



FOCAL

CANADIAN FOUNDATION FOR THE AMERICAS  
FONDATION CANADIENNE POUR LES AMÉRIQUES  
FUNDACIÓN CANADIENSE PARA LAS AMÉRICAS  
FUNDAÇÃO CANADENSE PARA AS AMÉRICAS



# ÉXITOS Y FRACASOS DE LAS POLÍTICAS BOLIVIANAS DE SALUD MATERNO-INFANTIL

ERIKA SILVA  
Y RICARDO BATISTA

CUADERNO DE POLÍTICA  
MAYO DE 2010



**FOCAL**  
**1 Nicholas St., Suite 720, Ottawa, ON K1N 7B7**  
**Tel: 613-562-0005**  
**Fax: 613-562-2525**  
**Email: [focal@focal.ca](mailto:focal@focal.ca)**

**[www.focal.ca](http://www.focal.ca)**

*FOCAL projects are undertaken with the financial support of the Government of Canada provided through the Canadian International Development Agency (CIDA)*



Canadian International  
Development Agency

Agence canadienne de  
développement international

**Canada**

*Les projets de FOCAL sont réalisés avec l'appui financier du gouvernement du Canada agissant par l'entremise de l'Agence canadienne de développement international (ACDI)*

## SOBRE EL PROGRAMA:

El programa de salud de FOCAL propone utilizar herramientas analíticas para generar evidencia empírica sobre el grado de desigualdades e inequidades y sus determinantes en salud dentro de las poblaciones marginalizadas, tales como las poblaciones indígenas y afro descendientes en Bolivia, Colombia y Perú. El valor de esta iniciativa es el de ayudar a identificar elementos no examinados por la política pública para el desarrollo, la discusión y el intercambio de ideas a fin de diseñar políticas de salud más precisas.

En Bolivia se han llevado a cabo esfuerzos para realizar reformas, las cuales están siendo emprendidas aún hoy, esencialmente relacionadas con la implementación de nuevos seguros de salud, transferencias condicionadas de dinero, y de descentralización, con el fin de darle mayor poder a los gobiernos locales para que generen políticas más enfocadas y eficaces. A pesar de estos esfuerzos, los resultados no han sido los esperados, pues las mejoras observadas están esencialmente relacionadas a mayores niveles de acceso y oferta de servicios de salud en áreas urbanas y sus alrededores, dejando al área rural y las poblaciones marginalizadas con mayores niveles de desigualdad e inequidad.

## Resumen

Los niveles de mortalidad materna e infantil en Bolivia son alarmantes —son los peores en América Latina y el Caribe, luego de Haití— y para algunos grupos vulnerables, la situación es más preocupante.

Con el objetivo de mejorar la salud de la población, especialmente de madres y niños, desde 1994 los gobiernos bolivianos han puesto en práctica tres planes de seguro de salud gratuitos; ellos son el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Como es de esperar los indicadores de salud materno-infantiles han experimentado una mejora aunque todavía se hallan muy por debajo de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas establecidos para el 2015. Las poblaciones indígenas y rurales, que representan el 60 y 37 por ciento de la población boliviana, respectivamente, se encuentran aún más lejos de alcanzar estos objetivos debido a inequidades históricas y a la falta de políticas públicas de salud equitativas y efectivas.

El SBS que abarcaba servicios de salud sexual, reproductiva y de planificación familiar para todas las mujeres en edad fértil, así como el tratamiento y prevención de enfermedades endémicas para toda la población, fue el plan de mayor efectividad. Este plan tuvo un gran impacto positivo en la mortalidad materna y neonatal, sobre todo en áreas rurales y en la población indígena.

Por el contrario, el SUMI eliminó la cobertura de enfermedades endémicas, y los servicios de salud reproductiva y de planificación familiar para las mujeres no embarazadas, lo cual deterioró los indicadores de salud mayormente en zonas rurales. Las desigualdades en salud también crecieron ya que los servicios de alta complejidad que ofrecía el SUMI en zonas urbanas nunca llegaron a los sectores que más los necesitaban.

Dadas estas evidencias, se proponen las siguientes tres recomendaciones clave:

- Se necesitan políticas y estrategias de acción diferenciadas que tomen en consideración las barreras geográficas y diferencias culturales que afectan a las zonas rurales y a las poblaciones indígenas.
- Antes de establecer una cobertura universal, se podría mejorar la infraestructura de atención primaria y elevar la capacidad de los recursos humanos, especialmente en zonas rurales.
- Las mujeres en edad fértil podrían tener cobertura y acceso a métodos anticonceptivos para reducir la incidencia de mortalidad materna y neonatal.

## Introducción

Bolivia cuenta con una población culturalmente diversa que, según datos estimados de 2009,<sup>1</sup> oscila alrededor de los 10 millones de habitantes dispersos a lo largo y ancho de un amplio territorio. Política y administrativamente el país está dividido en nueve departamentos y 327 municipios.

Según el último censo realizado en 2001, cerca del 60 por ciento de la población se autoidentificó como indígena, perteneciente a 37 grupos étnicos<sup>2</sup> reconocidos. Los aimaras y quechuas constituyen la mayor parte de la población boliviana. Más del 37 por ciento de la población general continúa viviendo en áreas rurales, de los cuales el 75 por ciento se considera indígena,<sup>3</sup> al mismo tiempo el 61 por ciento de la población de habla hispana vive en áreas urbanas.

Ante la falta de datos específicos de salud sobre las poblaciones indígenas, hemos intentado realizar un bosquejo de la distribución general de la población según grupo étnico con el propósito de identificar desigualdades en salud en los grupos indígenas. En ese sentido, se han clasificado a los departamentos como indígenas cuando más del 60 por ciento de la población pertenezca a alguno de estos grupos, y como no indígena cuando más del 60 por ciento de la población no pertenezca a ningún grupo indígena. Por lo tanto, Chuquisaca (con 61.1 por ciento quechua), La Paz (con 68.4 por ciento aimara), Cochabamba (con 66.2 por ciento quechua), Oruro (con 37.3 por ciento aimara y 35.7 por ciento quechua) y Potosí (con 77.1 por ciento quechua) son departamentos indígenas, mientras que Beni, Pando, Tarija y Santa Cruz no lo son.

## Panorama general de la situación de salud

A pesar de los avances en algunos indicadores importantes en los últimos 20 años, como muestra la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), Bolivia aún ostenta el segundo peor lugar en cuanto a indicadores de salud en América Latina.<sup>4</sup> La esperanza de vida al nacer es sólo de 65 años.<sup>5</sup> La mortalidad materna e infantil son las más altas de la región después de Haití.<sup>6</sup> Las enfermedades transmisibles como la malaria, el mal de Chagas (tripanosomiasis americana) y la tuberculosis son endémicas, y junto al VIH-SIDA y otras enfermedades más recientes como el dengue, representan una gran carga tanto en lo social como en lo económico. Además, Bolivia atraviesa por un fase de transición epidemiológica en la que ciertas enfermedades crónicas se hacen cada vez más prevalentes lo cual pone mayor presión sobre un sistema de salud ya de por sí frágil.

