

Informe anual 2020

# La salud universal y la pandemia

## Sistemas de salud resilientes

Bolivia (Estado Plurinacional de)

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



OPS/BOL/21-0001

© Organización Panamericana de la Salud, 2021  
Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Fotografías: © OPS (salvo indicación en contrario).

Establecida en 1902, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) es reconocida como el organismo independiente especializado en salud del sistema interamericano, de conformidad con la Carta de la Organización de los Estados Americanos (OEA). En 1949 la OPS entró en un acuerdo por el cual pasó a ser la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS), un organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas. En su calidad de oficina regional de la OMS, la OPS participa activamente en los equipos de las Naciones Unidas en los países, colaborando con otros organismos, fondos y programas del sistema de las Naciones Unidas, y con los coordinadores residentes de las Naciones Unidas, para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel de país. Por casi 120 años, la OPS ha desarrollado competencias y experiencia ampliamente reconocidas al brindar cooperación técnica a sus Estados Miembros para combatir las enfermedades transmisibles y no transmisibles y sus causas, fortalecer los sistemas de salud y responder a situaciones de emergencia y desastres en toda la Región de las Américas.

Dada la doble condición jurídica de la OPS y la dificultad de separar a la OPS de las actividades de la OMS, en este informe anual se reflejan las actividades de la OPS y la OMS en la Región de las Américas relacionadas con la cooperación técnica en el 2020. Aproximadamente 80% de la cooperación técnica que brinda la OPS en el ámbito de la salud en la Región de las Américas se financia con las contribuciones señaladas y las contribuciones voluntarias de la propia OPS, como organización del sistema interamericano; el 20% restante del presupuesto bienal integrado de la OPS incluye actividades financiadas por la OMS. En el resumen financiero del presente informe anual puede encontrarse información más detallada.

## Misión

Liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de la población de las Américas.

## Visión

Ser el mayor catalizador para asegurar que toda la población de las Américas goce de una óptima salud y contribuir al bienestar de sus familias y sus comunidades.

## Valores



### EQUIDAD

Lucha por la imparcialidad y la justicia mediante la eliminación de las diferencias que son evitables e innecesarias.



### EXCELENCIA

Logro de la más alta calidad en lo que hacemos.



### SOLIDARIDAD

Promoción de responsabilidades e intereses compartidos, facilitando esfuerzos colectivos para alcanzar metas comunes.



### RESPECTO

Aceptación de la dignidad y la diversidad de los individuos, grupos y países.



### INTEGRIDAD

Garantía de transparencia, ética y responsabilidad en el desempeño.

# Índice

<b>Prólogos .....</b>	<b>2</b>	<b>Iniciativas especiales.....</b>	<b>28</b>
<b>Cooperación técnica de la OPS .....</b>	<b>5</b>	<b>Respuesta a la COVID-19 en el departamento de Oruro: adecuación de proyectos con donantes para fortalecer la respuesta.....</b>	<b>29</b>
<b>Sistema y servicios de salud .....</b>	<b>6</b>	<b>Comunicar el riesgo: generar confianza, escuchar y fomentar la participación .....</b>	<b>30</b>
<b>Enfermedades transmisibles.....</b>	<b>10</b>	<b>Sinergia entre socios y donantes, en apoyo a las comunidades yuqui y guaraní .....</b>	<b>31</b>
<b>Enfermedades no transmisibles.....</b>	<b>14</b>	<b>Resumen financiero.....</b>	<b>32</b>
<b>La salud a lo largo de la vida.....</b>	<b>17</b>	<b>El camino hacia delante .....</b>	<b>34</b>
<b>Violencias.....</b>	<b>19</b>		
<b>Emergencias de salud .....</b>	<b>21</b>		
<b>Salud mental.....</b>	<b>24</b>		
<b>Discapacidad.....</b>	<b>26</b>		

# Prólogos



El 2020 será recordado como el año que puso a prueba la capacidad de recuperación del mundo entero. Para el mes de diciembre, más de 33 millones de personas habían contraído la COVID-19 y más de 800.000 personas habían muerto a causa del virus en la Región de las Américas. La devastadora pérdida de vidas va acompañada de una recesión económica que sigue afectando a todos y que amenaza con descarrilar el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El año de la pandemia de la COVID-19 ha hecho evidente las desigualdades y los obstáculos para el logro de la salud universal. Algunos de estos obstáculos, como el trabajo mal remunerado, la economía informal, las viviendas hacinadas, la falta de protección social y el acceso limitado a los servicios de salud, han llevado a que los grupos vulnerables sean aún más susceptibles a la COVID-19. Este virus ha expuesto tanto los obstáculos que enfrenta la salud universal como la profunda necesidad de alcanzar dicho objetivo.

La pandemia también ha demostrado que el sector de la salud no puede lograr la salud universal si actúa solo. Necesitamos que haya liderazgo y buena gobernanza, e incluir al sector privado y a la sociedad civil. El sector académico y el sector industrial deben trabajar junto con el gobierno para producir y difundir la tecnología, como las pruebas diagnósticas, las opciones terapéuticas y las vacunas, además de la innovación digital. Los asociados para el desarrollo deben facilitar la coordinación necesaria para la vigilancia de las enfermedades, el intercambio de información y la respuesta a las emergencias de salud.

El sector financiero debe procurar los recursos necesarios para garantizar que los sistemas de salud sean adaptables, receptivos e inclusivos a la hora de abordar las necesidades de toda la población. La pandemia ha demostrado, sin lugar a duda, que necesitamos el compromiso de todos con la salud y el bienestar, de una manera que no deje a nadie atrás.

Este año, la cooperación técnica de la OPS se ha centrado no solo en ayudar a los países a responder a la pandemia, sino también en salvaguardar el progreso logrado hacia la salud universal. En este informe anual se examinan nuestras contribuciones y logros, y se refuerza la misión principal de la OPS por medio de nuestro enfoque en el nivel de país, reconociendo que el progreso hacia el desarrollo sostenible depende de la mejora de la salud a nivel local y nacional.

Carissa F. Etienne  
Directora de la Organización Panamericana  
de la Salud



El 10 de marzo del 2020, un día antes de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) declarase que el brote de COVID-19 era una pandemia, se detectó el primer caso de esta enfermedad en Bolivia (Estado Plurinacional de). Sin embargo, desde la alerta de salud internacional emitida en enero de dicho año, la Representación de la OPS ha trabajado en coordinación con las autoridades nacionales y los organismos del sistema de las Naciones Unidas, así como bilaterales, en todos los procesos de preparación y contención de la crisis de salud, concentrándose en la coordinación interministerial, la mejora de la capacidad diagnóstica, la implementación de medidas de salud pública, el fortalecimiento de los servicios de salud, la continuidad de los servicios esenciales de salud y una estrategia de comunicación.

La pandemia puso a prueba el sistema de salud del país y transformó la dinámica social y económica, con impacto en la vida de miles de familias.

La Representación también hizo varias adaptaciones, implementó nuevas herramientas tecnológicas y formas de comunicación que nos permitan sentirnos cerca como equipo, y reforzó los valores organizacionales para garantizar las condiciones laborales y el balance entre trabajo y vida familiar de todo el personal.

El liderazgo de Alfonso Tenorio, representante interino de la OPS en Bolivia (Estado Plurinacional de) hasta inicios de noviembre del 2020, fue clave para mantener la cooperación técnica preservando la neutralidad política y la unidad del equipo de la Representación. Reconocemos el esfuerzo realizado por las autoridades nacionales en respuesta a esta pandemia y el reto que ha implicado para

la población, al tener que buscar un balance entre salud y economía.

Desde la Representación ratificamos nuestro compromiso de seguir trabajando junto a todos los sectores del país para enfrentar esta emergencia de salud y contribuir a restablecer la salud y el bienestar de la población boliviana.

