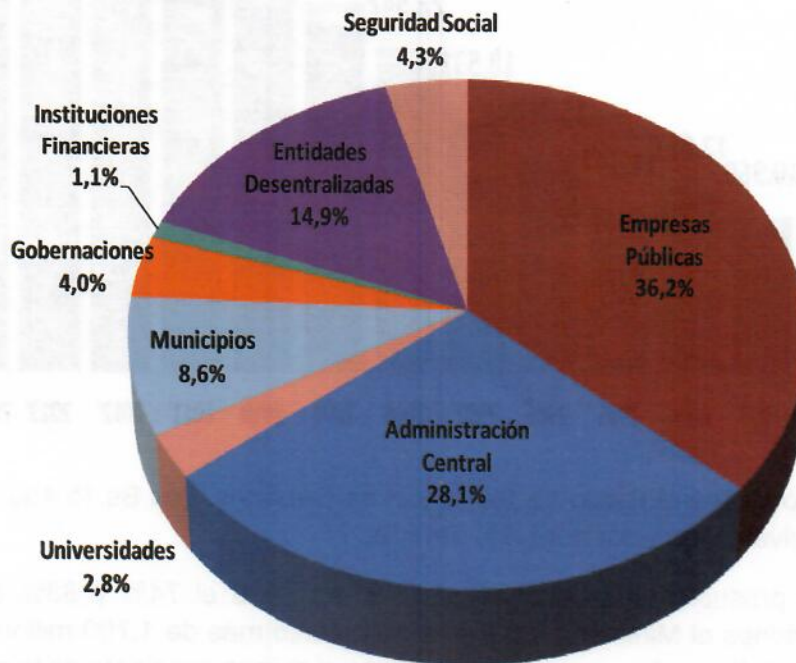
Gráfico 44: PGE según Gastos 2017- 2018 (MM de Bs)



Fuente: Proyecto PGE 2018
 Elaboración: VPCF – DGGGP – UGPPP
 (*) Incluye Inst. de Control y Defensa del Estado

El Gasto en el sector social no tuvo el mismo comportamiento que la deuda, el gasto se destinó más a financiar las Empresas Publicas antes que a la salud.

Gráfico 45: Composición de Gastos del PGE 2017

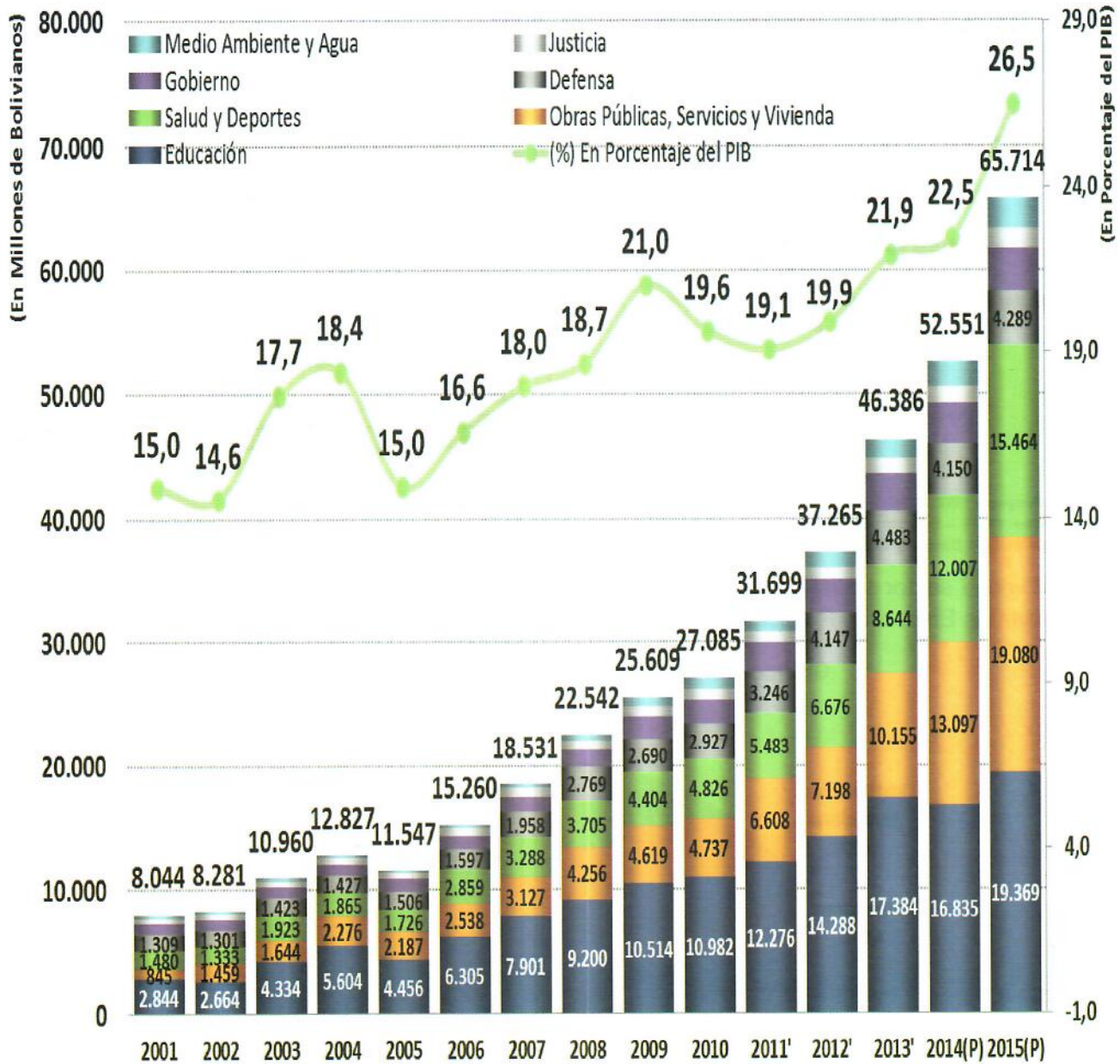


Propuesta del Colegio Médico de Bolivia

El 36% del Gasto Público se destinó a las Empresas Públicas y muchas de ellas registraron pérdidas que se reflejan en el mayor déficit fiscal del país. A pesar de ello el BCB concedió créditos a estas empresas.

4.7. Gasto en Salud

Gráfico 46: Gasto en Sector Social en % del PIB



No existe desagregación entre el Gasto de Salud y el de Deportes. Los Bs.15.460 MM representan US\$2.221 MM que equivale alrededor del 6.5% del PIB.

En 2015 la ejecución presupuestaria alcanzó al 73%, en 2016 el 74% y 83% en 2017. En las mencionadas tres gestiones el Ministerio del Ramo no ejecutó más de 1.700 millones de bolivianos (245 millones de dólares). Esta cifra es aproximadamente el quince por ciento de lo que se invierte en

las empresas públicas³⁴.

No solamente el porcentaje del Presupuesto del Estado destinado a salud es inferior al que se requiere para financiar el Seguro Universal de Salud, además existe una marcada falta de capacidad de gestión del Ministerio de Salud

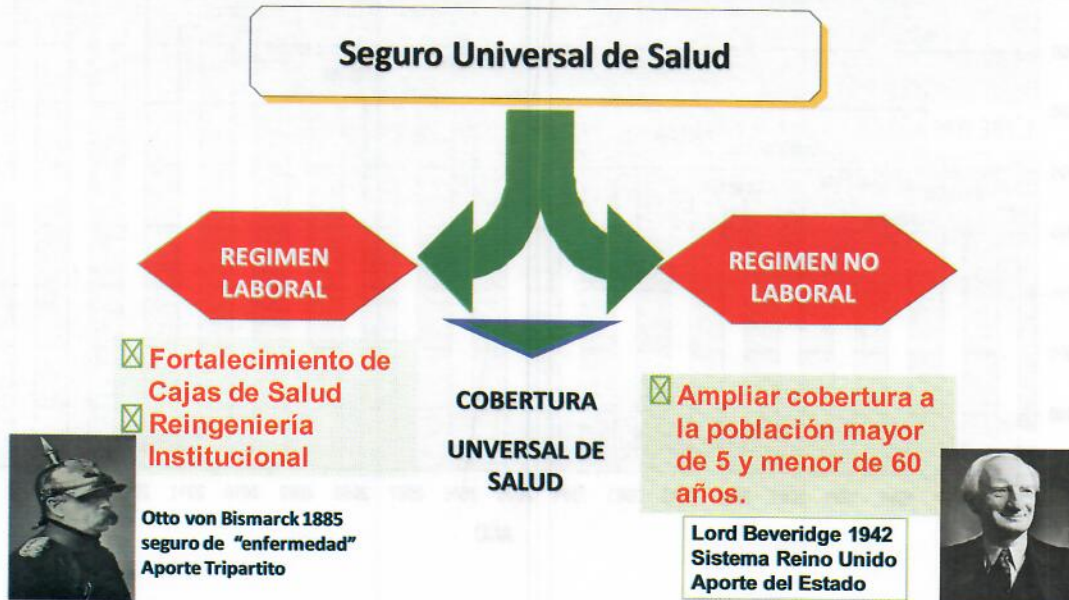


5. Seguro Universal de Salud

El Sistema Boliviano de Salud propuesto por el Colegio Médico incluye un Seguro Universal de Salud en cumplimiento de la Constitución Política del Estado con dos Regímenes independientes:

- Contributivo o también denominado Laboral
- No relacionado con el trabajo también denominado No Contributivo

Gráfico 48: Regímenes del Seguro Universal de Salud



34 En la gestión 2017, la inversión pública en Empresas Publicas fue de 72.333 millones de bolivianos que equivale a US\$ 10.544 millones de dólares

5.1. Régimen Contributivo

El Régimen Laboral se inspira en el Modelo de Bismark³⁵ y está conformado, por el sistema de seguridad social de corto plazo respetando el aporte y las prestaciones de los trabajadores asegurados.

Para determinar un proxi de financiamiento equitativo de ambos regímenes se calcula a continuación el aporte per cápita del régimen de corto plazo de la Seguridad Social, que luego será extrapolado al total de la población que no se encuentra amparada por seguros públicos de salud.