Bolivia es uno de los países más pobres de América Latina con un 65 por ciento de su población viviendo en la pobreza. De acuerdo a indicadores socioeconómicos, la pobreza es más aguda y extrema entre los grupos indígenas<sup>7</sup> y en las zonas rurales, donde la situación ha empeorado y las inequidades se han incrementado en los últimos 15 años.<sup>8</sup>

A pesar de que las zonas rurales cuentan con servicios de salud públicos, estos no responden adecuadamente a las necesidades de los más pobres y excluidos. De acuerdo con un estudio sobre Bolivia de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la población rural no tiene acceso a servicios adecuados debido a factores tanto exógenos como endógenos al sistema de salud.<sup>9</sup> Factores exógenos como el analfabetismo entre las mujeres (factor muy importante), la pobreza, las barreras geográficas, las desigualdades de género, la discriminación histórica de los indígenas, y viviendas inadecuadas representan un 60 por ciento de la exclusión. El 40 por

ciento restante lo constituye factores endógenos que incluyen insuficiencias sistémicas como la incapacidad de resolver los problemas de salud, una cobertura limitada, los cambios frecuentes o incapacidad y poca receptividad de los proveedores de servicios de salud, así como las percepciones culturalmente diferentes en cuanto a la calidad en la atención.<sup>10</sup>

## **El sistema de salud boliviano**

El sistema de salud boliviano está integrado por el sector público, la seguridad social, y el sector privado. El sector público ofrece programas dirigidos a las madres, niños y ancianos pero cuenta con escasos recursos humanos y una capacidad muy limitada para atender los problemas de salud. De acuerdo con el Anuario Estadístico del Sistema Nacional de Información en Salud de 2007, en las zonas urbanas existen 3.6 médicos por cada 10,000 personas mientras que en las zonas rurales la proporción es de 1.3 por 10,000 personas bastante dispersadas. La seguridad social beneficia sólo a aquellos que trabajan en el sector formal, y ofrece cobertura contra enfermedades, atención prenatal y al recién nacido, atención infantil así como contra riesgos ocupacionales. El sector privado es pequeño y está integrado por médicos privados y clínicas administradas por las iglesias y otras organizaciones no gubernamentales. La medicina tradicional, la cual es importante en Bolivia, se encuentra en esta categoría.<sup>11</sup>

Los servicios de salud están estructurados en tres niveles según la complejidad de la atención médica que brindan. El primer nivel o punto de entrada al sistema está conformado por establecimientos básicos de salud (50.5 por ciento) donde auxiliares de enfermería brindan programas de promoción de salud, atención preventiva, y servicios de salud básicos, así como por centros de salud (42.4 por ciento) que cuentan con un médico y una enfermera que se ocupan de la promoción de salud, y de ofrecer atención preventiva y atención a pacientes. Este primer nivel representa el 93 por ciento del total de los servicios de salud en Bolivia y casi la totalidad de los establecimientos de salud en zonas rurales.

El segundo nivel, existente mayormente en las zonas urbanas, representa el 5.2 por ciento del total de establecimientos de salud y está integrado por hospitales básicos que ofrecen atención médica general y cuatro especialidades: pediatría, ginecología, cirugía general y traumatología. El tercer nivel, integrado por hospitales generales y hospitales especializados en la ciudad cabecera de cada departamento (1.9 por ciento del total de los establecimientos de salud), es atendido por médicos, enfermeras y especialistas (por ejemplo, cardiólogos, neurólogos, urólogos, psiquiatras, etc.). Esta distribución desigual de los servicios de salud explica algunas de las disparidades entre las poblaciones urbanas y rurales ya que las regiones rurales y comunidades remotas no tienen acceso a los servicios de segundo o tercer nivel.

## **Políticas de salud y salud materno-infantil**

En las últimas dos décadas los gobiernos bolivianos y las autoridades sanitarias han creado y puesto en práctica tres planes de seguro de salud con el objetivo de mejorar las condiciones de salud de la población. El presente documento de política evalúa los resultados alcanzados por estos planes y analiza hasta que punto dichos planes beneficiaron a las poblaciones indígenas y más pobres del país y redujeron las desigualdades entre las poblaciones urbanas y rurales en materia de salud.

## **Modelos de seguro de salud materno-infantil**

Como parte de sus políticas oficiales, y en aras de mejorar la salud de la población y reducir las desigualdades, diferentes gobiernos nacionales de Bolivia han creado desde 1994 tres seguros de salud: el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el Seguro Básico de Salud (SBS) y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

A pesar de sus nombres, estos planes no son seguros de salud, sino tres maneras de brindar atención médica gratuita enfocada en madres y niños con el propósito de elevar el acceso a los servicios médicos y de reducir o eliminar las barreras económicas. El siguiente cuadro ofrece un resumen de estos tres paquetes de servicios de salud puestos en práctica desde 1994.

<b>Cuadro 1</b>			
<b>Componentes de los planes de seguro en Bolivia</b>			
	<b>SNMN</b>	<b>SBS</b>	<b>SUMI</b>
<b>Fecha de inicio / terminación</b>	1996-1998	1998-2003	2003-present
<b>Objetivo</b>	Reducir en un 50 % el número de muertes maternas e infantiles, disminuir las muertes por diarreas y neumonías, reducir las barreras económicas	Reducir la morbilidad y mortalidad de las poblaciones más vulnerables, mejorar la equidad en el acceso; mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud, con adecuación cultural	Reducir la mortalidad materna e infantil, en especial la mortalidad neonatal, y eliminar las barreras económicas
<b>Población meta</b>	Mujeres embarazadas y niños menores de 5 años	Mujeres en edad reproductiva; mujeres embarazadas, niños menores de 5 años, población general para intervenciones específicas	Mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto y niños menores de 5 años
<b>Paquete de prestaciones (riesgos cubiertos)</b>	32 intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel de atención	102 intervenciones correspondientes al primer y segundo nivel de atención	Atención integral con pocas excepciones; incluye servicios de mayor complejidad y cuidados dentales
<b>Servicios cubiertos</b>	Atención prenatal, cuidados preparto, parto y postparto, Cesárea; atención de emergencias obstétricas: pre-eclampsia, eclampsia y otras; cuidados del recién nacido; atención a problemas neonatales: asfixia; sepsis, etc. atención a niños menores de 5 años: tratamiento de neumonías, diarrea y otras enfermedades	Todas las prestaciones del SNMN más: complicaciones neonatales, cuidados de salud reproductiva incluyendo atención post-aborto, anticoncepción, ITS, enfermedades endémicas (malaria, TB, Enf. Chagas, etc.), exámenes de laboratorio seleccionados, transporte de pacientes en caso de emergencias obstétricas, personal médico móvil para comunidades rurales sin acceso a servicios de salud	Atención básica y de alta complejidad a mujeres embarazadas y niños, incluyendo atención ambulatoria, hospitalización, servicios diagnósticos, tratamiento médico y quirúrgicos, entrega de medicamentos esenciales para la mayoría de las enfermedades, mayor descentralización de la gestión de servicios de salud
<b>Lugar de atención</b>	Establecimientos públicos de salud	Establecimientos públicos de salud, establecimientos de seguridad social, algunos establecimientos de la Iglesia y ONGs	Establecimientos públicos de salud, establecimientos de seguridad social, algunos establecimientos de la Iglesia y ONGs
<b>Aspectos diferentes</b>	-	Incluye como beneficiarias las mujeres en edad fértil, brinda cobertura de anticoncepción y enfermedades endémicas en la población general	Cobertura limitada; la población general y mujeres en edad fértil no están cubiertas

Fuente: Elaboración propia en base a datos e información de documentos UDAPE y Ministerio de Salud

A pesar de que los tres planes procuran reducir la tasa de mortalidad materna e infantil proveyendo atención médica gratuita a las mujeres embarazadas y menores de cinco años de edad, existen diferencias considerables referentes fundamentalmente a la complejidad de los servicios suministrados y sus beneficiarios. Los servicios suministrados bajo el SNMN y el SBS corresponden al primer y segundo nivel de atención de salud, mientras que los suministrados bajo el SUMI son servicios de salud de alta complejidad que se ofrecen principalmente en establecimientos del tercer nivel y que no existen en las zonas rurales. Otra diferencia radica en que, mientras que el SNMN y el SUMI se limitan a mujeres embarazadas y menores de cinco años, el SBS comprende métodos anticonceptivos, atención médica post aborto, servicios de salud sexual y reproductiva para mujeres en edad fértil así como el diagnóstico y tratamiento de enfermedades endémicas como las de transmisión sexual y el VIH para toda la población.