Alma Morales Salinas  
Representante de la OPS en el Estado Plurinacional de Bolivia



# Cooperación técnica de la OPS

Las principales líneas estratégicas de la cooperación técnica incluyen:

- Fortalecimiento de la rectoría hacia la salud universal.
- Apoyo al liderazgo nacional para ampliar el acceso a cuidados de la salud y protección financiera, con miras a la salud universal.
- Defensa e implementación nacional de atención primaria de la salud (APS), a través de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI).
- Abordaje de la salud en el curso de la vida, para cerrar brechas en salud materna e infantil, así como en enfermedades transmisibles, no transmisibles y salud mental; y de la emergencia en salud.
- El 2020 fue excepcional por la crisis de salud que generó la pandemia de COVID-19, por lo que la estrategia de cooperación en el país tuvo que ser adaptada para apoyar la preparación y respuesta a la COVID-19 con acciones de control y mitigación, así como procurar dar continuidad a los servicios esenciales de salud en Bolivia (Estado Plurinacional de).

# Sistema y servicios de salud

En el 2020 se priorizó el apoyo técnico al país con acciones de preparación y respuesta frente a la COVID-19. Hubo 57 hospitales y 16 redes de salud que mejoraron su preparación en áreas críticas como emergencias, triaje, hospitalización y unidades de terapia intensiva (UTI), tras la aplicación de la lista de verificación de la disposición operativa para la respuesta a la COVID-19 y la valoración de condiciones esenciales para servicios de salud (VCE). Se identificó el requerimiento de recursos humanos, equipamiento y medicamentos en los 43 hospitales designados para atención de COVID-19 a nivel nacional. El primer nivel de atención se vio fortalecido para el manejo temprano de pacientes con COVID-19, para asegurar la continuidad de los servicios esenciales e implementar una estrategia de vigilancia comunitaria activa.



**3.200**  
profesionales capacitados  
en el manejo de la  
COVID-19



**57**  
hospitales evaluados  
para mejorar su  
preparación y  
atención de la  
COVID-19

## Adecuación de los servicios de salud para mitigar la COVID-19

Un desafío inmediato del 2020 fue mejorar la respuesta, adecuar y reconvertir los establecimientos de salud para enfrentar la gran demanda de pacientes por COVID-19.

Con los resultados de la lista de verificación de la disposición operativa para la respuesta a la COVID-19 y la VCE, se orientó la adecuación de los establecimientos de primer nivel y los hospitales; del mismo modo, se acompañó la ampliación de la hospitalización para COVID-19, reduciendo los servicios no imprescindibles como cirugía electiva, ginecología, medicina interna, oftalmología y odontología.

Se desarrollaron programas amplios e intensos de capacitación en los tres niveles

de atención. Inicialmente, se priorizaron las medidas de prevención y control de infecciones, incluido el uso apropiado de equipos de protección personal (EPP).

Con la plataforma del Campus Virtual de Salud Pública (CVSP) de la OPS y las teleconferencias sincrónicas, se alcanzó a capacitar a 3.200 trabajadores de salud. A continuación, se les entrenó en el manejo de casos leves, moderados y severos. Se brindó especial atención a la capacitación de las brigadas de vigilancia comunitaria activa para la detección y el aislamiento temprano de casos y contactos. Finalmente, se realizó un seguimiento de los hospitales COVID-19, verificando que hubiesen recibido el personal y los equipos programados, así como funcionamiento estandarizado.



## Disposición operativa de hospitales

- Preparación y distribución de guías y protocolos basados en lineamientos de la OPS y la OMS. Ciento sesenta y dos profesionales médicos y de enfermería de los hospitales para la COVID-19 recibieron los archivos en formato electrónico y se inscribieron en cursos del CVSP.
- Evaluación y formulación de planes de mejora en 57 hospitales a nivel nacional y 32 centros de salud integral (CSI) en Oruro y La Paz.
- Aplicación de la herramienta de VCE, priorizando la evaluación de servicios de emergencia, triaje, hospitalización y UTI.
- Capacitaciones para el manejo de los equipos de ventilación mecánica en los hospitales de Beni, Cochabamba, Pando, Santa Cruz y Tarija, en coordinación con la Agencia de Infraestructura de Salud y Equipamiento Médico (AISEM) al momento de su instalación.

## Fondo estratégico: suministro de equipos de protección personal y pruebas de PCR y de antígenos

- Apoyo a la gestión logística de la Central de Abastecimiento y Suministros en Salud (CEASS) para adquisición, almacenamiento y distribución (abastecimiento de equipos especializados, medicamentos, materiales, insumos y EPP, con la donación de 46 toneladas).
- Formulación de especificaciones técnicas de equipos e insumos para ser adquiridos sobre la base de las guías oficiales de la OPS.

**Los suministros son fundamentales para la efectividad de la atención de las emergencias de salud.**

## Estrategia de vigilancia comunitaria activa

En el posconfinamiento que tuvo lugar después de la primera ola de COVID-19 en septiembre del 2020 se apoyó la formulación de la estrategia de vigilancia comunitaria, que recoge las experiencias y lecciones aprendidas durante la primera ola de COVID-19 para prevenir y contener rápidamente un rebrote. Esta estrategia orientó la recuperación y dio continuidad a los servicios de salud esenciales que se vieron afectados durante la pandemia.

### Brigadas de vigilancia comunitaria (BVC)

Total de brigadas programadas	<b>717</b>	Total nacional de redes	<b>77%</b>
Total de recursos humanos	<b>2.988</b>	Total de municipios	<b>68%</b>

### Vigilancia comunitaria activa

#### Objetivos

- Procurar la detección temprana de casos a nivel domiciliario y en grupos de riesgo.
- Reforzar la información al público y motivar su participación efectiva.
- Involucrar a la comunidad en la vigilancia epidemiológica.
- Realizar investigación operativa a nivel comunitario.



#### Acciones

- Búsqueda activa y detección de casos.
- Dotación de kits de medicamentos para casos positivos leves.
- Derivación a un centro de recuperación, como un centro de salud integral o un hospital de segundo nivel.
- Monitoreo de contactos.
- Educación, higiene de manos, distanciamiento y aislamiento domiciliario.
- Medidas de sostén, nutricionales y de apoyo psicológico a la familia.
- Detección y seguimiento de pacientes con enfermedades no transmisibles (ENT), como hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia renal.

### Recuperación posconfinamiento

Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad sobre la base de la estrategia de APS. Servicios de calidad, integrales, integrados, continuos, con un primer nivel de atención que tenga mayor capacidad resolutive.

### Telemedicina

Consulta y seguimiento virtual mediante *call center*

Fortalecimiento y priorización de la prevención y la promoción

Continuidad de las BVC para brindar servicios esenciales

Enfoque integral de vigilancia y atención comunitaria con participación de promotores, nutricionistas, fisioterapeutas y psicólogos





## El municipio que no conoce la COVID-19

**B**elén de Andamarca es un municipio rural ubicado en el departamento de Oruro, al suroeste de Bolivia (Estado Plurinacional de). Forma parte de la Red de Salud Poopó, mismo nombre del lago que quedó desértico en el 2015.

Con una población de 1.550 habitantes, que viven a 3.833 m s.n.m., es en la actualidad uno de los pocos municipios bolivianos donde la COVID-19 no ingresó.

Al principio, los profesionales de salud de Belén de Andamarca sintieron miedo. Brigit Villarroel, jefa médica del lugar, cuenta que vivían momentos muy difíciles, con el miedo de contraer el virus y contagiar a la familia. También sentían impotencia por los médicos y otras personas que iban falleciendo en la ciudad.