Cuadro 21: Aportes a la Seguridad Social

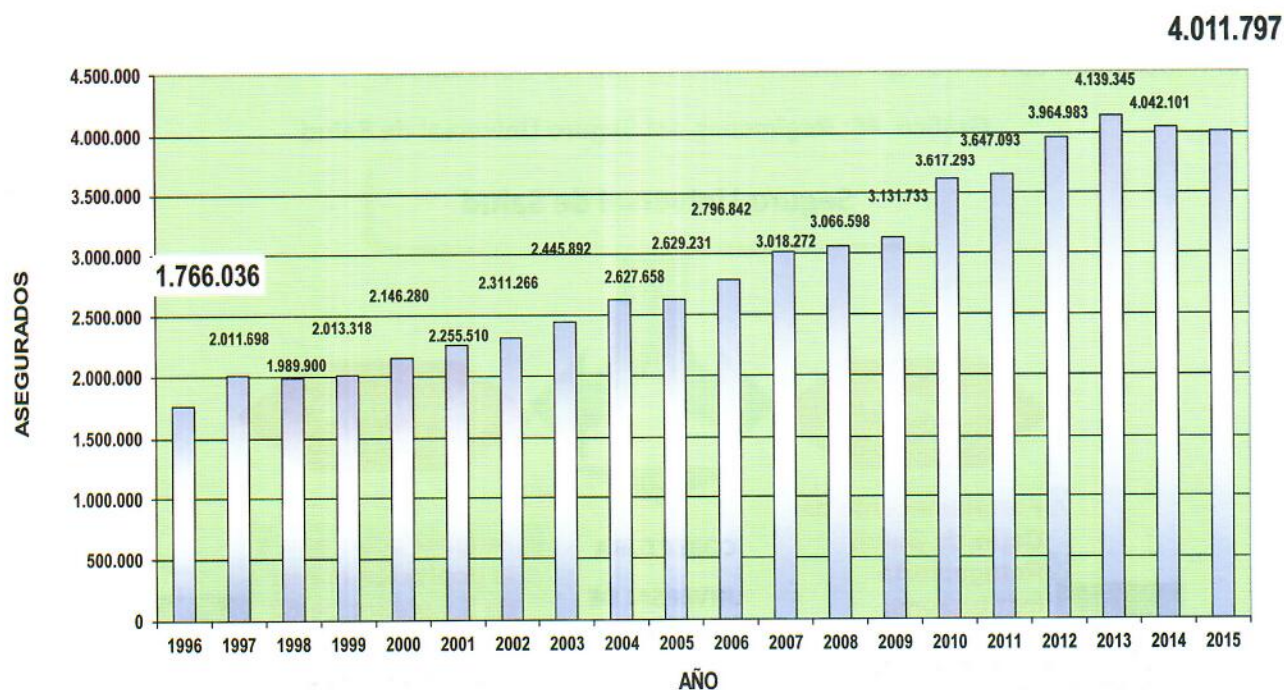
Análisis de afiliación a Seguridad Social de Corto plazo y gasto en salud				
Año	% de afiliación	Nº activos	Aporte Seguridad Social	Aporte per cápita
2013	39,39	1.488.785,00	3.001.395.559,00	2.016,00
2014	37,90	1.479.350,00	3.444.512.232,00	2.328,40
2015	37,06	1.488.471,00	3.887.628.905,00	2.611,83
2016	38,19	1.546.745,00	4.330.745.578,00	2.799,91

El Colegio Médico propone que las Cajas de Salud vigentes deben ser respetadas en su independencia con Directorios tripartitos representados por los Trabajadores, los Empleadores y el Estado.

Se debe encarar un proceso de fortalecimiento de gestión de las Cajas que amparan a más de 4 millones de habitantes del país y requieren ofrecer un servicio de calidad y calidez a los asegurados y beneficiarios.

5.1.1. Población Protegida

Gráfico 49: Población Protegida



35 Otto Von Bismark Canciller Alemán (1815/1898) diseñó el primer programa de Seguro social para la vejez en 1889, combinado con el programa de indemnización a los trabajadores creado en 1884 y con el seguro de "enfermedad" (1883), este seguro dio a los alemanes un completo sistema de seguridad de los ingresos basado en los principios de la seguridad social

5.1.2. Cotizante Activa y Pasiva

Con el aporte de un millón y medio de cotizantes (1.48 millones de activos y 176.000 jubilados) se financian las prestaciones de la población protegida conformada por más de 4 millones de personas.

Gráfico 50: Población Activa y Pasiva

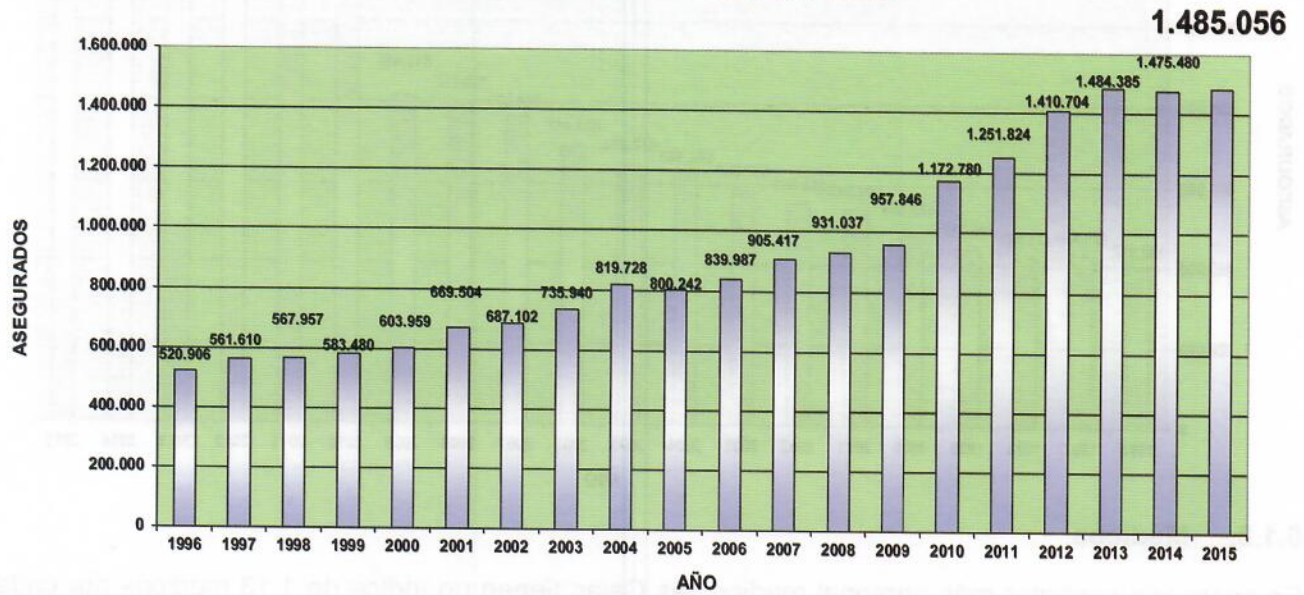


Gráfico 51: Población Cotizante Pasiva

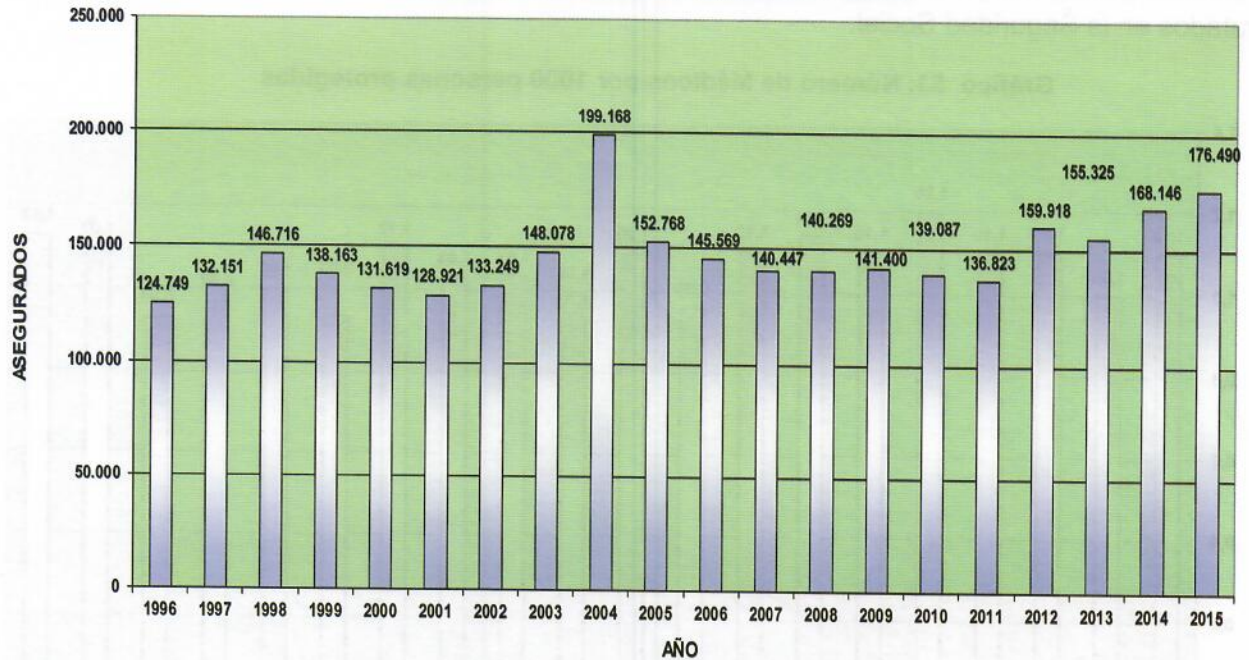
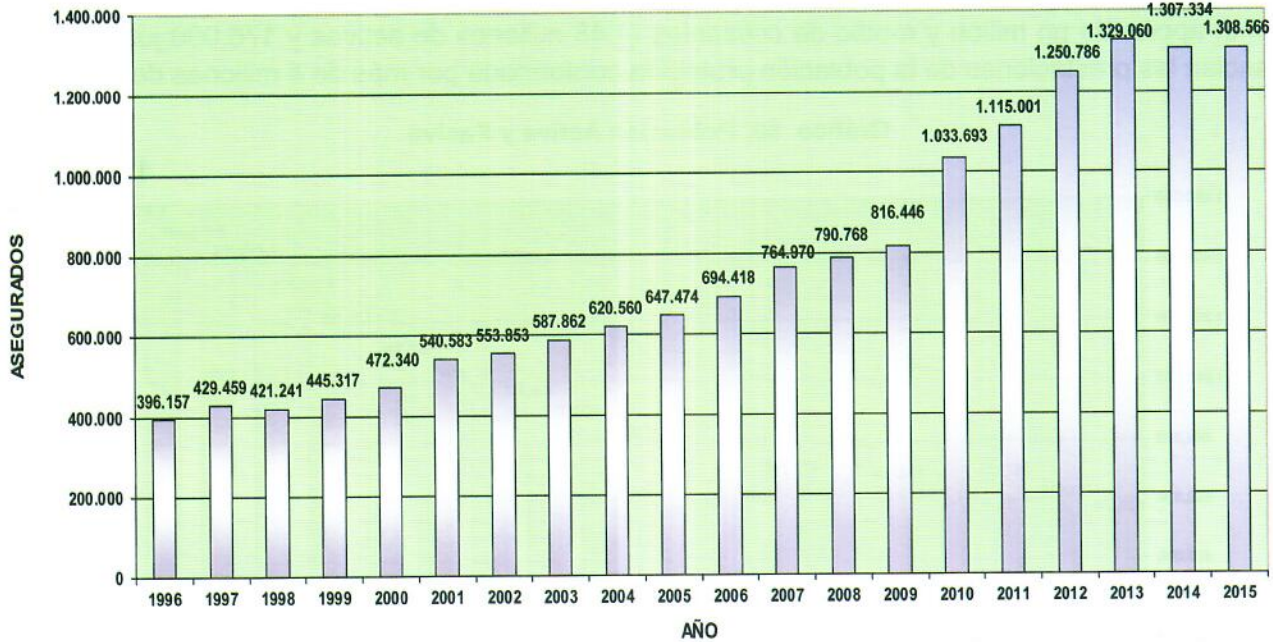