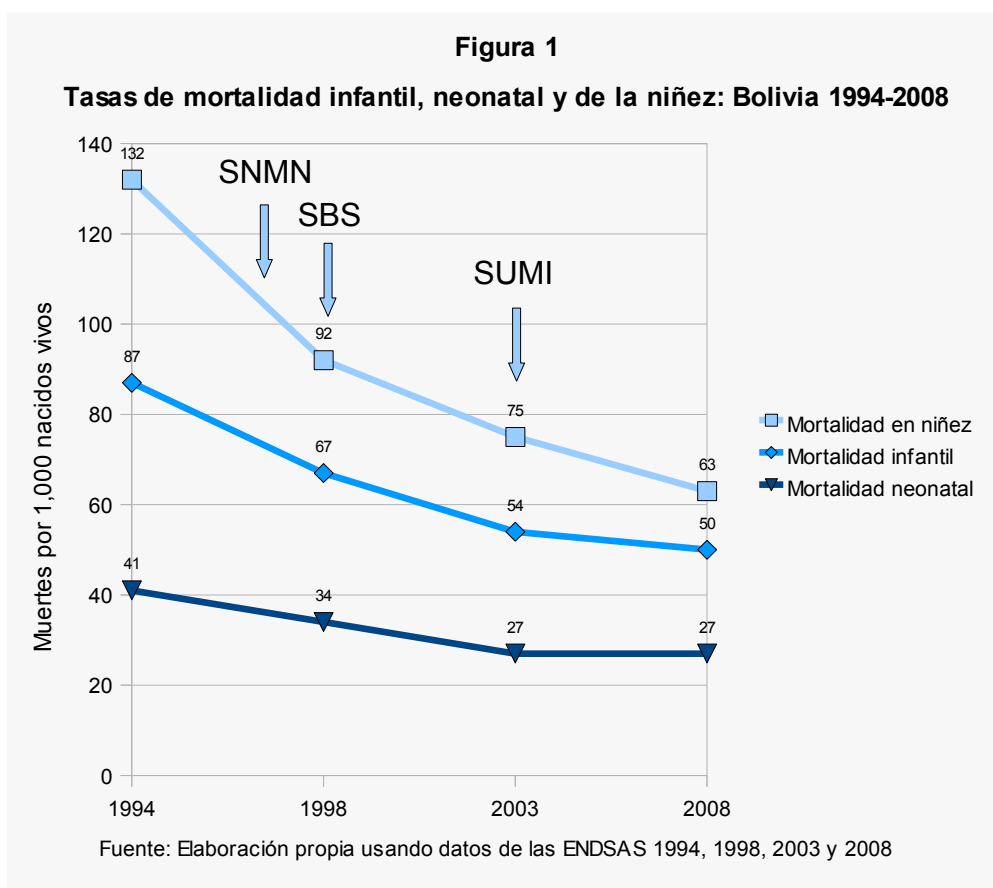
## Resultados en salud materno-infantil

Los resultados de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), que se realiza cada cuatro a cinco años en Bolivia, fueron empleados para analizar y determinar el vínculo entre el estado de salud y los planes de seguro médico. Los informes de ENDSA reportan indicadores tanto nacionales como departamentales así como sobre la situación general en zonas urbanas y rurales. Los datos que aparecen en los informes ENDSA dan cuenta de la situación de salud existente los años precedentes a la encuesta. Toda vez que el período que abarcan las encuestas coincide con la aplicación de los planes de seguro, es posible valorar el efecto de estos planes a partir de la información que arrojan los informes de la ENDSA.

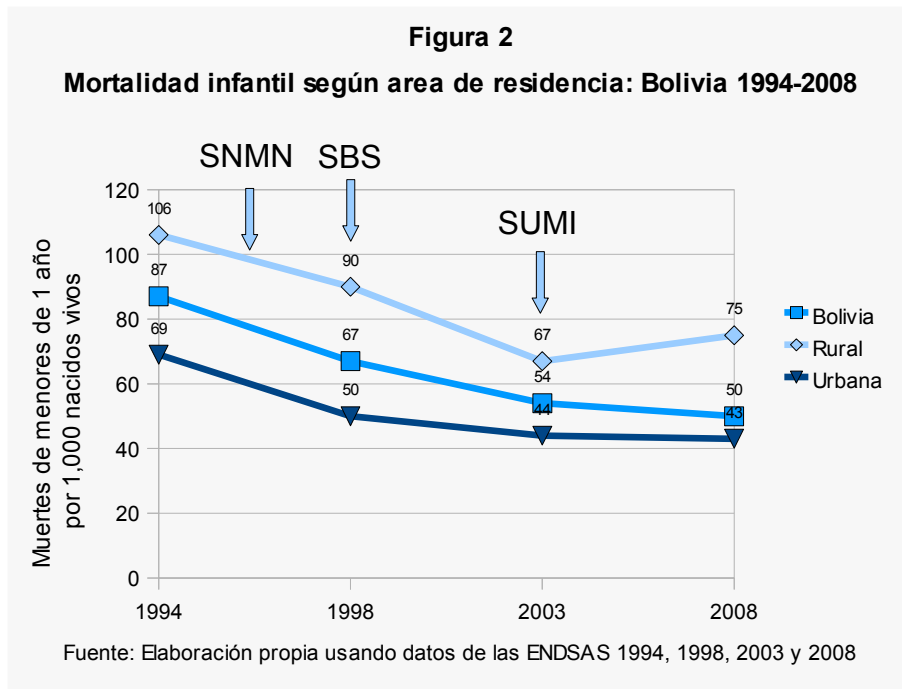
### Salud infantil y de la niñez

La figura 1 muestra la evolución de la mortalidad por edades en los últimos 15 años. Las tasas de mortalidad de la niñez (desde el nacimiento hasta los cinco años), infantil (menor de un año), y neonatal (hasta 28 días de nacido) experimentaron una marcada mejora entre 1994 y 2003, mientras que entre 2003 y 2008 el avance fue menos evidente.

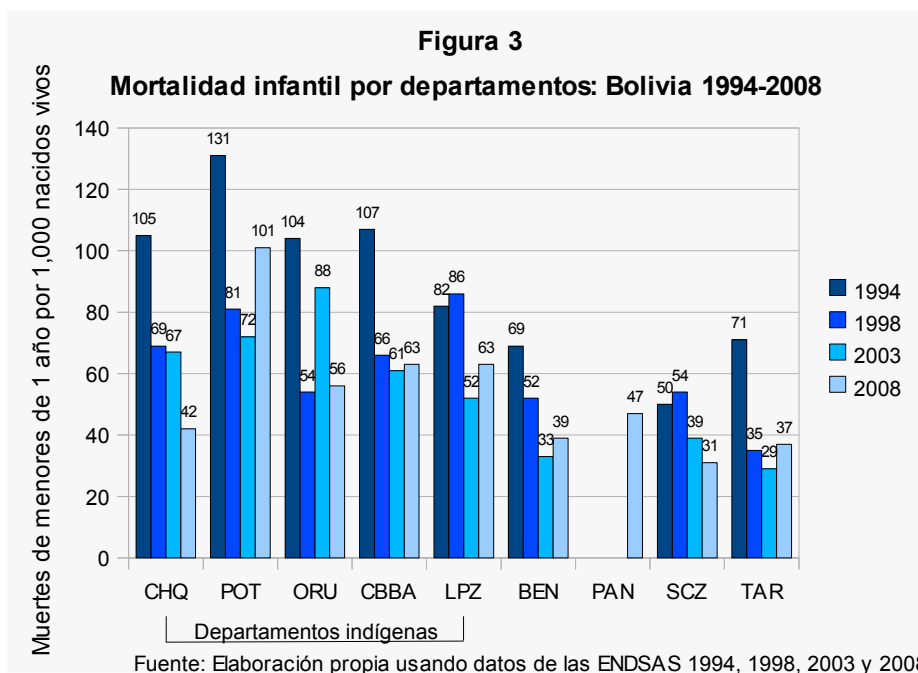
La mortalidad infantil se redujo en un 42.5 por ciento entre 1994 y 2008. Durante ese período de 15 años, la caída total de la mortalidad en la niñez y de recién nacidos fueron igualmente considerables, 52.3 por ciento y 34.1 por ciento respectivamente (ver Figura 1).