¿Cómo evitaron la llegada del virus? Con organización comunitaria. Formaron un comando de emergencia municipal (COEM) que asumió medidas y estrategias de prevención. Sabino Chávez Machaca, Mallku (autoridad originaria) de la Marka de Belén de Andamarca, dijo que optaron por el encapsulamiento, para evitar el ingreso de no residentes. El personal del único centro de salud de internación de primer nivel y de las tres postas de salud existentes (Real Machacamarca, Cruz de Huayllamarca y Calama) se capacitaron en medidas de prevención, uso del EPP, detección temprana y vigilancia comunitaria, casa por casa, con participación de la comunidad, con el apoyo de la Agencia de Cooperación Internacional de Corea (KOICA, por su sigla en inglés) y de la OPS.

En palabras de Alipio Valencia Morales, Jilakata de Belén de Andamarca: “Si un familiar llegaba de Oruro teníamos que mandarlo sí o sí al hospital para que se haga su triaje”.

Para leer más sobre esta historia, véase: [www.paho.org/bol](http://www.paho.org/bol).



## Redes Integradas de Servicios de Salud

**S**e fortalecieron 16 Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en La Paz y Oruro para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de la COVID-19 y también para garantizar que la población de mayor riesgo reciba atención oportuna y continua de sus enfermedades de base.

La vigilancia comunitaria activa, con 717 brigadas desplegadas en 80 RISS, permitió sostener la atención de servicios esenciales sin que la población tuviera que acudir necesariamente a los servicios de salud.

El trabajo en comunidad, articulado con los servicios, permitió y permite incidir con mayor éxito en los factores de riesgo, asociados también a los determinantes sociales de la salud.

**“Las RISS son la expresión operativa de la APS para una atención integral, continua y de calidad, con eficiencia y efectividad”.**

Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas núm. 4: RISS Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010.

### Adecuación de la red de servicios

Fortalecimiento de las coordinaciones de red



- Continuidad de servicios esenciales
- Telesalud y telemedicina
- Reorganización de servicios regulares con enfoque de red

Fortalecimiento del primer nivel de atención

Conformación de brigadas de vigilancia comunitaria (BVC)



Mejoramiento de la capacidad resolutive



Atención, control y seguimiento a distancia (telemedicina)





# Enfermedades transmisibles

En el 2020, Bolivia (Estado Plurinacional de) no solo debió contener la transmisión acelerada y el impacto de la COVID-19, sino que tuvo que afrontar diversas amenazas causadas por enfermedades transmisibles y el desafío de mantener los logros alcanzados en cuanto al control y la eliminación de otras enfermedades.

## Veinte años sin sarampión

Año  
**2000**  
Último caso confirmado de sarampión

Año  
**2016**  
Certificación de eliminación de sarampión

**Bolivia (Estado Plurinacional de) mantiene su condición de país libre de sarampión, como resultado de las campañas masivas de vacunación aplicadas durante décadas, así como gracias a la participación de la comunidad, las campañas de comunicación y la estricta vigilancia epidemiológica.**

En el 2020, en plena pandemia de COVID-19, el Ministerio de Salud y Deportes, con la cooperación técnica de la OPS, tuvo que desplegar una exhaustiva investigación epidemiológica y realizar una vacunación intensiva en los municipios de Santa Cruz y Cotoca ante dos casos importados de sarampión, y así logró evitar la reintroducción del virus en el país.

El riesgo de importación del sarampión en Bolivia (Estado Plurinacional de) es muy alto, debido a la existencia de brotes epidémicos importantes en los países vecinos y en otros países del mundo. A este factor se suma el riesgo de propagación de un brote, por algún caso importado, debido a una menor cobertura de vacunación, particularmente en los dos últimos años.

¿Cómo es que el país es uno de los pocos que mantiene la condición de país sin casos autóctonos de sarampión? Ante todo, por la fortaleza de su Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que persistió en el esfuerzo de preservar las coberturas de vacunación a pesar de la pandemia, con énfasis en municipios urbanos y fronterizos, capacitando al personal de salud de todos los niveles y haciendo vigilancia estricta de casos sospechosos e investigación epidemiológica rigurosa ante la confirmación de casos importados. Con estos esfuerzos, año tras año, incluso durante el 2020, Bolivia (Estado Plurinacional de) completó 20 años sin casos autóctonos.



## La Capilla, un servicio de salud rural de primer nivel comprometido con las vacunas

“**H**oy es un día muy especial, nos toca reunirnos con los niños de la comunidad. Hay que vacunarlos, hay que librarles de enfermedades que son prevenibles. Algunas mamás no quieren vacunar a sus wawas (niños); por eso, debemos conversar con ellas para que entiendan la importancia de las vacunas”, así comienzan las directivas que proporciona Ariel Guzmán, Director del Hospital Ascencio Villarroel de Punata, área rural de Cochabamba, a las vacunadoras de los centros de salud de la zona.

El Centro de Salud La Capilla es un servicio rural de primer nivel ubicado en el municipio de Punata, a unos 45 minutos de Cochabamba. Se trata de un establecimiento que ayuda a la población a proteger su salud en los valles de la región.

Una de las tareas principales de La Capilla es planificar la vacunación con el fin de llegar a todos los niños y las niñas de la comunidad.

Parte importante de la planificación para la vacunación es la participación de los líderes de la zona.

Don Lorenzo Camacho Paredes es dirigente de la comunidad; gracias a él las familias de las distintas zonas se organizan

para recibir a las vacunadoras y ser atendidas respetuosamente, y así lograr la aceptación de las vacunas en la comunidad.

Vanessa Camacho, una de las vacunadoras, señala: “Es un trabajo un poco sacrificado. Al salir a la comunidad hay largos tramos que recorreremos bajo sol o a veces con lluvia, pero tenemos que llegar con las vacunas para alcanzar las metas y tener la satisfacción de que los niños estén vacunados”.

El municipio de Punata es principalmente agrario y tiene una población dispersa entre los campos de maíz y otros cereales, lo cual dificulta el acceso de las vacunas a los hogares más alejados.

En algunas familias aún existe reticencia a las vacunas; algunas personas piensan que las enferman, por las reacciones que pueden provocar. Sin embargo, la conversación asertiva y la confianza que generan vacunadoras como Vanessa hacen posible cumplir con las dosis en todos los hogares de la zona.

Para leer más sobre esta historia, véase: [www.paho.org/bol](http://www.paho.org/bol).



**“Algunas mamás no quieren vacunar a sus wawas (niños); por eso, debemos conversar con ellas para que entiendan la importancia de las vacunas”.**

Ariel Guzmán, Director del Hospital Ascencio Villarroel de Punata



## El azote de una epidemia de dengue

Gracias a la coordinación intersectorial y el trabajo articulado de los niveles nacional, departamental y municipal, en el 2020 Bolivia (Estado Plurinacional de) logró controlar una grave epidemia de dengue, la peor de los últimos 10 años. Comparado con el 2019, el incremento de casos llegó a 79%. La participación de la comunidad y los medios de comunicación desempeñaron un papel clave en el control de la epidemia, que tuvo su mayor impacto en Santa Cruz de la Sierra, Villa Tunari, Shinaota,

Puerto Villarroel, San Borja, Trinidad y Cobija.

Con la participación de expertos nacionales e internacionales de la OPS, se apoyó el fortalecimiento de las redes de salud para la atención de los casos de dengue en sus estadios iniciales, la clasificación de los casos en el primer nivel, de acuerdo con la gravedad, y su oportuno traslado a establecimientos de segundo y tercer nivel de atención.

La capacitación a través del Programa Nacional de Telesalud

para el diagnóstico y el manejo de casos fue clave para evitar la mortalidad.

El control de la epidemia de dengue y la mitigación de su impacto también se logró por las acciones intensivas de eliminación de los criaderos del mosquito, mediante la promoción de mingas, que contaron con la participación de la comunidad, en cuyo caso el rol de vecinos, estudiantes universitarios, fuerzas armadas, medios de comunicación y autoridades locales fue fundamental.