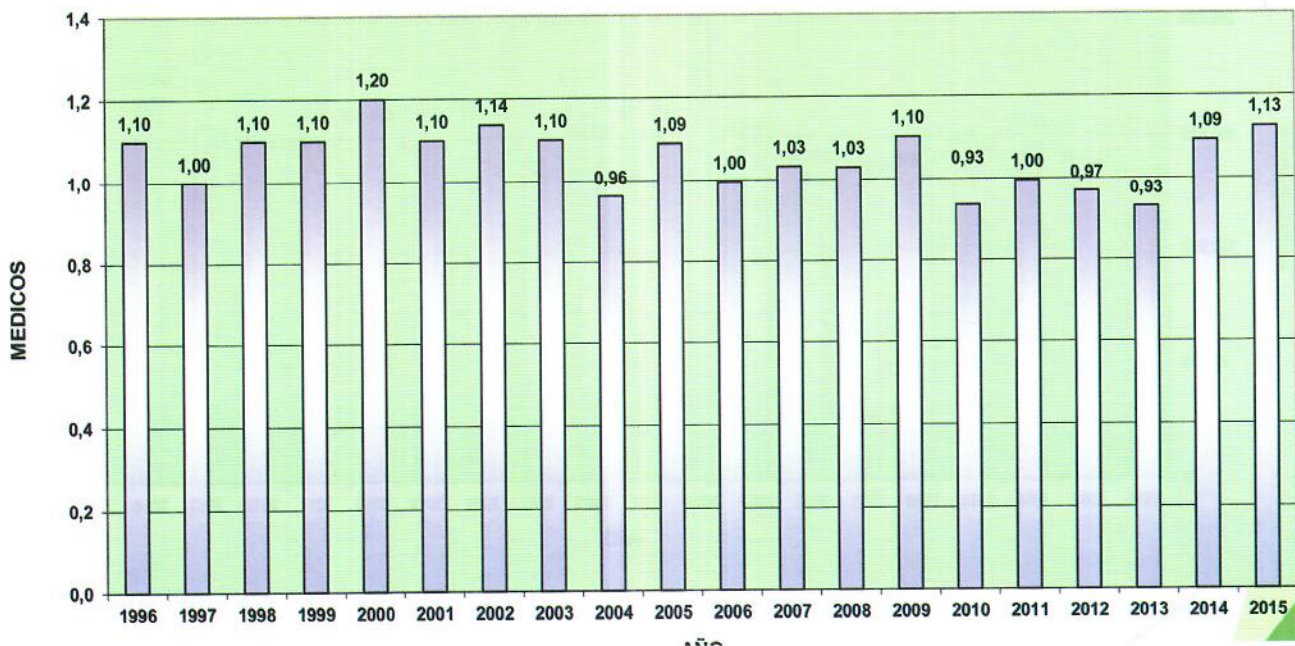
Gráfico 52: Población Cotizante Activa



5.1.3. Médicos

Es necesario contratar más personal médico, las Cajas tienen un índice de 1.13 médicos por cada mil personas protegidas y existe un déficit de 8.900 médicos además de que los actualmente están contratados en la Seguridad Social.

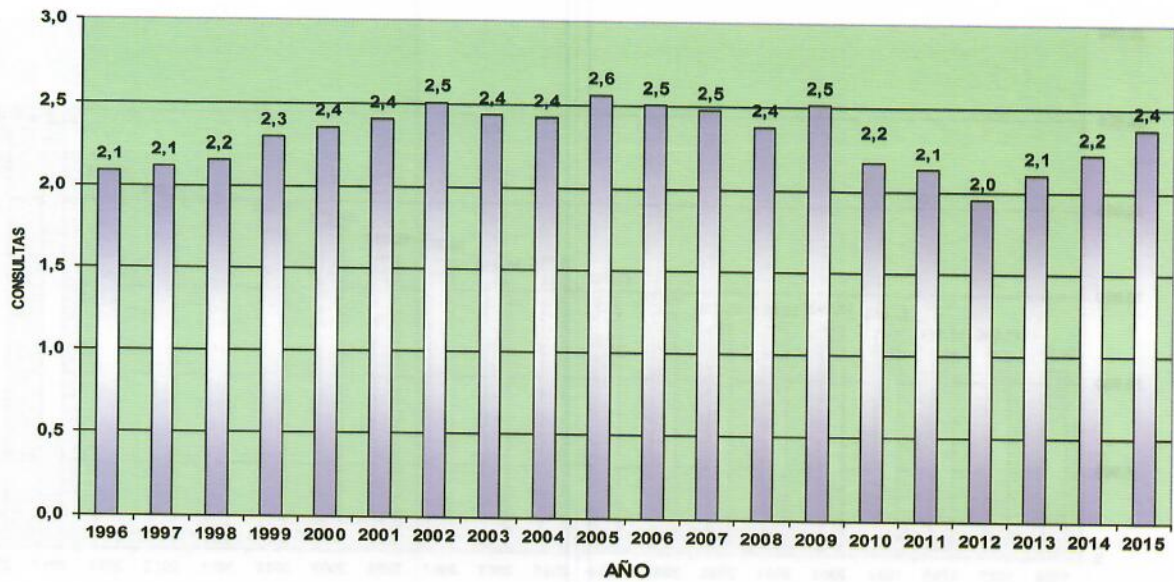
Gráfico 53: Número de Médicos por 1000 personas protegidas



5.1.4. Consultas

Con los nuevos médicos contratados se podrá dar una atención oportuna a la población protegida sin que se deba realizar colas ni periodos de espera que afectan la calidad de la atención.

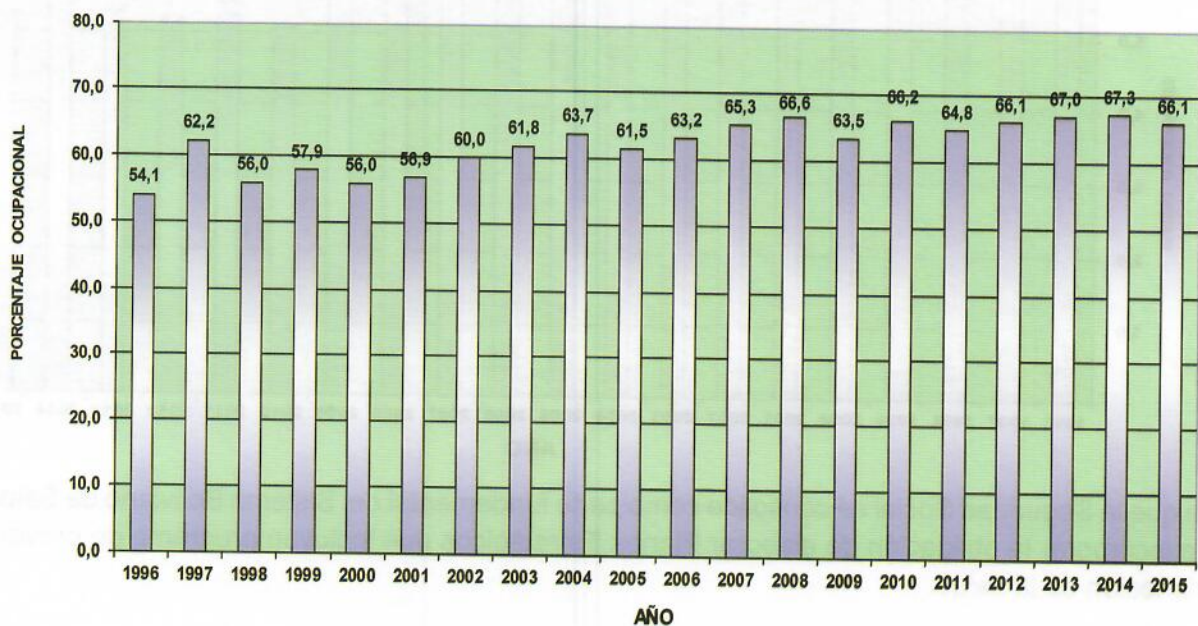
Gráfico 54: Número de Consultas por persona protegida



5.1.5. Índice de Ocupación Hospitalaria

Se requiere inversión en infraestructura y equipo para internación, pero se debe fortalecer el número y capacidad resolutoria de los Policlínicos para mejorar los tiempos de atención en consulta externa.