No obstante, estos resultados encubren desigualdades importantes que existen al observar las tasas de mortalidad en zonas rurales y entre la población indígena (ver Figura 2). En general, en las zonas rurales, las tasas son casi el doble más altas que las de las zonas urbanas. La reducción total de la tasa de mortalidad infantil entre 1994 y 2008 en las áreas urbanas fue del 37.7 por ciento, comparado con un 29.2 por ciento en zonas rurales. De hecho, durante los últimos cinco años de aplicación del SUMI, la salud infantil en zonas rurales empeoró.



Además, cuando analizamos la mortalidad infantil por etnia, se observa que los cinco departamentos indígenas —Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro y Potosí— tienen una tasa de mortalidad más elevada que los cuatro departamentos no indígenas (ver Figura 3). Estos datos confirman estudios similares que indican una mayor mortalidad infantil entre las poblaciones indígenas.<sup>12</sup>



También se observan patrones similares cuando analizamos las tasas de mortalidad neonatal. En primer lugar, con 27 muertes por cada 1,000 nacidos vivos, la tasa de mortalidad entre los recién nacidos menores de 28 días no han variado en los últimos cinco años, incluso se elevó en todos los departamentos excepto en Chuquisaca y Oruro. En segundo lugar, los departamentos indígenas presentan el doble de la tasa de los departamentos no indígenas y la brecha entre zonas urbanas y rurales casi se duplicó en 2008.

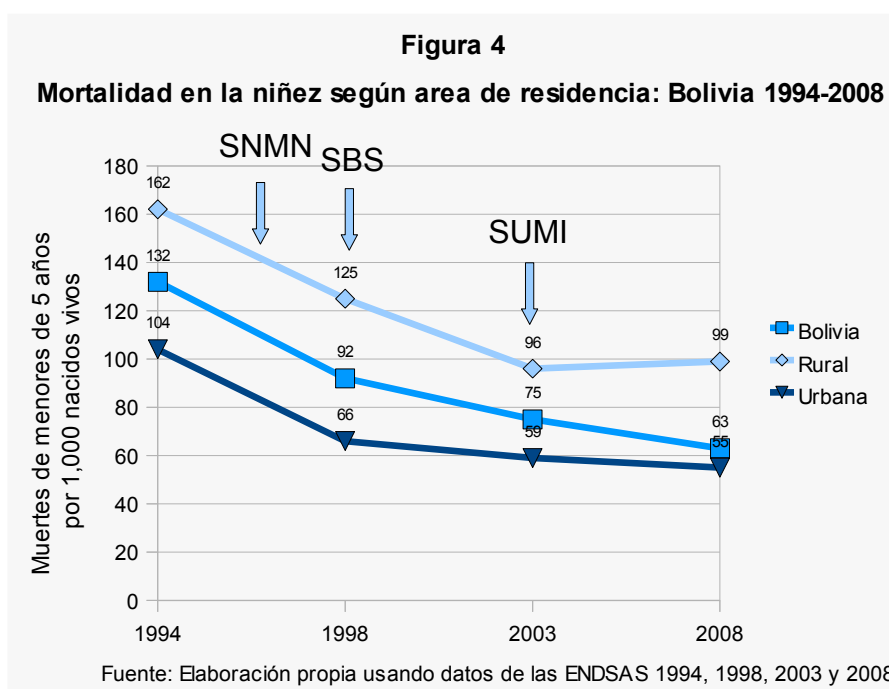
Esta situación, la cual revela desigualdades de acceso a los servicios de salud y cobertura entre las poblaciones indígenas y no indígenas así como entre las zonas urbanas y rurales, se debe a disimilitudes en la implementación de políticas. De hecho, con excepción del SBS, durante la puesta en práctica de los planes de seguro de salud, las desigualdades en la mortalidad infantil entre las zonas urbanas y rurales se acrecentaron (ver Figura 2).

Durante el período en que el SBS estuvo vigente, la mortalidad entre recién nacidos experimentó su mayor descenso (20.6 por ciento) y produjo sus mayores avances en las zonas rurales, al tiempo que redujo las diferencias urbano-rurales (ver Cuadro 3 en la página 11).

Es ampliamente aceptado que la mortalidad de recién nacidos está estrechamente vinculada a la atención prenatal y a la atención durante el parto, mientras que la mortalidad post-neonatal (o sea las muertes entre los 28 días y 11 meses de nacido) está más bien asociada a las condiciones de vida y a los cuidados en el hogar. En este sentido, podría decirse que al suministrar servicios de salud básicos en establecimientos de primer nivel en zonas rurales, el SBS mejoró el acceso y la cobertura entre la población rural, contribuyendo así a prevenir muertes entre los recién nacidos. Asimismo, al proveer una amplia gama de servicios ambulatorios materno-infantiles y de prevención de enfermedades endémicas así como ofrecer servicios terapéuticos fuera de los establecimientos de salud, el SBS ayudó a reducir la tasa de mortalidad post-neonatal. Al llegar hasta las comunidades remotas, y por ende beneficiar a un número mayor de personas, el SBS fue el único plan que abordó los problemas de acceso a servicios de salud asociados a obstáculos geográficos y económicos.

Por el contrario, el SUMI priorizó la atención médica especializada (segundo y tercer nivel) para madres y niños disponible fundamentalmente en centros urbanos. Por consiguiente, este plan creó una barrera geográfica que impidió atender las necesidades apremiantes de la población rural. La mortalidad de recién nacidos creció y el estado de salud general de la población rural e indígena empeoró. En resumen, Bolivia revirtió los avances alcanzados por los dos planes anteriores.

Lo mismo puede decirse de la tasa de mortalidad en menores de cinco años de edad. La mayor reducción se observó durante la etapa en que el SBS estuvo vigente, mientras que bajo el SUMI la mortalidad creció en las zonas rurales (ver Figura 4). La mortalidad infantil en los departamentos indígenas fue el doble de la de los departamentos no indígenas.



Aunque ninguno de los tres planes de seguro de salud se enfoca en ello, la desnutrición crónica es otro indicador importante de salud de la niñez. Como vemos en el Cuadro 2, entre 1994 y 2003 no se produjo ninguna mejora en este indicador. En respuesta a este problema, en 2006 se creó un programa nacional bajo el nombre Programa de Desnutrición Cero.

<b>Cuadro 2</b>				
<b>Desnutrición crónica según área de residencia y educación de la madre:</b>				
<b>Bolivia 1994-2008</b>				
	<b>1994</b>	<b>1998</b>	<b>2003</b>	<b>2008</b>
<b>Desnutrición crónica (%)</b>	28.3	26.8	26.5	21.8
Urbano	20.9	18.9	18.5	12.8
Rural	36.9	37.8	37	32.5
<b>Razon rural/urbano</b>	1.8	2.0	2.0	2.5
Sin educación	45.7	46.3	44.3	44.2
Con educación superior	14.9	12.7	9	6.2
<b>Razon sin educación/con educación superior</b>	3.1	3.6	4.9	7.1
Departamentos indígenas	33.6	32.7	33.8	28.8
Departamentos no indígenas	22.2	21.8	20.2	10.9
<b>Razon departamentos indígenas/no indígenas</b>	1.5	1.5	1.7	2.6

Fuente: Elaboración propia usando datos de las ENDSAS 1994, 1998, 2003 y 2008

Si hacemos un análisis por departamentos observamos que la desnutrición es un problema que afecta como promedio al 28.8 por ciento de los niños que viven en departamentos indígenas y alrededor del 10.9 por ciento de los niños en departamentos no indígenas. Estos resultados son reafirmados por otros estudios que indican que la malnutrición en la población indígena es tres veces más alta que entre la población no indígena.<sup>13</sup>