A pesar de la carga importante que la pandemia de COVID-19 impone a los sistemas de salud, es necesario mantener los esfuerzos en el marco de la *Estrategia de gestión integrada para la prevención y el control de las enfermedades arbovirales en las Américas* de la OPS, que incluye acciones de vigilancia epidemiológica, atención al paciente, laboratorio, gestión integrada de vectores, comunicación de riesgos y medioambiente.



## Chagas: cerca de eliminar la transmisión dentro de los domicilios

Como resultado de un esfuerzo articulado de los niveles nacional, departamental y municipal, en el 2020 el Ministerio de Salud y Deportes documentó la eliminación de la transmisión vectorial intradomiciliar de Chagas en 62 municipios endémicos. Este logro se suma a la eliminación previa de otros 62 municipios en las últimas décadas, lo que representa una reducción de 154 municipios endémicos en 1999 a 30 municipios en esas condiciones en el último año. La más reciente evaluación nacional, realizada con apoyo de la OPS, muestra que la tasa de infestación del vector dentro de las viviendas es menor de 1% y que la prevalencia de la enfermedad en menores de 5 años también se encuentra por debajo de 1%. Estos resultados se produjeron gracias a las intervenciones coordinadas entre el Ministerio de Salud y Deportes, los Servicios Departamentales

de Salud (SEDES) de los departamentos endémicos y los gobiernos autónomos municipales, que incluyeron el control intensificado del vector, el diagnóstico y el tratamiento oportunos en sus intervenciones de salud. Estos avances permitirán que en el 2021 Bolivia (Estado Plurinacional de) solicite una evaluación internacional para certificar la eliminación del vector del Chagas en los 62 nuevos municipios, con lo que el país documentará el control vectorial en 88% de los municipios endémicos. Con el mantenimiento de prioridad gubernamental desde el más alto nivel, el compromiso técnico de los responsables de este programa en todos los niveles y la participación de la comunidad, el país se acercará a una de sus metas más preciadas en salud: la eliminación de la transmisión de Chagas.



# Enfermedades no transmisibles

La pandemia de COVID-19 significó un desafío para las enfermedades no transmisibles (ENT) en Bolivia (Estado Plurinacional de), considerando que los adultos mayores son el grupo de población con mayor probabilidad de enfermarse gravemente a causa de la COVID-19, así como quienes padecen de cáncer, diabetes, dolencias cardiovasculares o enfermedades respiratorias crónicas. Durante el 2020, el Ministerio de Salud y Deportes y la OPS generaron y consolidaron información (evidencia) nacional para apoyar al país en la definición de estrategias destinadas a responder a las ENT durante la pandemia de COVID-19 y después de esta.

## Información para la toma de decisiones ante enfermedades no transmisibles

En el 2020 los datos producidos por las encuestas del 2018 y el 2019 sobre factores de riesgo y protección para las ENT<sup>1</sup> ayudaron a Bolivia (Estado Plurinacional de) en la toma de decisiones relevantes para el país. En este contexto, se destaca la información de apoyo para el planteo de la Ley 1.223, del 5 de septiembre del 2019, denominada Ley del Cáncer; para la redacción, el debate y la promulgación de la Ley 1.280, del 13 de febrero del 2020, denominada Ley de

Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco; así como para estimar la cantidad (porcentaje) de la población con mayor riesgo y riesgo alto de contraer la COVID-19 grave, debido a sus condiciones de salud subyacentes, datos relevantes para proyectar el Plan para la Vacunación Contra el Coronavirus COVID-19.

La producción de información confiable constituye un pilar imprescindible para apoyar a

los países en la formulación, implementación, evaluación y actualización de políticas públicas, mucho más en tiempos de emergencias de salud.

<sup>1</sup> Encuesta Mundial de Salud de Escolares (GSHS por su sigla en inglés), Encuesta Mundial sobre Tabaco en Jóvenes (GYTS por su sigla en inglés) y Encuesta STEPS para la Vigilancia de Factores de Riesgo de las Enfermedades No Transmisibles.



**NO DEJES QUE EL TABACO  
TE quite LA RESPIRACIÓN**

**ELIGE SALUD NO TABACO**

**31 DE MAYO DÍA MUNDIAL SIN TABACO #SinTabaco**



**OPS**



**JUNTOS, VENCEREMOS  
EL CONSUMO  
DE TABACO**



**FCTC**  
CONVENIO MARCO DE LA OMS  
PARA EL CONTROL DEL TABACO  
SECRETARÍA

## Recepción del premio del Día Mundial Sin Tabaco 2020

En el 2020 tres instituciones bolivianas, la Asamblea Legislativa Plurinacional, el Ministerio de Salud y Deportes y la Alianza Bolivia Libre Sin Tabaco, una organización sin fines de lucro de la sociedad civil, compartieron el premio que cada año otorga la OMS por su papel en la aprobación de la Ley 1.280, del 13 de febrero del 2020, Ley de Prevención y Control al Consumo de los Productos de Tabaco, que incluye la adopción de entornos ciento por ciento libres de humo en lugares públicos y en lugares de trabajo cerrados, de modo que Bolivia (Estado Plurinacional de) se convirtió en el vigésimo primer país de las Américas en hacerlo.

Las tres organizaciones mencionadas recibieron el premio el 31 de mayo, fecha en que se conmemora el Día Mundial Sin Tabaco, una efeméride promulgada por la OMS con el objetivo de informar y concienciar sobre los efectos nocivos y letales del consumo de tabaco y de la exposición pasiva al humo del tabaco. La fecha, instituida en 1987 por la OMS y sus asociados mundiales, fue una oportunidad para divulgar los resultados de la GYTS una iniciativa de Liberarse del Tabaco, capítulo Bolivia (Estado Plurinacional de), y concientizar a la población joven sobre los efectos nocivos y letales del consumo de tabaco, la exposición al humo de tabaco ajeno, y disuadir del consumo en cualquiera de sus formas.

Uno de los resultados más llamativos de la encuesta reveló que 43,7% de los jóvenes bolivianos estuvo expuesto a publicidades de productos de tabaco en los puntos de venta y recibió cigarrillos sin costo de representantes de empresas tabacaleras (9,9%). El desafío en Bolivia (Estado Plurinacional de) es avanzar hacia la reglamentación de la Ley 1.280, para contar con una prohibición integral, que involucre a los puntos de venta de productos de tabaco, y controlar estrictamente el cumplimiento de esta medida.



## Fortalecimiento de los servicios esenciales de salud

A fin de mejorar la calidad de la atención de la diabetes y la hipertensión arterial (HTA), mediante el fortalecimiento del sistema de información de atención primaria, de modo de asegurar la disponibilidad de información clave para monitorear el tratamiento, el control y las complicaciones de estas enfermedades, y así reducir al mínimo la incertidumbre para la toma de decisiones, se colaboró con el gobierno en la realización de las siguientes acciones:

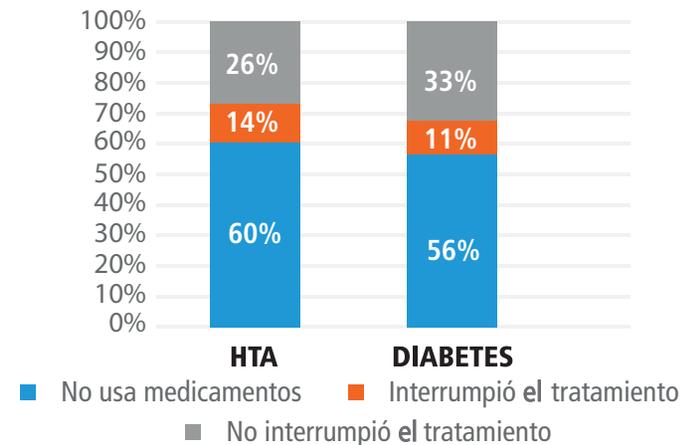
- Desarrollo de la plataforma web y móvil para el manejo del registro nominal de diabetes e hipertensión del Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles y

gestión para la implantación de la Iniciativa Hearts en el 2021.