Gráfico 55: Índice de Ocupación Hospitalaria



5.1.6. Recursos Humanos

No parece necesario contratar más personal administrativo, pero es evidente la necesidad de contratar más médicos, enfermeras y auxiliares, pues la tasa de crecimiento de afiliados ha superado el aumento de este personal.

Gráfico 56: Recursos Humanos en la Seguridad Social

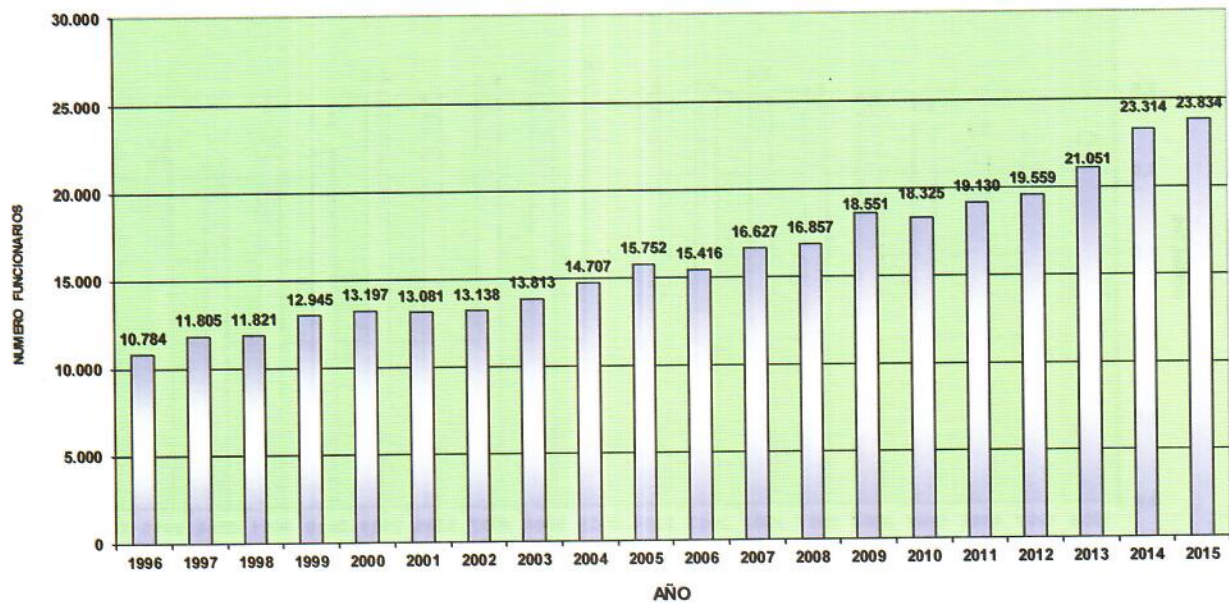
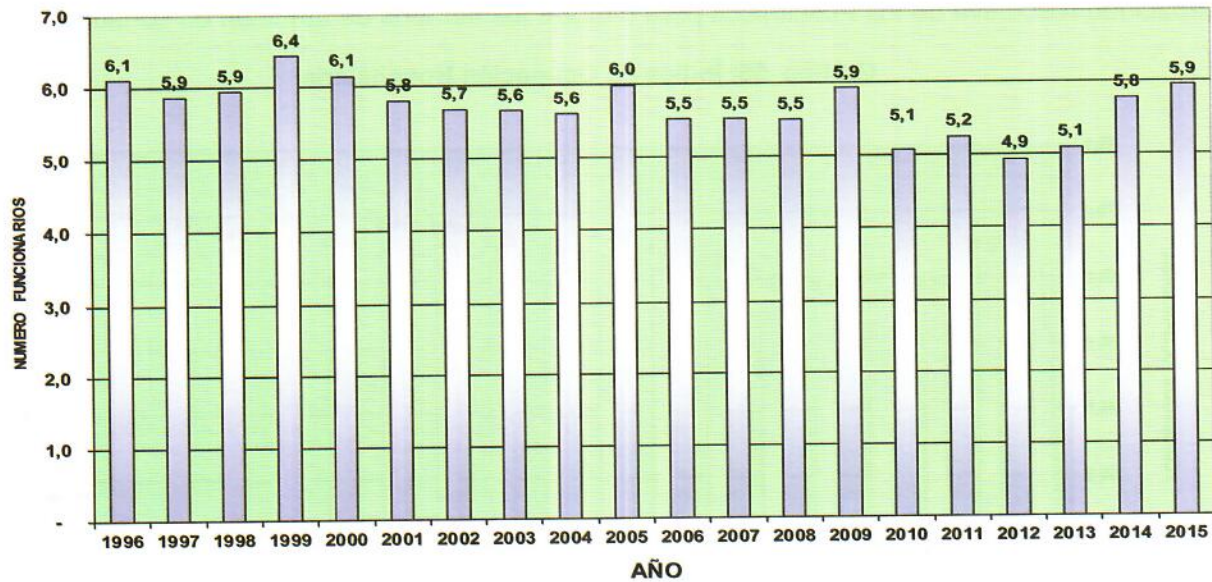


Gráfico 57: RRHH por 1000 personas protegidas



Para que la Seguridad Social se consolide como parte fundamental del Sistema Boliviano de Salud, se debe incorporar la obligación de elaborar Planes Estratégicos que incluyan programa de prevención y promoción de la salud.

5.2. Régimen No Contributivo

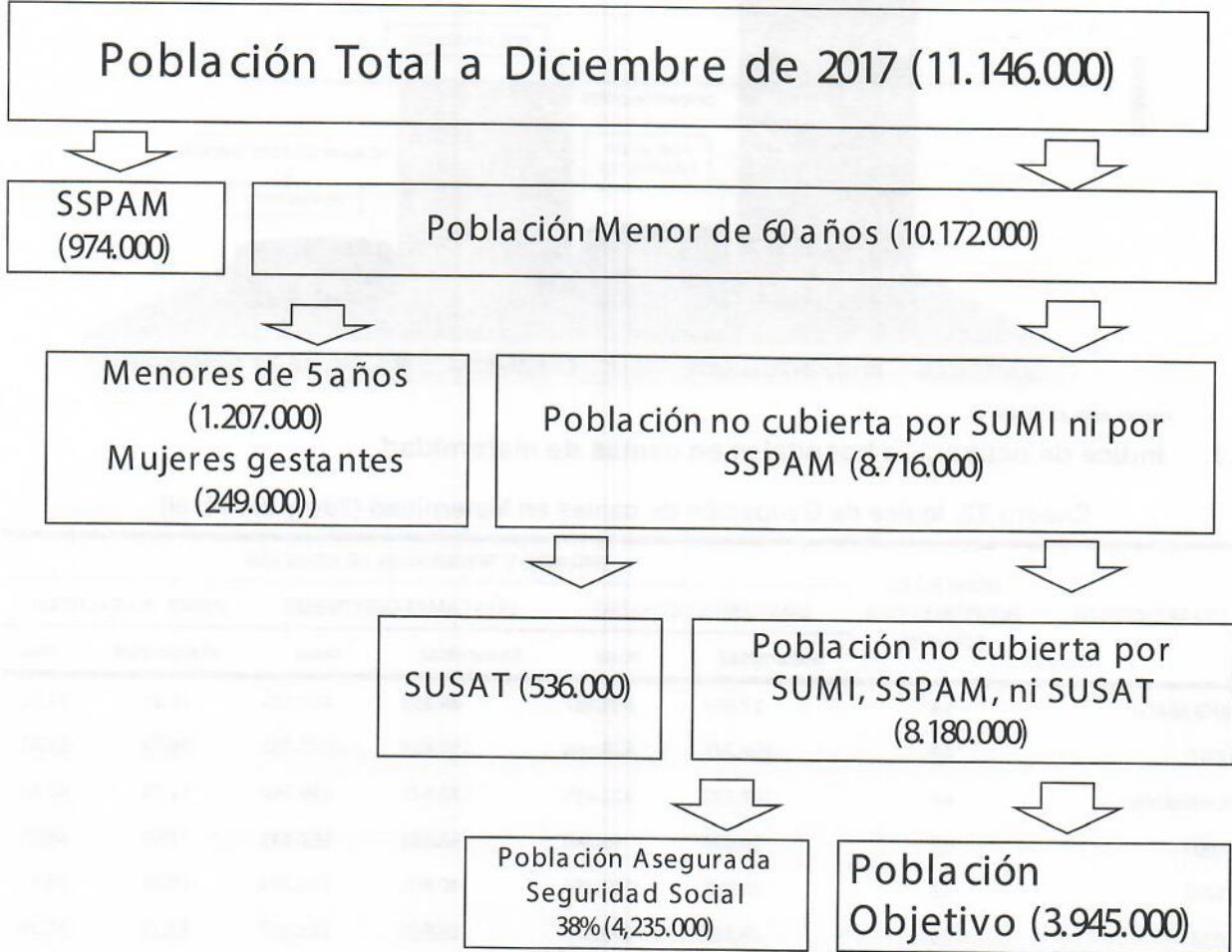
El Régimen No Laboral se inspira en el National Health Service NHS, (Servicio Nacional de Salud) creado por Beveridge³⁶ en 1946, vigente desde 5/07/1948. Se basa en que la atención médica se hace sobre la necesidad y no sobre la capacidad de pago, su financiamiento proviene del pago de impuestos.

³⁶ En 1942, en pleno apogeo de la segunda guerra mundial, el Gobierno del Reino Unido publicó el Plan Beveridge –así llamado por el nombre de su autor principal, Lord Beveridge– que dio lugar a la creación del primer sistema unificado de seguridad social

Las premisas de la atención del NHS son: gratuidad en el punto de entrega, equitativo e igualitario. El Régimen no Contributivo consiste en otorgar las mismas prestaciones de la Seguridad Social a todos los ciudadanos bolivianos que no se encuentran amparados por los seguros de salud.