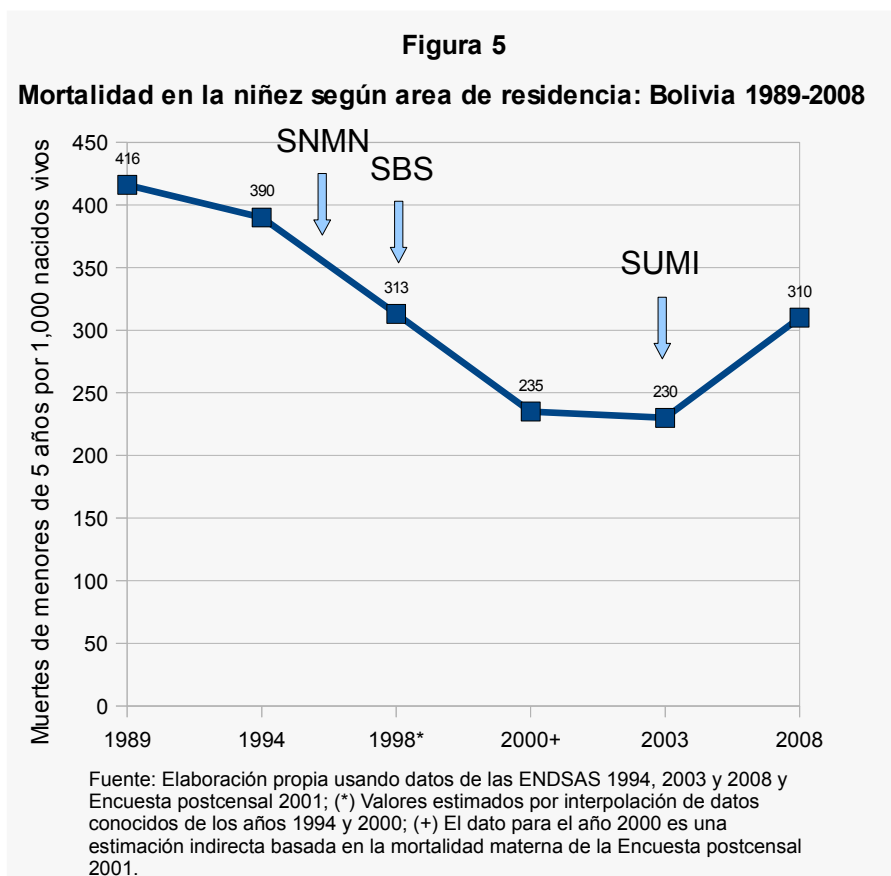
Aunque aún es temprano para sacar conclusiones sobre la incidencia del Programa de Desnutrición Cero, la reducción del número de niños desnutridos observada en 2008 podría atribuirse a ese programa. Sin embargo, como se observa en el Cuadro 2, este programa no llegó a los más necesitados ya que la desnutrición crónica bajó más en los departamentos no indígenas y zonas urbanas, mientras que las desigualdades urbano-rurales se ampliaron. Igualmente, las desigualdades son abismales cuando se compara el grado de salud de niños de madres sin escolaridad con los de aquellas que poseen un nivel superior de escolaridad. Una vez más comprobamos que aún cuando se cuente con políticas bien intencionadas es necesario que estas contengan disposiciones especiales que prioricen las comunidades indígenas y rurales, de lo contrario son las poblaciones con mejor acceso a servicios de salud, las que viven en zonas urbanas, las de mayor nivel educacional y de más recursos las que más se benefician.

## **Salud materna**

La mortalidad materna en Bolivia sigue siendo una de las más altas en América Latina.<sup>14</sup> De acuerdo con el informe ENDSA de 1989, la tasa existente en aquel momento era de 416 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015 establecieron una meta de mortalidad materna de 104 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. A pesar de que se han logrado avances significativos, queda claro que esta meta no podrá alcanzarse a menos que se tomen medidas serias a lo largo y ancho del país.

Como puede observarse en la Figura 5, la mortalidad materna entre 1994 y 2003 pasó de 390 a 230 muertes por cada 100,000 nacidos vivos. Esto representó una disminución del 41 por ciento del cual un 26.5 por ciento se produjo entre 1998 y 2003 cuando estaba en vigor el plan del SBS.

Durante ese mismo período, la mortalidad materna descendió en promedio 5.3 por ciento al año. Esta tendencia alimentó la esperanza de que Bolivia estaba en camino de alcanzar los ODM. Sin embargo, de acuerdo con el último informe ENDSA de 2008, en los últimos cinco años de vigencia del SUMI, la mortalidad materna ascendió de 230 a 310 muertes por cada 100,000 nacidos vivos, revirtiendo así los logros alcanzados en los períodos anteriores (ver Figura 5 y Cuadro 3 en la página 11).<sup>15</sup>

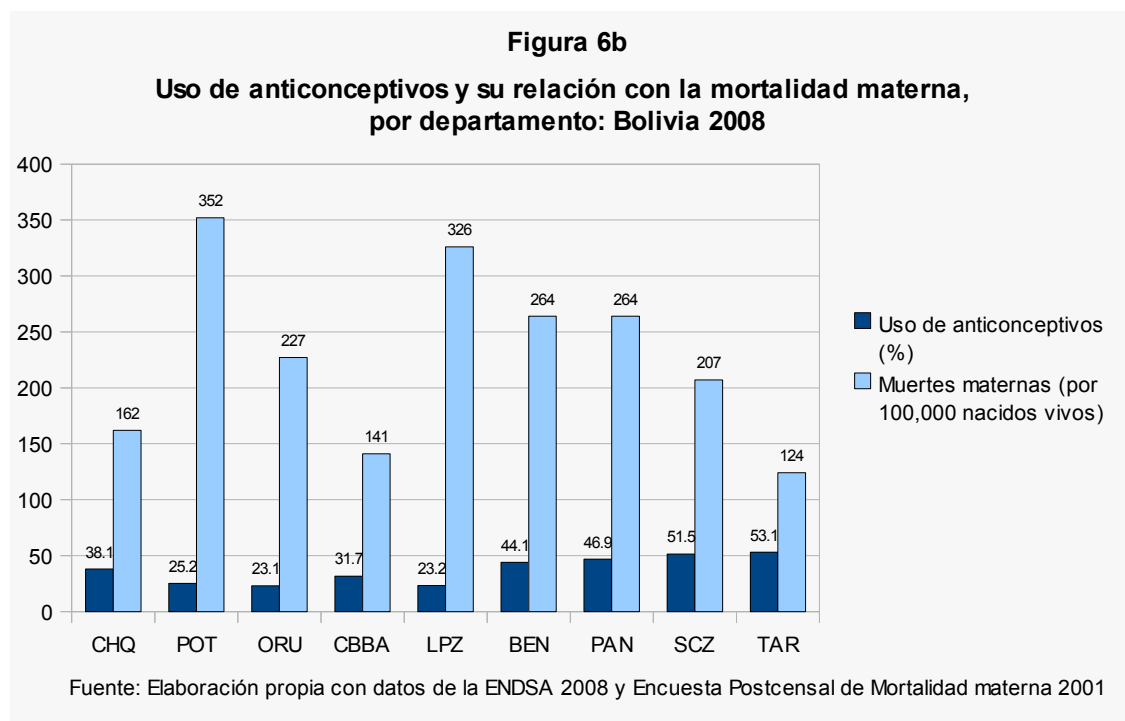
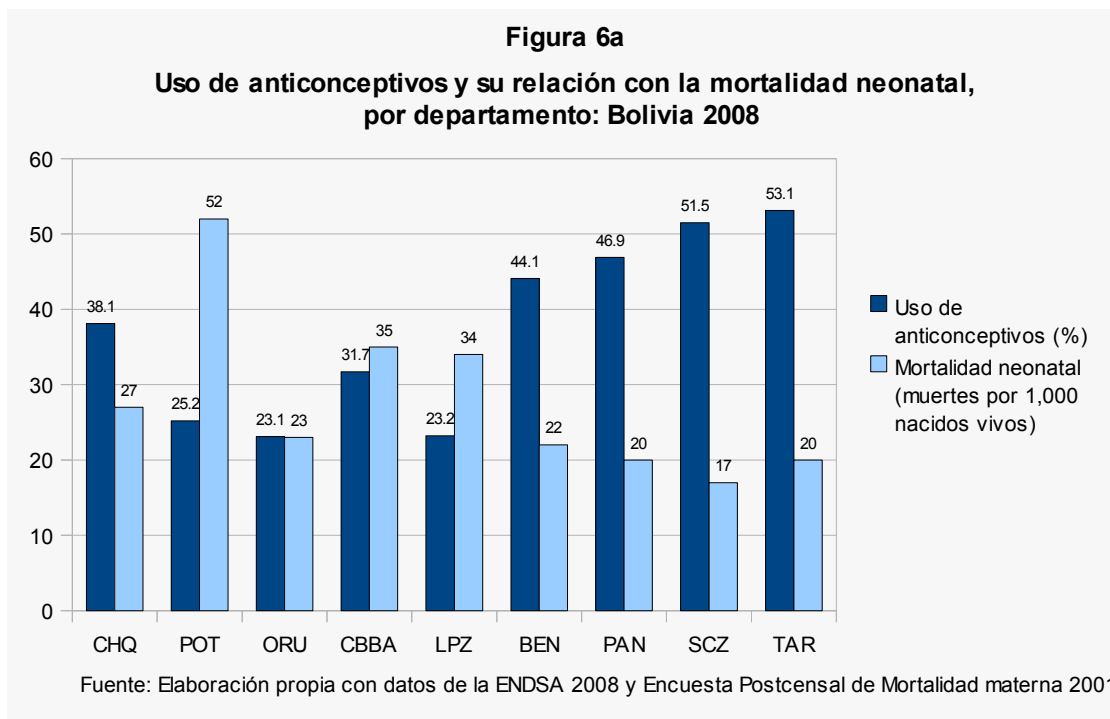