- Elaboración de un documento sobre el fortalecimiento de los servicios esenciales de salud no diferibles para poblaciones en situación de vulnerabilidad en el contexto de la pandemia de COVID-19, con recomendaciones para ENT.

Asimismo, del 8 al 18 de agosto del 2020, se llevó a cabo la primera encuesta telefónica sobre el impacto de la COVID-19 en la salud mental y en las ENT en Bolivia (Estado Plurinacional de), cuyos principales hallazgos se reflejan en la figura siguiente.

Tratamiento de la hipertensión (HTA) y la diabetes desde el comienzo de la pandemia de COVID-19, 2020



**7%**  
de la población manifestó haber sido diagnosticada con hipertensión por un profesional de la salud

**15%**  
de los encuestados comunicó haber sido diagnosticado con azúcar elevada en sangre o diabetes

# La salud a lo largo de la vida

A pesar de que durante el 2020 las actividades de salud se han centrado en la respuesta a la pandemia, la OPS mantuvo su atención en temas inherentes a la salud a lo largo de la vida, velando por la garantía de los servicios esenciales para recién nacidos, niños y niñas, adolescentes, mujeres y personas de la tercera edad.

## Continuidad de los servicios esenciales de salud en el curso de la vida

Gracias a la cooperación técnica de la OPS con el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de), y con el financiamiento de la Fundación Bill y Melinda Gates, un estudio permitió identificar los efectos de la pandemia de COVID-19 en los servicios esenciales de salud para mujeres, recién nacidos, niños y niñas, adolescentes y personas mayores de cinco redes de salud del municipio de El Alto, uno de los más poblados del país. Estos servicios incluyeron el control prenatal, el parto institucional, la anticoncepción moderna, la tercera

dosis de vacuna pentavalente, la atención de infecciones respiratorias agudas en menores de 5 años, etc.

Controlar la pandemia se convirtió en una prioridad nacional que, combinada con las medidas estatales restrictivas de las cuarentenas, la escasa disponibilidad de transporte, el cierre de las escuelas (incluida la clausura del año escolar) y el miedo de la población al contagio por asistir a un establecimiento de salud, derivó en dificultades de acceso a los servicios esenciales regulares e interrupciones en la cadena de suministro de

anticonceptivos, medicamentos e insumos, lo cual ha puesto en riesgo la salud y la vida de la población y, en especial, de las mujeres, las y los recién nacidos, las y los adolescentes y las personas mayores.

El estudio realizado durante el 2020 permitió conocer y compartir estrategias, desafíos y lecciones aprendidas que sirvieron para que el Ministerio de Salud y Deportes tomara medidas para mitigar la interrupción de los servicios esenciales de salud por efecto de la pandemia.



**La mortalidad materna es uno de los indicadores más sensibles de la calidad de los servicios de salud.**

## La mortalidad materna como un indicador del impacto de la pandemia

La pandemia de COVID-19 permite observar muy bien el impacto directo e indirecto de algunas medidas de salud pública sobre los servicios de salud. La escalada de casos de COVID-19 en la población general preocupó a la OMS y a la comunidad internacional sobre el probable incremento de casos en mujeres embarazadas y su posible relación con la muerte materna.

En este marco, el Ministerio de Salud y Deportes, en coordinación con la OPS y el Centro Latinoamericano de Perinatología (CLAP), desarrolló y actualizó la plataforma SIP-COVID-19, conforme al protocolo Base Colaborativa Latinoamericana de Muerte Materna. Esto permitió contar con una base de datos actualizada sobre casos de mujeres embarazadas positivas por COVID-19, así como

el número de muertes maternas vinculadas a la COVID-19 y generar evidencia para mejorar los servicios esenciales de atención de mujeres embarazadas y las estrategias de intervención.

# Violencias

En las Naciones Unidas se alertó que el confinamiento a nivel mundial por la COVID-19 aumentó la exposición de menores de edad y de mujeres a hechos de violencia y abuso sexual. En general, las medidas de confinamiento y la prestación interrumpida de servicios de protección a la mujer y a las niñas y los niños exacerbaron la vulnerabilidad de estos grupos poblacionales. Los peligros a los que se expone la vida de las víctimas durante las medidas no farmacológicas se incrementaron porque, en un momento de encierros y de aislamiento en el hogar y en otros lugares, las mujeres y los niños y las niñas corren un mayor riesgo de sufrir violencia y explotación, así como problemas de salud mental. Durante el 2020 se trabajó para garantizar el acceso a los servicios de salud para la atención a víctimas de violencia física y sexual, debido a que el contar con infraestructura y equipamiento no garantiza una atención de calidad si no se cuenta también con recursos humanos para la salud que estén capacitados. Por lo tanto, la OPS apoyó el fortalecimiento de las competencias y habilidades para la atención de casos de violencia y poder dar así una respuesta integral a esta problemática.

## El impacto de la pandemia en la violencia contra la mujer

**D**urante el 2020, Bolivia (Estado Plurinacional de) registró 113 feminicidios, 83 de los cuales ocurrieron durante el período de la cuarentena rígida establecida por el gobierno como una medida de contención de la pandemia de COVID-19, lo que sugiere un incremento de la violencia al interior de los hogares, contra las mujeres y niñas, en un espacio y con las personas que debían protegerlas.

Con el propósito de evaluar el impacto de la cuarentena por COVID-19 en la violencia contra las mujeres y niñas bolivianas, el Ministerio de Salud y Deportes, con el apoyo de la OPS, condujo un estudio en 10 municipios de los tres departamentos más poblados del país: La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Fue necesario que el Ministerio de Salud y Deportes trabajara en coordinación con otras instancias gubernamentales encargadas de la

prevención y atención de las víctimas de violencia, así como organizaciones de la sociedad civil, para dar una respuesta oportuna, de modo de minimizar el daño en las mujeres y niñas violentadas, brindar capacitaciones al personal de estas instituciones para un manejo que impida la revictimización reiterada,



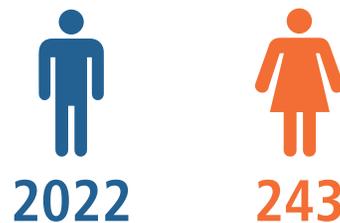
y realizar campañas comunicacionales para cambiar conductas que tienden a aceptar la violencia como algo normalizado.

Las lecciones aprendidas y recomendaciones del estudio permitirán tomar las medidas necesarias para disminuir la violencia contra la mujer en el resto del período de control de la pandemia y garantizar la coordinación intersectorial para atender efectivamente a las mujeres y las niñas víctimas de la violencia.

## Respuesta integral a la atención de casos de violencia intrafamiliar y violencia sexual

**D**urante la cuarentena, los mayores agresores en el país han sido los varones, contra los cuales ha habido 18.206 denuncias, a quienes les siguen las mujeres,

### Registro de agresores varones y mujeres, enero a agosto del 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del seminario en línea *Reflexiones desde la masculinidad sobre la violencia machista*, Fuerza Especial de Lucha Contra la Violencia (FELCV), octubre del 2020.

con 2.190 denuncias. Estas últimas ejercieron principalmente violencia física, mientras que los hombres ejercieron desde violencia intrafamiliar hasta violencia sexual.

Los datos notificados indican que las tres ciudades con mayor cantidad de denuncias por violencia contra las mujeres son: en primer lugar, Santa Cruz, con 8.005 casos; en segundo lugar, La Paz, con 3.624 casos y, en tercer lugar, Cochabamba, con 2.495 casos.

De acuerdo con datos del Ministerio Público, de enero a mayo del 2020 la violencia intrafamiliar ha predominado en la cuarentena, con una incidencia de 89,60%, seguida

de las violaciones sexuales a niños, niñas y adolescentes (6,15%); y luego, los feminicidios derivados de la violencia intrafamiliar (2,68%).