5.2.1. Población Objetivo

Gráfico 58: Población Objetivo Régimen No Laboral



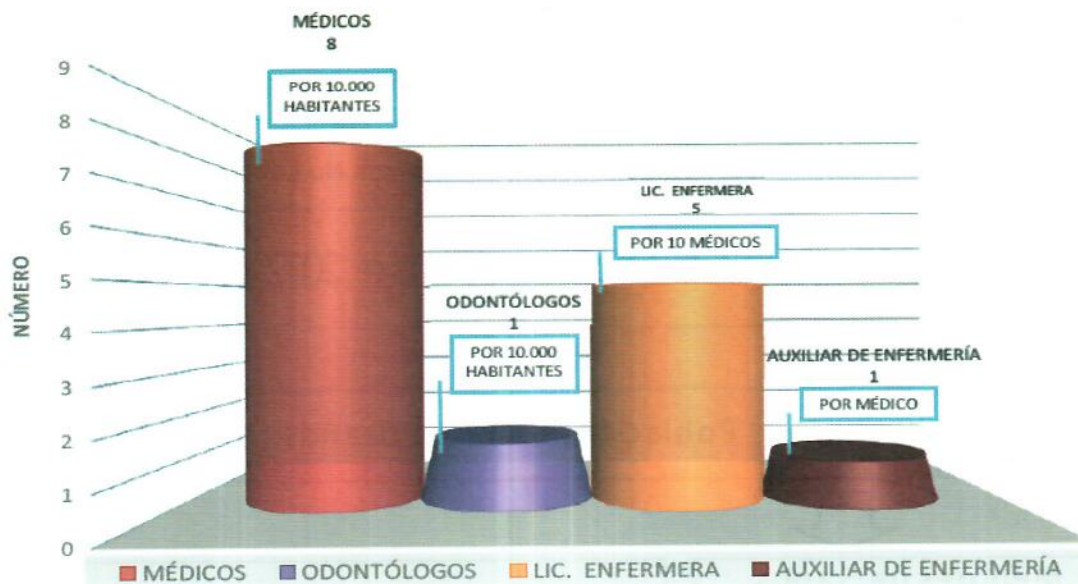
La Población Objetivo es de cuatro millones personas, como se mencionó anteriormente se requiere US\$ 400 dólares por persona, por lo que la necesidad de financiamiento para lograr el financiamiento anual del Seguro Universal de Salud en Bolivia es de US\$ 1.600 Millones adicionales a los recursos existentes.

Un mil seiscientos millones más dos mil doscientos que se destinan en la actualidad suman tres mil ochocientos millones que equivalen al diez por ciento del PIB referido en acápite anteriores.

5.2.2. Recursos Humanos

Según el SNIS al 2015 existían 8.878 médicos contratados por los Servicios Departamentales de Salud en el subsistema de salud pública, con un indicador que no llega a 0,8 médicos por cada mil habitantes es decir menos de los tres médicos por mil habitantes que establece el indicador internacional de la OPS, existe un déficit de más de 15.000 ítems para atender al Seguro Universal de Salud.

Gráfico 59: Personal de Salud Pública por cada diez mil habitantes



FUENTE: RUES 2015 / SNIS-VE

5.2.3. Índice de ocupación hospitalares en camas de maternidad

Cuadro 22: Índice de Ocupación de camas en Maternidad (2do y 3er nivel)

DEPARTAMENTO	NÚMERO DE HOSPITALES DE II Y III NIVEL	SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN					
		DÍAS CAMAS OCUPADAS		DÍAS CAMAS DISPONIBLES		ÍNDICE OCUPACIONAL	
		Maternidad	otros	Maternidad	otros	Maternidad	otros
CHUQUISACA	19	27.674	308.937	46.253	420.185	59,83	73,52
LA PAZ	42	108.246	678.358	190.817	1.000.403	56,73	67,81
COCHABAMBA	64	107.273	422.415	170.972	699.260	62,74	60,41
ORURO	12	29.974	81.148	38.583	162.431	77,69	49,96
POTOSÍ	12	23.851	102.259	40.401	174.764	59,04	58,51
TARIJA	23	29.883	175.667	36.807	233.907	81,19	75,10
SANTA CRUZ	121	170.812	519.446	192.711	751.658	88,64	69,11
BENI	14	33.110	92.281	49.815	149.115	66,47	61,89
PANDO	2	7.546	19.956	13.993	32.494	53,93	61,41
TOTAL	309	538.369	2.400.467	780.352	3.624.217	68,99	66,23

FUENTE: SNIS-VE

ÍNDICE O PORCENTAJE DE OCUPACIÓN DE CAMAS = DÍAS CAMAS OCUPADAS / DÍAS CAMAS DISPONIBLES X 100

5.2.4. Cirugías y anestesias

Cuadro 23: Cirugías y anestesia en Hospitales de 2do y 3er nivel por Dpto

DEPARTAMENTO	CIRUGÍAS MEDIANAS Y MAYORES			PORCENTAJE	ANESTESIAS GENERALES Y LOCALES			PORCENTAJE
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
CHUQUISACA	6.008	10.372	16.380	8%	6.232	10.942	17.174	9%
LA PAZ	18.789	32.861	51.650	25%	19.381	32.966	52.347	27%
COCHABAMBA	15.329	29.369	44.698	22%	15.935	30.120	46.055	23%
ORURO	1.143	1.865	3.008	1%	1.074	2.000	3.074	2%
POTOSÍ	802	1.845	2.647	1%	584	1.497	2.081	1%
TARJA	4.031	5.998	10.029	5%	3.183	5.633	8.816	4%
SANTA CRUZ	22.540	48.367	70.907	34%	17.035	43.466	60.501	31%
BENI	1.824	4.274	6.098	3%	1.823	4.150	5.973	3%
PANDO	512	1.118	1.630	1%	441	950	1.391	1%
TOTAL GENERAL	70.978	136.069	207.047	100%	65.688	131.724	197.412	100%

FUENTE: SNIS-VE

Cuadro 24: Cirugías y anestesia en Hospitales de 2do y 3er nivel por Subsector

SUBSECTOR	CIRUGÍAS MEDIANAS Y MAYORES			PORCENTAJE	ANESTESIAS GENERALES Y LOCALES			PORCENTAJE
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL		HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
PÚBLICO	30.082	70.390	100.472	49%	27.102	68.704	95.806	49%
SEGURIDAD SOCIAL (CAJAS)	17.806	31.556	49.362	24%	16.598	28.977	45.575	23%
ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES	1.507	3.724	5.231	3%	1.598	4.196	5.794	3%
ORGANISMOS PRIVADOS	17.650	24.883	42.533	21%	16.407	24.286	40.693	21%
IGLESIA	3.720	5.294	9.014	4%	3.839	5.481	9.320	5%
FUERZAS ARMADAS DE LA NACIÓN	213	216	429	0%	144	74	218	0%
POLICIA NACIONAL	0	6	6	0%	0	6	6	0%
TOTAL GENERAL	70.978	136.069	207.047	100%	65.688	131.724	197.412	100%

FUENTE: SNIS-VE

5.2.5. Atención consulta externa

Si se cuenta con el número de médicos necesario para dar atención a la población desprotegida, se podría subir el promedio de consultas a un nivel suficiente, equivalente al doble del promedio actual.

Para ello se necesita invertir en infraestructura sanitaria y equipamiento fundamentalmente en el primer nivel de complejidad y subsecuentemente en el segundo nivel como la primera referencia.

Gráfico 60: Promedio de Consultas Sistema Público



Cuadro 25: Numero de Consulta externa Sector público por Departamento

SUBSECTORES	CONSULTA NUEVA			CONSULTA REPETIDA			TOTAL HOMBRES	TOTAL MUJERES	TOTALES
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL			
PÚBLICO	4.607.613	6.197.852	10.805.465	801.016	1.126.394	1.927.410	5.408.629	7.324.246	12.732.875
SEGURIDAD SOCIAL (CAJAS)	1.652.800	2.164.888	3.817.688	1.002.508	1.524.352	2.526.860	2.655.308	3.689.240	6.344.548
ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES	356.010	697.783	1.053.793	94.315	232.402	326.717	450.325	930.185	1.380.510
ORGANISMOS PRIVADOS	316.045	410.869	726.914	129.750	185.902	315.652	445.795	596.771	1.042.566
FUERZAS ARMADAS DE LA NACIÓN	17.375	15.515	32.890	700	591	1.291	18.075	16.106	34.181
IGLESIA	249.487	348.828	598.315	79.012	117.310	196.322	328.499	466.138	794.637
POLICÍA NACIONAL	11.285	4.064	15.349	881	601	1.482	12.166	4.665	16.831
TOTAL GENERAL	7.210.615	9.839.799	17.050.414	2.108.182	3.187.552	5.295.734	9.318.797	13.027.351	22.346.148