Estos resultados, aunque alarmantes, no eran inesperados. El SUMI no solo eliminó la cobertura de mujeres en edad fértil sino también el acceso a métodos anticonceptivos e información sobre derechos reproductivos. Además, según indican otros estudios, el SUMI no contenía mecanismos que exigieran respeto por los derechos de salud ni disposiciones que garantizaran una nutrición adecuada de las madres antes y durante la gestación.<sup>16</sup>

Las hemorragias durante el embarazo, incluyendo las asociadas a abortos, son la primera causa de mortalidad materna en Bolivia<sup>17</sup> y los abortos por sí solos constituyen la tercera causa.<sup>18</sup> Podríamos conjeturar que el aumento de la mortalidad se debe al incremento de los abortos, pero se necesitan más estudios para poder afirmarlo con certeza. Algunas investigaciones recientes indican que el acceso a servicios de planificación familiar podría evitar hasta un 75 por ciento de las muertes maternas y el 50 por ciento de las muertes de recién nacidos al reducir el número de abortos y de embarazos no deseados.<sup>19</sup>

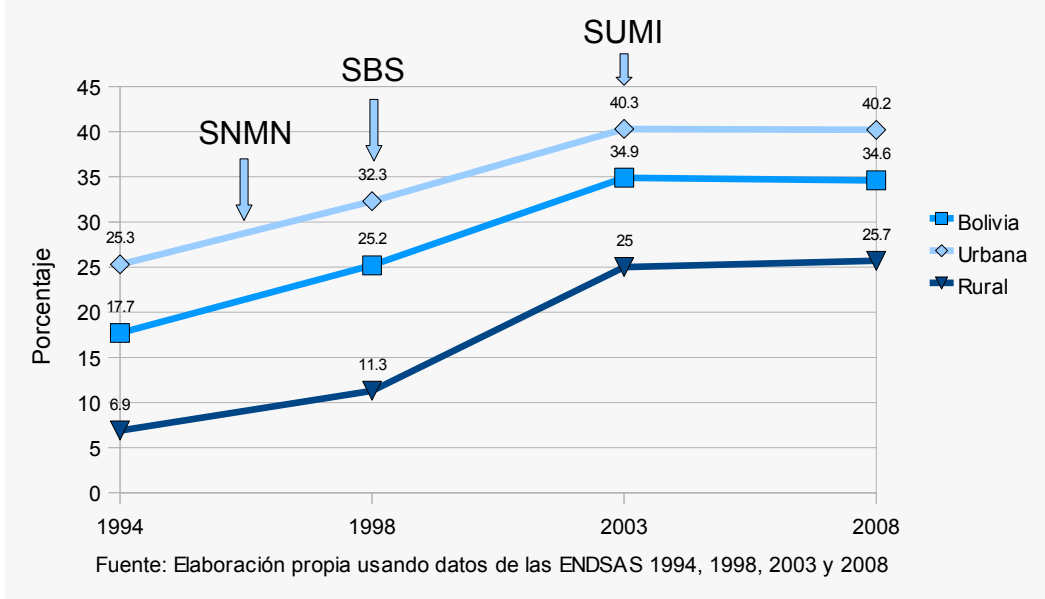
A partir de datos contenidos en el informe ENDSA de 2008 se examinó el vínculo entre el uso de métodos anticonceptivos por mujeres en edad fértil y la mortalidad materna y de recién nacidos. Se pudo comprobar una correlación inversa entre las dos: la mortalidad en recién nacidos es menor cuando el uso de métodos anticonceptivos es más alto. Como se observa en la Figura 6a, los departamentos con la mayor proporción de mujeres que usan métodos anticonceptivos exhiben las tasas de mortalidad neonatal más bajas.

Igualmente, cuando analizamos las cifras del 2001 de mortalidad materna por departamentos y los datos del 2008 sobre el uso de métodos anticonceptivos observamos también una correlación inversa (ver Figura 6b).<sup>20</sup>



Entre 1994 y 2003 bajo el SMN y el SBS la mortalidad se reduce al tiempo que se produce un incremento progresivo del uso de métodos anticonceptivos. En zonas rurales el mayor ascenso se produjo durante la vigencia del SBS (ver Figura 7), mientras que bajo el SUMI el uso de métodos anticonceptivos modernos no se incrementó en las zonas urbanas ni en las rurales.

**Figura 7**  
**Mujeres en union conyugal que usan métodos anticonceptivos modernos: Bolivia 1994-2008**



La proporción de partos que se realizan en establecimientos de salud es otro indicador que incide en la salud materna y neonatal ya que este indicador nos ayuda a evaluar el riesgo que corren las madres cuando sus partos no son atendidos en establecimientos de salud por personal calificado.

Tras la puesta en práctica del primer plan de seguro de salud en 1994, el número de partos atendidos en establecimientos de salud ascendió constantemente. El incremento mayor se produjo entre 1994 y 1998, período en que se introdujeron los planes por primera vez, comenzando con el SNMN que redujo las barreras económicas.

Hasta la fecha, el 70 por ciento de los partos son asistidos en establecimientos de salud y en lo que respecta a este indicador, Bolivia va en camino de alcanzar el ODM correspondiente. Sin embargo, aún persisten serias desigualdades entre zonas urbanas y rurales. En 2008, solo el 43.7 por ciento de los partos en zonas rurales se atendieron en establecimientos de salud comparado con un 87.7 por ciento de los partos en zonas urbanas. Parece ser que el SUMI no ha logrado llegar a las comunidades rurales y remotas ni ha propiciado un incremento considerable en el número de mujeres que acceden a los servicios de salud. En sentido general, la población urbana es la más beneficiada mientras que los problemas de salud empeoran en las zonas rurales. Esta disparidad puede explicarse de dos maneras: primero, los servicios de salud con mayores recursos se ubican fundamentalmente en las zonas urbanas; segundo, la provisión de servicios de salud gratuitos para todos parece beneficiar a personas en las ciudades que anteriormente acudían a servicios de salud privados. Igualmente, un estudio de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y UNICEF Bolivia arroja que las madres que viven en zonas urbanas con ingresos relativamente altos y un nivel educacional elevado son las que mayormente acceden a los servicios públicos de salud.<sup>21</sup>

También se observan desigualdades entre los departamentos indígenas y los no indígenas con respecto a salud materna. Todos los departamentos no indígenas han alcanzado ya las metas del milenio establecidas para partos en establecimientos de salud, mientras que La Paz, Oruro y Potosí, los departamentos con las tasas de mortalidad materna más altas, son los que cuentan con los niveles más bajos de partos en instituciones sanitarias.