Frente a esta realidad, se apoyó al Ministerio con la capacitación de 1.261 profesionales de la salud de 62 hospitales en el Modelo de Atención Integral a Víctimas de Violencia Sexual, con el objeto de fortalecer los recursos humanos para la salud durante la pandemia de COVID-19, y se implementó el Plan de Contingencia para la Prevención de la Violencia en el Contexto de la COVID-19, herramienta fundamental para garantizar la atención de grupos vulnerables en situación de violencia.

# Emergencias de salud

El apoyo a la respuesta ante las emergencias de salud forma parte de la rutina de cooperación técnica de la OPS en Bolivia (Estado Plurinacional de) cada año. Dichas emergencias suelen estar relacionadas con brotes epidémicos de dengue y de virus inusitados, así como con desastres naturales; por ejemplo, inundaciones, incendios forestales y deslizamientos. En el 2020, además de las emergencias esperadas, la cooperación se concentró en la respuesta a la pandemia de COVID-19.

## La coordinación, clave para la respuesta nacional a la pandemia

Desde enero del 2020 la OPS acompañó al Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (Estado Plurinacional de) en el monitoreo de un posible brote de COVID-19, la socialización de guías y protocolos, y la difusión de información epidemiológica. En marzo del 2020, tras la confirmación de los dos primeros casos de COVID-19, la OPS, junto con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas en el país, apoyó la conformación de la Sala de Coordinación Estratégica conformada por varios ministerios, el Centro de Operaciones de Emergencia Nacional (COE) y la cooperación internacional.

En el marco de la Sala de Coordinación Estratégica se respaldó al Ministerio de Salud y Deportes en la elaboración del Plan Estratégico Nacional contra la COVID-19, en sesiones técnicas con las áreas del Ministerio de Salud y Deportes con las que se realizó una evaluación de la capacidad nacional para enfrentar la emergencia. El plan incluyó cuatro líneas estratégicas: el fortalecimiento de la capacidad de diagnóstico, el aislamiento de casos, el refuerzo de la gestión hospitalaria y el monitoreo de contactos. Entre noviembre y diciembre del 2020 se brindó cooperación técnica directa al Ministerio de Salud y Deportes para la actualización y armonización del Plan

Estratégico Nacional de Lucha contra la COVID-19 en línea con la estrategia mundial de la OMS frente a la COVID-19.



## La comunicación de riesgos: un elemento clave para la respuesta a la pandemia

Comunicar e informar a la población sobre los riesgos para la salud que plantea la COVID-19, así como lo que pueden hacer las personas para protegerse, es la mejor manera de contribuir a mitigar la propagación y reducir la cantidad de casos de contagio en Bolivia (Estado Plurinacional de).

De este modo, se colaboró con el Ministerio de Salud y Deportes, así como otras instancias del Estado, para la puesta en marcha de acciones de comunicación de riesgos enmarcadas en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y lineamientos globales para la respuesta, la prevención y el control de la COVID-19.

La implementación del Plan Estratégico Nacional Contra la COVID-19 comprendió el asesoramiento técnico en comunicación

de riesgos multinivel, multisectorial y multiactor, enfatizando la coordinación con socios y aliados; la comunicación pública; la participación de la comunidad; el abordaje de la incertidumbre, las percepciones de riesgo y la gestión de la desinformación; e impulsó el fortalecimiento de capacidades.

En respuesta a la pandemia, se han realizado múltiples esfuerzos, con al menos siete encuestas para comprender las percepciones y actitudes cambiantes de las personas, y las barreras y los facilitadores que influyen en su capacidad y motivación para adoptar o mantener comportamientos de salud positivos. Esta evidencia socioconductual permitió analizar e identificar formas de reducir los riesgos. El desafío sigue siendo el mismo: basados en evidencia, trabajar en y con las comunidades.



## Comunidades indígenas empoderadas ante las emergencias

Las poblaciones indígenas de toda la Región de las Américas han mostrado un alto grado de vulnerabilidad ante la pandemia de COVID-19 y Bolivia (Estado Plurinacional de) no ha sido la excepción. El apoyo ofrecido por la OPS al país en cuanto a la respuesta a la COVID-19 incluyó la implementación de una iniciativa en comunidades indígenas guaraníes de los municipios de Gutiérrez, Lagunillas y Camiri del departamento de Santa Cruz, el municipio de Huacaya del departamento de Chuquisaca y el pueblo Yuqui del departamento de Cochabamba. Esta intervención incluyó el desarrollo de protocolos de atención con adecuación cultural, así como capacitación en prevención y control de infecciones, manejo y atención

de brotes, y dotación de personal de salud y agentes comunitarios de salud. Adicionalmente, se implementó una estrategia de comunicación del riesgo, se instalaron puntos de lavado de manos en establecimientos de salud y se difundió un conjunto de materiales audiovisuales, como productos radiales, impresos, videos y otras herramientas en lenguas biaye y guaraní, culturalmente adaptados, y en algunos casos, trabajados junto a las comunidades.

Esta intervención fue clave para comprender las brechas generales que existen en estas poblaciones para la contención de COVID-19, las oportunidades de intervención con apoyo de otros organismos y cooperantes, y las fortalezas del Ministerio de Salud y Deportes,



© Editorial Canelas/El Deber

de los Servicios Departamentales de Salud y de las mismas comunidades.

Lo más destacado de esta iniciativa ha sido que su diseño, implementación y evaluación contaron con la participación efectiva de la comunidad, lo que permitió no solamente el logro satisfactorio de los objetivos sino también, y principalmente, el empoderamiento de las comunidades en los procesos de preparación y respuesta ante las emergencias en salud.

## Reglamento Sanitario Internacional: responder mejor a la pandemia

El 2020, primer año de la pandemia de COVID-19, fue un desafío para que los países pusieran a prueba los mecanismos de preparación y respuesta ante las emergencias de salud en el ámbito mundial, y el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) desempeñó un papel fundamental en la respuesta a la pandemia. En Bolivia (Estado Plurinacional de), la OPS brindó al Ministerio de Salud y Deportes recomendaciones actualizadas, día a día, con referencia al manejo de la pandemia, en el marco del RSI.

De esta manera, el país cumplió dichas directivas compartiendo la información del curso de la pandemia de manera ininterrumpida, desde el primer caso (marzo del 2020) en adelante. Para lograr estos objetivos, fue relevante el fortalecimiento del Centro Nacional de Enlace al interior de la Unidad de Epidemiología del Ministerio de Salud y Deportes.

La activación de puntos de entrada aéreos, en coordinación con los sectores involucrados,

fue determinante para difundir y aplicar directivas para el tráfico aéreo internacional y nacional en diferentes momentos del curso de la pandemia, así como para seleccionar de manera dinámica los países y ciudades desde los cuales se autorizó el tránsito internacional, a fin de mitigar el riesgo de casos importados de infección por SARS-CoV-2. Como parte de este fortalecimiento de capacidades se realizaron varios simulacros en los aeropuertos internacionales involucrados.

# Salud mental

La salud mental en tiempos de COVID-19 asumió una importancia no antes vista, debido a los efectos físicos y psíquicos sobre la población que derivaron en trastornos mentales. En este contexto, se presentó el desafío de brindar apoyo al personal de servicios sociales de la primera línea de atención para el manejo del estrés, el miedo, la ansiedad y la angustia, toda vez que la salud mental pasó a considerarse una prioridad nacional. A ello debió sumarse el reto de saber que, sin un buen manejo de las enfermedades mentales, la discriminación y el miedo aumentan y se constituyen en una amenaza adicional.

## Cómo la COVID-19 puso la salud mental en un lugar prioritario

La necesidad de estructurar y mantener la Red Nacional de Atención en Salud Mental Integral a nivel nacional fue vital en el manejo y la prevención de las enfermedades psicológicas y psiquiátricas, para el equilibrio, el bienestar y la calidad de vida de los bolivianos durante la pandemia.