FUENTE: SNIS-VE

Gráfico 61: Consultas Externas Nuevas Sector Público

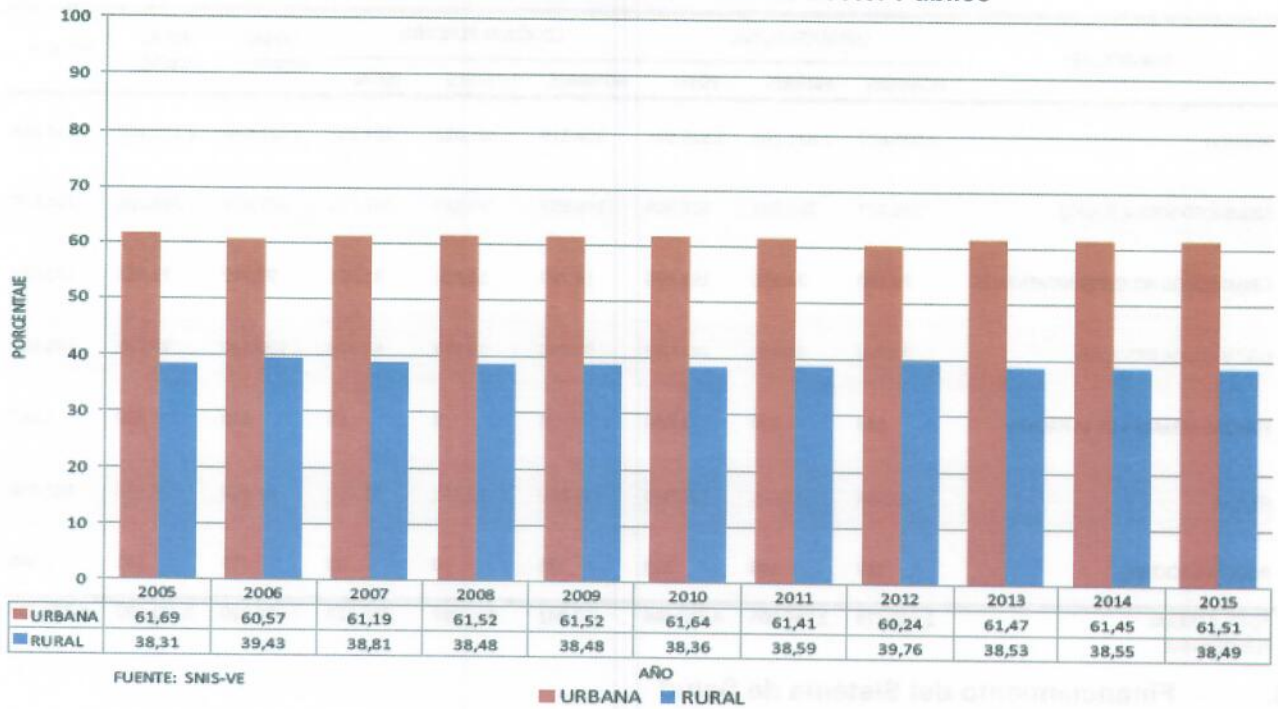
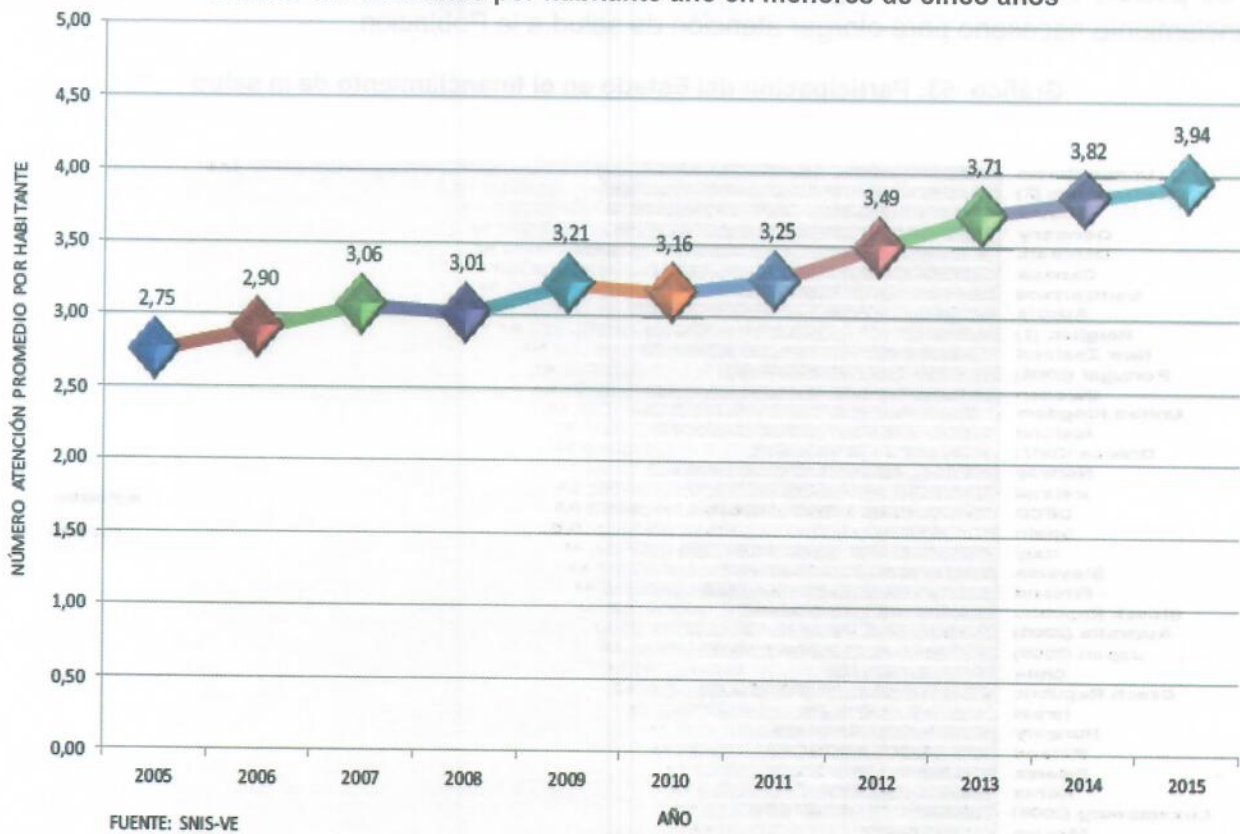


Gráfico 62: Consultas por habitante año en menores de cinco años



Cuadro 26: Consulta Externa por Subsectores

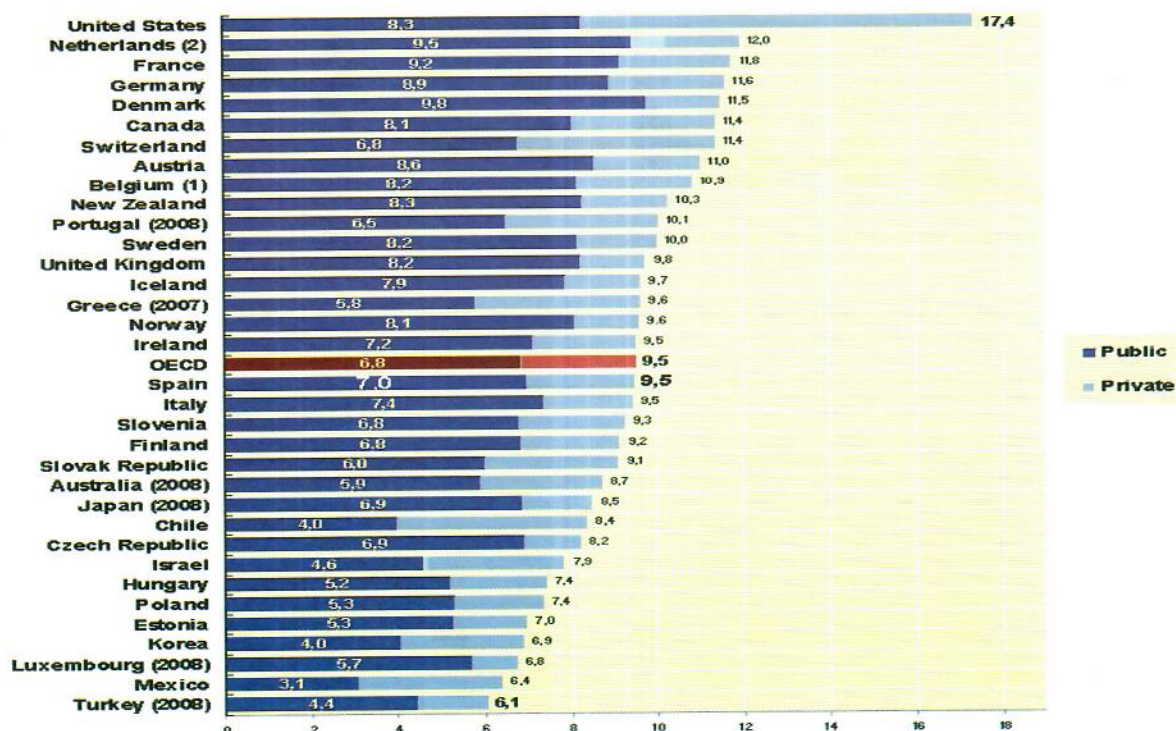
SUBSECTORES	CONSULTA NUEVA			CONSULTA REPETIDA			TOTAL HOMBRES	TOTAL MUJERES	TOTALES
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	HOMBRES	MUJERES	TOTAL			
PÚBLICO	2.005.627	1.821.264	3.826.891	316.319	291.038	607.357	2.321.946	2.112.302	4.434.248
SEGURIDAD SOCIAL (CAJAS)	268.227	260.081	528.308	109.587	98.125	207.712	377.814	358.206	736.020
ORGANISMOS NO GUBERNAMENTALES	79.190	74.176	153.366	18.729	18.312	37.041	97.919	92.488	190.407
ORGANISMOS PRIVADOS	74.730	69.303	144.033	31.290	30.238	61.528	106.020	99.541	205.561
FUERZAS ARMADAS DE LA NACIÓN	844	830	1.674	4	9	13	848	839	1.687
IGLESIA	67.994	63.005	130.999	16.086	15.351	31.437	84.080	78.356	162.436
POLICÍA NACIONAL	167	146	313	26	9	35	193	155	348
TOTAL GENERAL	2.496.779	2.288.805	4.785.584	492.041	453.082	945.123	2.988.820	2.741.887	5.730.707

FUENTE: SNIS-VE

6. Financiamiento del Sistema de Salud

No es posible contar con un Seguro Universal de Salud sostenible, si el Estado no garantiza el financiamiento necesario para otorgar atención de salud a la Población.

Gráfico 63: Participación del Estado en el financiamiento de la salud



El Gobierno Nacional debe cumplir con lo establecido en la Constitución Política del Estado que establece que la Salud es función suprema y su primera responsabilidad financiera.