Dados los efectos económicos, sociales e incluso políticos de la puesta en práctica del SUMI, es evidente que esta política no ha logrado resolver los problemas básicos de salud que aquejan a las poblaciones rurales, pobres e indígenas, las cuales siguen padeciendo una alta mortalidad materno-infantil, desnutrición y enfermedades infecciosas. Adicionalmente, la mayoría de los servicios de salud en zonas rurales son administrados por auxiliares de enfermería que solo tienen entrenamiento para dar atención básica.

Las barreras de idioma y diferencias culturales también contribuyen a crear desigualdades en los servicios de atención de partos. En las zonas rurales, principalmente en los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro y Potosí donde reside la mayor parte de las mujeres indígenas monolingües, las barreras de idiomas son bastante considerables y en parte explican por qué los alumbramientos en el hogar son tan frecuentes. La calidad de la atención médica también se ve afectada por diferencias culturales, como ocurre cuando las prácticas culturales tradicionales son ignoradas durante los partos.

**Cuadro 3**  
**Resumen de cambios de los indicadores de salud materno-infantil y su relación con los planes de seguro, 1994-2008**

<b>Modelo de seguro de salud</b>		<b>SNMN</b>	<b>SBS</b>	<b>SUMI</b>
<i>Periodo</i>	<b>1990-1994</b>	<b>1994-1998</b>	<b>1998-2003</b>	<b>2003-2008</b>
<i>Fuente de datos</i>	<i>ENDSA 1994</i>	<i>ENDSA 1998</i>	<i>ENDSA 2003</i>	<i>ENDSA 2008</i>
<b>Indicador/parámetro</b>				
<b>Mortalidad infantil</b>	<b>87</b>	<b>67</b>	<b>54</b>	<b>50</b>
Reducción respecto a medición anterior	-	23.0%	19.4%	7.4%
Brecha urbano/rural	1.5	1.8	1.5	1.7
<b>Mortalidad en la niñez</b>	<b>132</b>	<b>92</b>	<b>75</b>	<b>63</b>
Reducción respecto a medición anterior	-	30.3%	18.5%	16.0%
Brecha urbano/rural	1.6	1.9	1.6	1.8
<b>Mortalidad neonatal</b>	<b>41</b>	<b>34</b>	<b>27</b>	<b>27</b>
Reducción respecto a medición anterior	-	17.1%	20.6%	0
Brecha urbano/rural	1.8	1.8	1.7	1.7
<b>Desnutrición crónica</b>	<b>28.3</b>	<b>26.8</b>	<b>26.5</b>	<b>21.8</b>
Reducción respecto a medición anterior	-	5.3%	1.1%	17.7%
Brecha urbano/rural	1.8	2.0	2.0	2.5
<b>Mortalidad materna</b>	<b>390</b>	<b>313</b>	<b>230</b>	<b>310</b>
Reducción respecto a medición anterior	-	19.9%	26.5%	34.8%
Brecha urbano/rural	1.5	-	1.4	-
<b>Partos atendidos en establecimientos de salud</b>	<b>42.3</b>	<b>55.9</b>	<b>57.1</b>	<b>67.5</b>
Reducción respecto a medición anterior	-	32.2%	2.1%	18.2%
Brecha urbano/rural	3	2.5	2.3	2

Fuente: Elaborado por los autores con datos de las ENSAs 1994, 1998, 2003 y 2008

El estudio conjunto de 2004 de la OPS y UDAPE expone cómo el bajo nivel educacional, especialmente de las mujeres, es un factor de exclusión en salud particularmente importante; así como las altas tasas de desnutrición en hijos de madres sin escolaridad.<sup>22</sup> Igualmente, como han sacado

a la luz proyectos anteriores, las mujeres indígenas particularmente carecen de conocimientos acerca de su salud sexual y reproductiva así como la capacidad para reconocer posibles señales de peligro para su salud y la de sus bebés. Esta falta de conocimiento afecta la actitud y la conducta apropiada a la hora de requerir atención médica oportuna.<sup>23</sup> Como parte de los servicios que ofrecen, los planes de seguro médico deben incluir también actividades educativas dirigidas especialmente a las mujeres.

## Conclusiones

En los últimos 15 años, la salud materno-infantil ha sido una de las prioridades de diferentes gobiernos en Bolivia que intentaron, a través diversas estrategias, mejorar el acceso a los servicios de salud y mejorar de manera sustancial ciertos indicadores claves de salud materno-infantil. Sin embargo, tales mejoras no beneficiaron igualmente a las poblaciones indígenas y rurales que más lo necesitaban y no son suficientes para lograr las metas fijadas por los ODM para Bolivia. Por el contrario, las comunidades indígenas y rurales están aun más lejos de alcanzar estos objetivos debido a desigualdades históricas y a la falta de políticas públicas de salud efectivas y justas.

El análisis del impacto de los tres planes de seguro de salud puestos en práctica en Bolivia demuestra que, al ofrecer servicios de salud gratuitos dirigidos a eliminar los obstáculos económicos de acceso, los planes generalmente fueron efectivos en hacer que un número mayor de personas usaran esos servicios. Sin embargo, excepto el SBS, estos planes beneficiaron principalmente a las poblaciones urbanas y a las de más recursos, al tiempo que ampliaron la brecha entre las zonas rurales y urbanas y entre las poblaciones indígenas y no indígenas.

Los mejores resultados observados en las poblaciones rurales e indígenas ocurrieron entre 1998 y 2003 bajo el SBS gracias a su enfoque en las comunidades rurales y a algunas de sus estrategias como la prestación de servicios móviles de salud a comunidades remotas y desatendidas, ofreciendo transporte hacia los centros de salud a las mujeres embarazadas y tratamiento de enfermedades endémicas a la población general en establecimientos de primer nivel de atención.

Adicionalmente, en cuanto a la reducción de las tasas de mortalidad materno-infantiles, el SBS produjo los mejores resultados porque, a diferencia de los otros dos planes, daba cobertura a mujeres en edad fértil y promovía el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y de planificación familiar, los cuales propiciaron el incremento del uso de métodos anticonceptivos modernos. Por el contrario, bajo el SUMI, cuando las mujeres en edad fértil fueron excluidas y el acceso a métodos anticonceptivos restringido, las tasas de mortalidad materno-infantiles se dispararon.

Desde la puesta en práctica del SUMI en 2003 se han hecho evidentes dos problemas: primero, las mejoras en los indicadores de salud materno-infantil se han reducido, y en el caso de la mortalidad materna, la situación ha empeorado; segundo, la brecha entre las poblaciones urbanas y rurales y entre las indígenas y no indígenas se ha ampliado debido a que el plan beneficia principalmente a quienes viven en zonas urbanas.

Dado el estancamiento de los indicadores de salud y la reversión de los avances logrados desde la aplicación del SUMI, Bolivia enfrenta una tarea ardua para poder alcanzar los ODM. La meta de alcanzar una tasa de mortalidad infantil de 30 muertes por cada 1,000 nacidos vivos para el 2015 (tomando como referencia cifras de 1989) no podrá alcanzarse, y la meta de 104 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos está más lejana aún.