La estructuración y organización de la Red Nacional de Atención en Salud Mental en torno a la COVID-19 tuvo por objeto organizar a los diferentes grupos relacionados con la salud mental de cada departamento para dar mayor importancia, y lograr un mejor manejo, eficiencia y eficacia en la atención de la salud mental y la

prevención de enfermedades mentales no solo en torno a la COVID-19, sino en términos integrales.

En este sentido, se proporcionó apoyo técnico y financiero para la implementación de la Red Nacional de Atención en Salud Mental Integral y Comunitaria (RENASMIC).

En este contexto se realizaron seis capacitaciones en:

- Primeros auxilios psicológicos.
- Manejo del estrés laboral para personal de primera línea frente a la COVID-19.
- Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual.

**800** recursos humanos en salud de primer nivel capacitados en primeros auxilios psicológicos.

**60** recursos humanos en salud mental, a nivel nacional, fortalecieron sus capacidades en el manejo de estrés laboral para personal de primera línea frente a la COVID-19.

**200** profesionales capacitados en la *Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada.*



## En Santa Cruz, la atención de la salud mental llega hasta la comunidad



Santa Cruz, ubicado al este del país, es uno de los departamentos más afectados por la COVID-19, y en algún momento ha llegado a concentrar 60% de los casos de toda Bolivia (Estado Plurinacional de). Sin embargo, esa situación no impidió que el personal del Programa Departamental de Salud Mental brinde atención psicológica y psiquiátrica comunitaria, con acompañamiento emocional, a través de un centro de llamadas o de visitas domiciliarias en los barrios más alejados de la capital, conocida como la ciudad de los anillos, o en los municipios rurales colindantes.

El Servicio Departamental de Salud aplica la atención de salud presencial desde el primer nivel de atención a la población que atraviesa por cuadros más severos, para lo cual se acerca a sus viviendas, a partir de una intervención humanitaria que ayude a superar las brechas en salud mental (mhGAP, por su sigla en inglés). La OPS contribuyó a capacitar a profesionales para las intervenciones de salud mental en la comunidad.

La situación de la pandemia se tornó más difícil durante las cuarentenas, especialmente para quienes requerían medicación para tratar cuadros psiquiátricos preexistentes o quienes debían continuar los controles ambulatorios en el hospital psiquiátrico. Este fue el caso de Estela. Con 26 años, una marcada disfunción general y trastornos mentales desde los 14, necesitaba ser atendida de manera especializada.

El equipo comunitario de salud mental (ECOSAM) llegó hasta la casa de Estela. Su madre, Olga Céspedes, relata el deterioro progresivo de la salud mental de su hija, con alucinaciones auditivas y delirios de persecución, y señala la necesidad de contar con los fármacos y el riesgo de descompensación que existe si no se recibe ayuda. El ECOSAM procura una intervención para que la paciente no requiera manejo hospitalario, brinda apoyo a la familia durante la pandemia, proporciona la medicación necesaria y trata de que el vecindario no estigmatice a la persona que sufre un trastorno mental. En el caso de Estela, el ECOSAM efectuó varias visitas domiciliarias, inició el manejo farmacológico e intervino en la comunidad con psicoeducación.



**38%** de la población manifestó haber tenido pensamientos de preocupación intensos y persistentes, **19%** dijo tenerlos siempre y otro **19%**, casi siempre.



**22%** de la población expresó haber sentido ansiedad o angustia (por ejemplo, nerviosismo, dificultades para dormir, inquietud o irritabilidad) en relación con la situación actual; **9%** indicó sentirlos siempre y **13%** casi siempre.



**21%** de la población indicó haber tenido sentimientos de tristeza (por ejemplo, desesperanza, llanto fácil o falta de energía) en relación con la situación actual; **9%** señaló tenerlos siempre y **12%** casi siempre.



Aunque **19%** de la población manifestó tener siempre pensamientos de preocupación intensos y **9%** indicó sentir siempre ansiedad, angustia y tristeza, solo **7%** de la población señaló haber consultado a un profesional de la salud por alguna afección de salud mental y **50%** de esta población realizó dos visitas para la atención de dichos padecimientos.

Resultados sobre salud mental de la primera encuesta telefónica sobre el impacto de la COVID-19 en Bolivia (Estado Plurinacional de), realizada del 8 al 18 de agosto del 2020.

# Discapacidad

La emergencia generada por la pandemia de COVID-19 afectó a varios grupos vulnerables, entre ellos las personas con discapacidad. Garantizar herramientas de comunicación accesibles, así como un trato digno, e incorporar en los establecimientos de salud protocolos de actuación y una guía para atender a personas con discapacidad ha sido esencial.

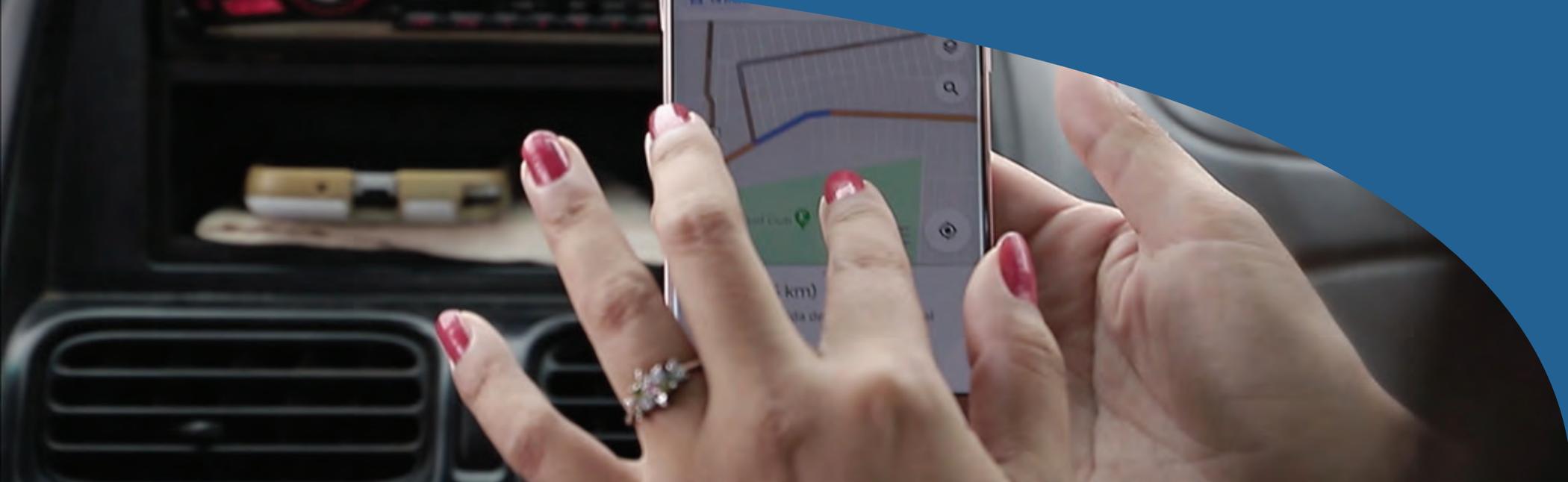
La OPS y el Ministerio de Salud y Deportes desarrollaron acciones y actividades para fortalecer la aplicación de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y de la Convención Interamericana para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad. Para ello, han impulsado diálogos que refuerzan la integración de las intervenciones de asistencia a las personas con discapacidad y realizado capacitaciones e investigaciones con la finalidad de subsidiar planes, programas, proyectos, comités y otros espacios de protección de los derechos y la dignidad con un enfoque transversal de las personas con discapacidad.