Gráfico 64: La Salud en la Constitución Política del Estado

G A C E T A O F I C I A L D E B O L I V I A

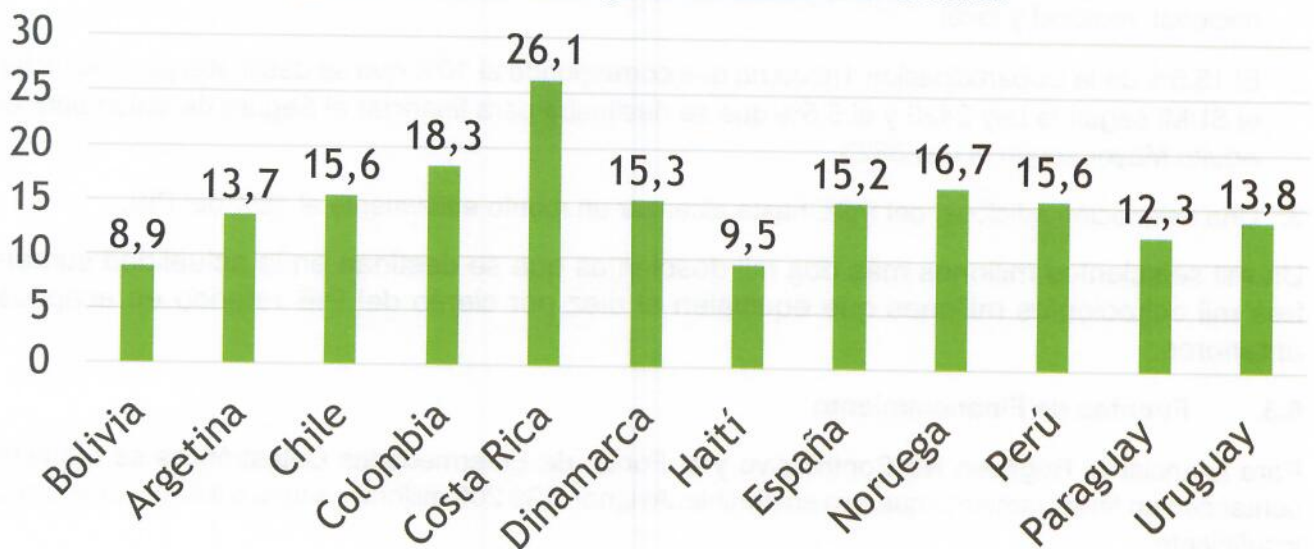
- I El Estado garantizará el acceso al seguro universal de salud.
- II El Estado controlará el ejercicio de los servicios públicos y privados de salud, y lo regulará mediante la ley.

Artículo 37. El Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Artículo 38

Si los Gobiernos no priorizan el sector salud en su presupuesto, no es posible financiar un Seguro Universal de Salud. Por el contrario, aquellos países como Costa Rica que destinan un 26% del total de sus gastos al sector salud, tienen una cobertura universal de atención.

Gráfico 65: Salud como gasto del Gobierno en el mundo



Menos del nueve por ciento del gasto total del Estado en Bolivia, se destina a Salud, esta cifra es la mitad de lo que se destina en países limítrofes como Argentina, Perú y Chile, e inclusive inferior al porcentaje asignado en Haití.

6.1. Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas

Se debe crear un Fondo Nacional de Enfermedades Catastróficas que tenga la misión de consolidar el derecho universal a los cuidados adecuados frente a las enfermedades catastróficas.

Todas las personas que padezcan estas enfermedades deben recibir la asistencia y tratamiento, de forma independiente a su nivel de ingreso y lugar de residencia.

Para alcanzar su misión el Fondo debe tener autonomía,

A mayor población cubierta, menor incidencia y mayor costo de las prestaciones involucradas, mejor

resultará el funcionamiento del Fondo como mecanismos de protección social frente a la adversidad económica que generan los eventos de enfermedad.

El costo de tratar a un paciente con una Enfermedad Catastrófica puede ser muy alto. Este valor resulta fatal si lo debe enfrentar el paciente o su grupo familiar. Si el costo es repartido entre 11 millones de habitantes, el impacto sería mínimo y además, el monto se podría reducir a menos de la mitad utilizando recursos como protocolos de atención y compras centralizadas por licitación.

6.2. Financiamiento por Regímenes

El **Régimen Contributivo** se financia con el aporte del 10% del salario que pagan los Empleadores y el 3% de la Pensión que se descuenta a los Jubilados. El monto es suficiente para atender a la población asegurada, pero se debe hacer una reingeniería de procesos para garantizar la calidad de la atención y un Plan Estratégico para cada Caja de Salud.

La Población Objetivo a ser amparada por el **Régimen No Contributivo** es de cuatro millones personas. Como se mencionó anteriormente se requiere US\$ 400 dólares por persona, por lo que la necesidad de financiamiento con recursos procedentes de los impuestos para lograr el financiamiento del Seguro Universal de Salud en Bolivia es de US\$ 1.600 Millones y se compone de:

1. La actual asignación para salud consignada en el Presupuesto General del Estado (PGE) a nivel nacional, regional y local.
2. El 15.5% de la Coparticipación Tributaria que corresponde al 10% que se destinaba para financiar el SUMI según la Ley 2426 y el 5.5% que se destinaba para financiar el Seguro de Salud para el Adulto Mayor según la Ley 3323.
3. Una asignación adicional del PGE hasta alcanzar un monto equivalente al 10% del PIB.

Un mil seiscientos millones más dos mil doscientos que se destinan en la actualidad suman tres mil ochocientos millones que equivalen al diez por ciento del PIB referido en acápites anteriores

6.3. Fuentes de Financiamiento

Para financiar el Régimen No Contributivo y el Fondo de Enfermedades Catastróficas se requiere contar con un financiamiento que sea sostenible. Asignar US\$ 200 millones anuales es absolutamente insuficiente.

Según las cifras oficiales, la recaudación de Impuestos corresponde al 26% del Producto Interno Bruto en la gestión 2016 según la siguiente composición.

Cuadro 27: Recaudación de Impuestos en % del PIB

	2013	2014	2015	2016
Total	33,7	33,7	31,3	26,1
IVA	9,0	9,0	9,1	8,5
IT	1,7	1,8	2,0	1,9
IUE	5,3	5,4	5,4	4,4
ICE	1,1	1,2	1,3	1,2
RC-IVA	0,2	0,2	0,2	0,2
Otros Impuestos	1,8	2,1	2,5	2,7
IEHD	1,3	1,3	1,3	1,4
Renta aduanera	1,3	1,4	1,4	1,2
Regalías mineras	0,5	0,6	0,4	0,5
Regalías petroleras	4,1	3,9	2,8	1,5
IDH	7,3	6,8	4,9	2,6

Como se explicó anteriormente para contar con una cobertura universal de salud se necesita que el gasto en Salud sea equivalente al 10% del Producto Interno Bruto.

Según datos oficiales el PIB en el año 2017 alcanzó a Bs.236.640 MM mientras que el Presupuesto General del Estado (PGE) aprobado por la Ley Financial en vigencia llega a Bs. 214.650 MM que corresponde al 90% del PIB por tanto el 10% del PIB equivale al 11% del PGE.

Para incrementar los gastos de salud existen cuatro fuentes de financiamiento identificadas que deben ser objeto de estudio:

- 1ra fuente: Además de los recursos comprendidos en el PGE, se sugiere destinar a Salud un diez por ciento de los ingresos actuales procedentes de Impuestos Internos y Aduaneros.
- 2da fuente: Crear Impuestos para desalentar las prácticas insalubres.
- 3ra fuente: Crear un Impuesto a la producción de la hoja de coca.
- 4ta fuente: Recuperar la Disciplina Fiscal.

6.3.1. Destino de la Renta Interna y Aduanera

Pretender financiar el Seguro Universal de Salud con el Impuesto a los Hidrocarburos no garantiza la debida sostenibilidad por la volatilidad del precio del petróleo. Por ello se plantea más bien, destinar un porcentaje razonable de los impuestos internos y aduaneros para este propósito.

Si se destina el 10% del total de impuestos internos más aranceles aduaneros que actualmente se cobran, se podría obtener un 2,41% del Presupuesto General del Estado para ser destinado a financiar el Régimen no Contributivo del Seguro Universal de Salud. Este monto equivale a US\$ 890MM.

6.3.2. Impuesto para desalentar practicas insalubres

Se sugiere crear impuestos al tabaco y las bebidas azucaradas para desalentar prácticas insalubres aplicando la experiencia positiva que se obtuvo en otros países

Cuadro 28: Impuestos para desalentar practicas insalubres

Producto	Factores de Riesgo	Consecuencias
Alcohol	Conduccion de vehiculos en estado de ebriedad	Accidentes de Transito
Bebidas Azucaradas	Obesidad	Diabetes, Cáncer
Cereales comestibles	Obesidad	Diabetes, Cáncer
Diesel	Contaminacion admosferica	Enfermedades pulmonares
Grasas Trans	Obesidad	Diabetes, Cáncer
Sal	Hipertension arterial	Apoplejias
Tabaco	Habito de fumar	Cáncer, cardiopatias

Fuente: La Salud en tiempos de austeridad : Ramanan Laximanarayan y Ian Parry
Finanzas y Desarrollo 2017

Para analizar el impacto del Impuesto al Tabaco se toma en cuenta un modelo del mercado global de cigarrillos en 2014, desarrollado a partir de datos recopilados en 181 países, para cuantificar el impacto del aumento del consumo de cigarrillos en cada país por un dólar internacional (1\$) por cada paquete de 20 cigarrillos.

Las conclusiones fueron:

- u Disminuye la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, atribuibles a tabaco, por enfermedades en vías respiratorias menores y aproximadamente por cáncer de pulmón.
- u El aumento de los impuestos daría lugar a una subida del precio minorista principal de los cigarrillos.
- u La frecuencia del consumo de tabaco diario caería un 9%.
- u Los impuestos sobre el tabaco pueden evitar millones de fallecimientos atribuibles al tabaco en todo el mundo y pueden contribuir a lograr los objetivos de desarrollo sostenible. También existe la posibilidad de que los impuestos sobre el tabaco generen el espacio fiscal necesario para financiar el desarrollo, principalmente en países con ingresos bajos y medios

El Impuesto a las Bebidas Azucaradas ha sido implementado en 28 países, las experiencias más recientes se lograron en México, Cataluña y el Reino Unido.