## Recomendaciones de políticas

Para poder avanzar la salud materno-infantil y alcanzar sus ODM, Bolivia tendrá que reorientar sus estrategias e intervenciones en todo el país. El gobierno actual, en su proyecto de implementar un seguro universal de salud en el futuro cercano, podría aprovechar la oportunidad para corregir los errores y debilidades de las políticas anteriores considerando las lecciones aprendidas de las experiencias anteriores:

- Es necesario adoptar políticas y acciones ajustadas a las necesidades de las zonas rurales y de las poblaciones indígenas y enfocarse en reducir las desigualdades que afectan a estos grupos.
- Cuando los recursos sean limitados, los programas podrían priorizar los departamentos indígenas, tales como Chuquisaca, Cochabamba, La Paz, Oruro y Potosí.
- Dado que las enfermedades infecciosas siguen siendo comunes entre las poblaciones rurales e indígenas, los planes de seguro de salud podrían centrarse en la prestación de servicios curativos, preventivos y de promoción de salud que aborden estos problemas.
- Las políticas de salud podrían igualmente abordar los problemas que impiden el acceso a los servicios de salud como las diferencias culturales, el analfabetismo, las desigualdades de género y la distancia geográfica.
- Antes de poner en práctica cualquier plan de seguro de salud, ya sea universal o parcial, sería importante incrementar el número de establecimientos de salud en zonas rurales así como mejorar su capacidad resolutive, lo que incluye aumentar el número de médicos y mejorar la sensibilidad cultural del personal que brinda servicios de salud.
- Las mujeres en edad fértil son un grupo clave que influye en los resultados de la situación de salud materno-infantil, por lo que podrían ser incluidas como beneficiarias principales en todo programa integral de salud que se desarrolle.
- En el diseño y aplicación de políticas materno-infantiles se podría incorporar servicios de salud sexual y reproductiva, incluido el acceso a métodos anticonceptivos modernos, para contribuir a reducir los niveles de mortalidad materna y neonatal

## Acerca de los autores

Erika Silva es experta en materia de salud pública para la cooperación canadiense, consultora y ex directora de diversos proyectos de salud en Bolivia. Ricardo Batista es epidemiólogo e investigador consultor de la OPS y la OMS para América Central y estuvo a cargo de vigilancia y análisis de salud en el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

## Agradecimientos

Los autores desean agradecer a Anne Marie Hodgson por la cuidadosa revisión de este manuscrito y a Ronald Rojas, Vic Neufeld y Claire de Oliveira por el valioso tiempo que aportaron así como por sus útiles sugerencias y observaciones.

# Referencias

- 1 Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE). *Proyecciones demográficas*. La Paz: INE, 2008.
- 2 INE. *Censo Nacional de Población y Viviendas. Características de la población: autoidentificación étnica*, vol.4. La Paz: INE, 2001.
- 3 INE. *Censo Nacional de Población y Viviendas. Distribución de la población*, vol. 1. La Paz: INE, 2001.
- 4 Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Salud en las Américas 2007*. Publicación Científica y Técnica no. 622. Washington, D.C.: OPS, 2007.
- 5 INE. *Estadísticas e Indicadores Económicos y Sociodemográficos de Bolivia. Actualidad Estadística Nacional*. La Paz: INE, 2009.
- 6 OPS. *Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2009*. Washington: OPS, 2009.
- 7 INE. *Estadísticas Nacionales de Bolivia 2008*. Boletín no.64. La Paz: INE, 2008.
- 8 Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) y Comité Interinstitucional de las Metas de Desarrollo del Milenio (CIMDM). *Quinto Informe de Progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia*. La Paz: UDAPE y CIMDM, 2008.
- 9 UDAPE y OPS. *Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia*. La Paz: UDAPE y OPS, 2004.
- 10 OPS. *Exclusión en Salud: Estudios de Caso, Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México, Honduras*. Serie Extensión de la Protección Social en Salud no.2. Washington, D.C.: OPS, 2009.
- 11 De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la medicina tradicional es la suma total de conocimientos, habilidades y prácticas que parten de teorías, creencias y experiencias provenientes de las diferentes culturas, sean o no explicables, y usados en el mantenimiento de la salud, así como en la prevención, diagnóstico o tratamiento de las enfermedades físicas o mentales. Para mayor información, visite: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/definitions/en/index.html>.
- 12 UDAPE, Sistema de las Naciones Unidas en Bolivia (NNUU) y Organización Internacional del Trabajo. *Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio*. La Paz: UDAPE y NNUU, 2006, 51.
- 13 *Ibid.*, 34.
- 14 Solamente Haití exhibe una mortalidad materna más elevada en las Américas con 630 muertes maternas por cada 100,000 nacidos vivos.
- 15 Los datos sobre mortalidad materna se publicaron inicialmente en el informe de la ENDSA de 2008, sin embargo, las cifras de mortalidad materna fueron eliminadas en la publicación oficial.
- 16 UDAPE y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). *Bolivia: Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003*. La Paz: UDAPE y UNICEF, 2006.
- 17 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (MSD). *Plan Nacional de Maternidad Segura*. La Paz: MSD, 2008.
- 18 MSD. *Plan Estratégico de Salud Sexual y Reproductiva 2009 a 2015*. Documentos Técnico Normativos no.140. La Paz: MSD, 2009.
- 19 Singh, Susheela, Jacqueline E. Darroch, Lori S. Ashford y Michael Vlassoff. *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health*. New York: Guttmacher Institute y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2009.
- 20 Lo idóneo sería comparar el uso de métodos anticonceptivos y la mortalidad materna usando cifras del mismo año; sin embargo, el informe ENDSA de 2008 no ofrece las tasas de mortalidad materna por departamento. Por lo tanto, empleamos cifras de una encuesta post-censal de 2001 bajo el supuesto que las tendencias regionales en 2008 son las mismas que en 2001, aunque es probable que las cifras por departamentos sean inferiores.
- 21 UDAPE y UNICEF, 2006, *op.cit.*
- 22 UDAPE y OPS, 2004, *op.cit.*
- 23 Silva de la Vega, Erika. *WARMII II: Construyendo Puentes entre la Comunidad y los Servicios de Salud con Enfoque de Género e Interculturalidad*. Washington, D.C.: OPS, 2008. [http://new.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=477&Itemid=99999999](http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=477&Itemid=99999999) (consultado el 21 de abril de 2010)

Mayo de 2010

ISBN: 978-1-894992-55-8

Publications Mail Agreement:

La Fundación Canadiense para las Américas (FOCAL) es un instituto independiente que se dedica al fortalecimiento de las relaciones entre Canadá y los países de América Latina y el Caribe, mediante el análisis y el diálogo sobre políticas. Buscamos la creación de nuevos vínculos y opciones de políticas para el Hemisferio Occidental, a través de la investigación que aborde soluciones a temas sociales, políticos y económicos. FOCAL promueve la buena gobernabilidad, la prosperidad económica y la justicia social, basando nuestro trabajo en principios de integridad intelectual, diversidad racial y equidad de género.

Ejemplares adicionales de este documento de política pueden obtenerse en el sitio de FOCAL, [www.focal.ca](http://www.focal.ca).

Las ideas y opiniones expresadas en este documento son de responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan la posición de la Fundación Canadiense para las Américas (FOCAL), su junta directiva o su personal.



**FOCAL**

**1 Nicholas St., Suite 720, Ottawa, ON K1N 7B7**

**Tel: 613-562-0005**

**Fax: 613-562-2525**

**Email: [focal@focal.ca](mailto:focal@focal.ca)**

**[www.focal.ca](http://www.focal.ca)**



**1, rue Nicholas Street  
Suite/Bureau 720  
Ottawa, Ontario K1N 7B7 Canada  
Tel/Tél: 613.562.0005  
Fax/Télé: 613.562.2525  
Email/Courriel: [focal@focal.ca](mailto:focal@focal.ca)  
[www.focal.ca](http://www.focal.ca)**