Cuadro 29: Impuesto a bebidas azucaradas

País	vigencia	Comentario
México	ene-14	Alicuota de 10% al consumo de refrescos
		Enfrenta uno de los índices de obesidad más altos del mundo: 37,2% de los adultos sufren de sobrepeso
		El impuesto ha convencido a la gente a consumir menos de estos refrescos, ayudando de esta manera a encontrar una dieta más saludable para la población.
		Entre 2013 y 2015 el consumo cayó en 9,7%
		En promedio, los mexicanos están consumiendo 5,1 litros menos per cápita al año.
Cataluña	22 de marzo Ley 5/2017	El impuesto tiene por objeto gravar el consumo de bebidas azucaradas envasadas
		El impuesto se devenga en el momento en que el contribuyente adquiere la bebida
Reino Unido	1 abril de 2018	impuesto sobre el azúcar a los fabricantes de refrescos
		Siguiendo a países como Francia, Noruega o México.
		muchas marcas decidieron reducir su contenido de azúcar para evitar la carga impositiva.
		Informe de la Universidad de Bedfordshire (Inglaterra Dr. Daniel Bailey): El impuesto es un paso positivo en la lucha contra la obesidad y ha provocado una reacción "notable" en la industria., el aumento en los impuestos aplicados a los refrescos hará que los productos sean más caros y desalentara el consumo

La Propuesta consiste en crear impuestos para desalentar prácticas insalubres con una Alícuota equivalente al 0,10% de los Ingresos del Estado. Este monto equivale a US\$ 37MM.

6.3.3. Impuesto a la Coca

Según el último Informe de Monitoreo de Cultivos de Coca presentado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC por su sigla en inglés), en 2017, el cultivo de coca en Bolivia aumentó 6 por ciento en comparación con los datos de 2016. La superficie cultivada se incrementó en 1.400 hectáreas (ha) de 23.100 ha en 2016 a 24.500 ha en 2017.

De acuerdo con el Informe, las regiones de los Yungas de La Paz, el Trópico de Cochabamba y el Norte de La Paz representaron 65, 34 y 1 % de las áreas cultivadas con coca en el país, respectivamente. Combinando el uso de imágenes de satélite con los trabajos de campo, la UNODC detectó un incremento en la superficie de cultivos de coca en dos de las tres principales regiones productoras: en la región de los Yungas de La Paz aumentó de 15.700 a 15.900 ha, mientras que en el Trópico de Cochabamba se detectó un incremento de 7.200 a 8.400 ha. En la región del Norte de La Paz, la superficie cultivada disminuyó de 240 a 220 ha.

El incremento más alto del cultivo de coca en los Yungas de La Paz se detectó en la provincia Sud Yungas, con 158 ha adicionales, alcanzando las 10.692 ha en 2017. Asimismo, en el Trópico de Cochabamba, la provincia Chapare registró un incremento de 536 ha de cultivos de coca, de 3.708 ha en 2016 a 4.244 ha en 2017.

La producción potencial de hoja de coca en el país se estimó en 44.200 toneladas métricas (tm). Este cálculo está basado en los estudios realizados en 1993 por la DEA (Drug Enforcement Administration), 2005 por la UNODC y 2010 por el CONALTID (Consejo Nacional de Lucha contra el Tráfico Ilícito de Drogas del Estado Plurinacional de Bolivia).

La propuesta es crear un impuesto a ser aplicado a las 44.200 toneladas métricas en una Alícuota que permitiría aumentar un cero coma veinticinco por ciento los ingresos del Estado. Este monto equivale a US\$90MM.

6.3.4. Disciplina Fiscal

Para completar el financiamiento del Seguro Universal de Salud, el planteamiento del Colegio Médico consiste en recuperar la disciplina fiscal ahorrando un 1.55% del PGE mediante el control de gastos en cuatro componentes:

1. Crecimiento del Gasto Fiscal

El gasto fiscal escaló de 35% del PIB a 55% del PIB entre 1990 y 2014, siendo el principalmente determinante de este crecimiento el gasto en adquisiciones, el cual se duplicó durante el mismo periodo, subió de 17% a 36% del PIB.

2. Rebajar el Gasto en Adquisiciones

El reciente estudio del BID³⁷ (2018) muestra que la ineficiencia del gasto público en Bolivia alcanza al 6.3% del PIB solo por debajo de Argentina (7.2%) y El Salvador (6.5%), mientras que el promedio para América Latina y el Caribe asciende a 4.4% del PIB. Este porcentaje muestra la ineficiencia técnica por filtraciones en las transferencias, malgasto en compras públicas (bienes y servicios y gastos de capital) y malgasto en las remuneraciones a

37 Banco Interamericano de Desarrollo "Mejor gasto para mejores vidas: como América Latina y el Caribe puede hacer más con menos", 2018.

los empleados del sector público. Estas ineficiencias técnicas en la región tienen que ver principalmente con corrupción, deficiente asignación de recursos y deficiente gestión pública.

3. Control del Gasto en Construcción de Carreteras

El 60% del gasto de capital es construcción, si se considera el sobrecosto de 53% en caminos estimado por el BID y el incremento en el gasto de capital (11 puntos porcentuales del PIB), el dinero malgastado habría alcanzado a 3,5% del PIB entre 1990 y 2013, suponiendo que durante este periodo había el mismo nivel de sobrecosto.

4. Contener el crecimiento de la Burocracia

La burocracia estatal ha aumentado. El empleo en el sector público prácticamente se duplicó entre el 2004 y 2014. El empleo total creció en 1,8 veces y el número de directivos en 1,9 veces. El crecimiento del número de directivos tiene un efecto multiplicador, puesto que implica mayor personal técnico y administrativo de apoyo. Un tema adicional que es necesario resaltar, es el crecimiento del personal eventual, éste prácticamente se quintuplicó entre 2004 y 2014. Al respecto, esta conducta de contratar eventuales (consultores de línea), quienes no tienen seguro de salud ni beneficios sociales, tal como ocurre en el sector informal, no es consecuente con la política de endurecer la ley laboral.

La propuesta del Colegio Médico no considera aplicar despidos en el sector público sino más bien no renovar contratos eventuales que no sean estrictamente necesarios.

Cuadro 30: Disciplina Fiscal

Concepto	Situación	Propuesta
Falta de Disciplina Fiscal		Control
Crecimiento del Gasto Fiscal	En 1990 era el 35% del PIB en 2014 fue el 55% del PIB	Gasto Publico
Gasto en adquisiciones	Se ha duplicado , subió de 17% (1990) a 36% del PIB (2014)	Adquisiciones
Construccion de carreteras	sobrecosto de 53% en la construccion de carreteras estimado por el BID	Costo de Construccion
Burocracia	El empleo en el sector público se duplicó entre el 2004 y 2014.El empleo total creció en 1,8 veces Crecimiento del personal eventual, prácticamente se quintuplicó entre 2004 y 2014.	Burocracia
Resultado	Ahorro Fiscal que permita una reasignacion presupuestaria	

Fuente: Informe Fundacion Milenio Javier Cuevas

En síntesis, además de la actual asignación para salud consignada en el PGN a nivel nacional, regional y local y del 15.5% de la Coparticipación Tributaria que corresponde al 10% que se destinaba para financiar el SUMI según la Ley 2426 y el 5.5% que se destinaba para financiar el Seguro de

Salud para el Adulto Mayor según la Ley 3323. Se debe otorgar una asignación adicional del PGE de US\$1.600 millones al año hasta alcanzar un monto equivalente al 10% del PIB, con los impuestos a crear y la asignación adicional del 10% del monto recaudado por la renta interna y aduanera como se sintetiza en el siguiente cuadro

Cuadro 31: Resumen Fuentes de Financiamiento

Concepto	Como % del PGE	Como % del PIB
Situación actual	6,7%	6,1%
Por financiar	4,3%	3,9%
Total	11,0%	10,0%
Fuente		
10% Impuestos de Renta y Aduana	2,40%	2,19%
Impuesto a la Coca	0,25%	0,23%
Impuestos para desalentar prácticas insalubres	0,10%	0,09%
Disciplina fiscal	1,55%	1,40%
	4,30%	3,90%

7. Conclusiones

1. El Derecho a la Salud establecido en la Constitución Política del Estado no se ha cumplido.
2. Ante ausencia de una Rectoría real del Ministerio de Salud se establece un **CONSEJO NACIONAL DE SALUD** que es un mecanismo compartido autónomo e independiente del partido político de Gobierno, que rija la política nacional de salud.
3. La insuficiencia del presupuesto destinado a Salud exige una redistribución del PGE y obliga a identificar fuentes de financiamiento para lograr la sostenibilidad de un Seguro Universal de Salud que permita contratar RRHH en salud, invertir en equipamiento, medicamentos e insumos necesarios para la atención.
4. Se respeta el Sector Privado, se fortalece la Seguridad Social y se garantiza la atención de calidad a los asegurados y no asegurados.
5. El sistema debe invertir en fortalecer el 1er y 2do nivel de atención, organizar la demanda de salud y desconcentrar el 3er nivel.
6. Se prioriza los derechos humanos, la dignidad y trato humanizado de las personas
7. Se establece prioridad en la atención primaria en todo el Sistema de Salud.
8. La articulación de los niveles básicos con los Hospitales de tercer nivel y de referencia obligan al funcionamiento de un sistema en redes funcionales e integrales de salud
9. Se requiere establecer un observatorio de RRHH que fortalezca la Gestión de Recursos Humanos en el Sistema Boliviano de Salud. Las instituciones formadoras de RRHH deben evaluar su forma tradicional de formación para dotar de personal apropiado al enfoque filosófico y doctrinario del Sistema Boliviano de Salud
10. El Sistema se basa en una participación comunitaria y social genuina generando corresponsabilidad en su funcionamiento.

11. El sistema contempla una Comisión de Alto Nivel de Conciliación y Arbitraje para la solución de las controversias que se presenten.
12. Con base en el Sistema Boliviano de Salud que se plantea se propondrá la formulación de un Proyecto de Ley de Salud.

La Paz Enero 2019



SISTEMA
BOLIVIANO
DE SALUD

NUESTRA
SALUD

POR TODOS
Y PARA TODOS