## Implementación del nuevo sistema de calificación en discapacidad

Establecer un lenguaje común para describir la salud y los estados relacionados con la discapacidad para mejorar la comunicación entre distintos usuarios, como profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas de salud y la población general, es un gran desafío. Durante el 2020, 30 profesionales de la salud de los equipos realizaron un curso de calificación en discapacidad para la implementación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento,

de la Discapacidad y de la Salud (CIF). El curso priorizó la formación en profundidad, ya que el país contaba con solo tres profesionales calificados a nivel nacional. Además de la capacitación en esta área, Bolivia (Estado Plurinacional de) ha marcado un hito importante con la Resolución Ministerial 460, gracias a la cual el Ministerio de Salud y Deportes pasa a subsidiar la transición de la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM) al CIF en un proceso de





calificación de discapacidad de nivel nacional.

Este cambio de calificación será novedoso y permitirá la construcción de un sistema relevante y útil que pueda aplicarse en distintos ámbitos de la discapacidad, como en la política de salud, en la evaluación de la calidad asistencial y para la evaluación de consecuencias en diferentes culturas. El país contará con información de funcionamiento y discapacidad a nivel individual y poblacional para generar evidencia orientada hacia la planeación de los servicios, la evaluación de las intervenciones, los programas y las políticas de salud pública.

## Rehabilitación y tecnología de asistencia en discapacidad

En el 2020 empezó la Evaluación Sistemática de la Situación de Rehabilitación y la Evaluación de la Tecnología de Asistencia (STARS-ETA C, por su sigla en inglés). Las evaluaciones se encuentran en marcha y sus resultados están previstos para el 2021.

Estas investigaciones proporcionarán a las autoridades nacionales e instancias que trabajan en el tema la posibilidad de conocer las necesidades y acciones que se deben seguir para que el país avance en la atención de la rehabilitación y las tecnologías de asistencia, que son vitales para la plena inclusión de las personas con discapacidad.

## Boletín del Perfil Epidemiológico de la Discapacidad en Bolivia 2008–2019

La OPS colaboró con el Ministerio de Salud y Deportes para la confección del Boletín del Perfil Epidemiológico de la Discapacidad en Bolivia 2008–2019, con los datos del Sistema de Información del Registro Único de Personas con Discapacidad, que por primera vez en la historia del Ministerio de Salud y Deportes fueron sistematizados con la información sobre el perfil epidemiológico de la discapacidad. Se espera que este documento sea la base de muchas otras iniciativas que conduzcan a políticas públicas, proyectos e investigaciones que beneficien a todas las personas con

discapacidad. Además, la información resultará de utilidad para las autoridades gubernamentales, las sociedades científicas y los investigadores, esencialmente en pos de asumir políticas públicas eficaces para la atención de la discapacidad en todas las áreas. La publicación y difusión de este documento se ha visto afectada por la pandemia de COVID-19, pero se prevé su presentación para el 2021.



## Iniciativas especiales

### Enfocados en las comunidades

La cooperación técnica de la OPS tuvo diferentes facetas durante el 2020, más allá del enfoque prioritario de la atención a la emergencia de salud, esta permitió el acercamiento a quienes son los benefactores finales del impacto de las acciones, planes y programas. Términos como la integralidad, el fortalecimiento de capacidades, la gobernanza en salud, la participación comunitaria, la comunicación y el trabajo con socios, aliados y donantes han

marcado algunas de estas iniciativas especiales. Un repaso permite ver la importancia de la cooperación técnica con el Estado y los ministerios de Salud pero también, a través de estas instancias, a personal de salud, a comunidades indígenas o a ciudadanos en situación de vulnerabilidad.

**“La OPS vela para que la salud sea incluida en todas las políticas y porque todos los sectores hagan su parte para asegurar que las personas vivan más y mejores años de vida, porque la salud es nuestro recurso más valioso”.**

<https://www.paho.org/es/quienes-somos>



## Respuesta a la COVID-19 en el departamento de Oruro: adecuación de proyectos con donantes para fortalecer la respuesta

Desde el 2018, la OPS implementa el proyecto de Mejora del Estado de Salud y la Calidad de Vida en el Altiplano Boliviano (PROMESA), con financiamiento de KOICA, en las redes de salud urbana de la cuenca del lago Poopó del departamento de Oruro. En el 2020, el proyecto se adecuó para apoyar la respuesta nacional y del departamento de Oruro a la COVID-19, con un monto de US\$553.000. En ese contexto, se logró capacitar en manejo de la COVID-19 a 502 trabajadores de salud (47% del total) y se reconvirtieron o readecuaron para mejorar su respuesta 20 establecimientos de salud de primer nivel (77% del total) y dos hospitales.

En el 2020, Oruro presentó la tercera menor tasa de mortalidad nacional (54 por 100.000 habitantes, mientras que la media nacional asciende a 69). Este departamento tampoco experimentó el colapso de servicios hospitalarios ni de camas de terapia intensiva, lo cual se debe en parte a que se priorizó el primer nivel de atención. Oruro fue el segundo (de nueve departamentos) en presentar los primeros casos de COVID-19, pero a pesar de ello fue el tercer departamento con menor tasa de incidencia a nivel nacional (1.048 por 100.000 habitantes). Asimismo, mostró una tasa de letalidad menor a la media nacional (5,2 vs. 5,9). Belén de Andamarca (en la red Poopó) es uno de los pocos municipios del

país donde no ingresó el virus de la COVID-19.

El proyecto PROMESA desarrolló tres líneas de acción. La primera permitió la elaboración, la implementación y el seguimiento del plan nacional y departamental de respuesta a la COVID-19. La segunda se concentró en el desarrollo de competencias del personal de salud para el manejo de la respuesta y de casos de COVID-19. La tercera priorizó la adecuación de las redes de salud, lo cual ha incluido el fortalecimiento de laboratorio para el diagnóstico oportuno, la provisión de EPP para el personal de salud y la provisión de equipo informático para mejorar la vigilancia epidemiológica, la gestión y la atención virtual.

De este modo, se contribuyó a mejorar la respuesta a la COVID-19 y también la continuidad de los servicios esenciales de salud, desde la implementación de una estrategia de vigilancia comunitaria, con el despliegue de brigadas de salud, casa por casa.



## Comunicar el riesgo: generar confianza, escuchar y fomentar la participación

Un brote de arnavirus en el norte de Bolivia (Estado Plurinacional de), que posteriormente se identificó como el virus chapare; una epidemia de dengue en varios departamentos endémicos del país; y la pandemia de COVID-19 pusieron a prueba la importancia de la comunicación de riesgos, no como herramienta ni (menos aún) como instrumento, sino como el proceso bidireccional por excelencia que contribuyó a la toma de decisiones para mejorar la salud de los afectados y de las comunidades en general. En el 2020 comunicar el riesgo fue un imperativo. La comunicación de riesgos, basada en la escucha social y la construcción de confianza, entre otros elementos, permitió trabajar en y con las comunidades y las partes interesadas, desde la visión de complejos

entramados políticos, sociales y culturales, con percepciones de toda índole, en medio de una infodemia sin tregua (sobreabundancia de información buena o mala) que saturó los sentidos, que llegó a entorpecer y hasta bloquear las capacidades de toma de decisiones y que, finalmente, impactó en la generación de cambios de comportamiento. Eso significa, de hecho, que esto último es un enorme desafío por delante. El brote de arnavirus que se venía atendiendo desde el 2019 supuso en el país una explosión de información falsa que circuló por las redes sociales, causó alarma entre el personal de salud con respecto a cuestiones de bioseguridad y provocó que los ciudadanos llegaran a creer en mitos y rumores sin fundamento. Junto a la vigilancia epidemiológica, la comunicación tuvo al menos cinco pilares de

intervención desde el Ministerio de Salud y Deportes, con el apoyo de la OPS: 1) manejo de crisis, 2) acciones en las comunidades, 3) comunicación en entornos hospitalarios, 4) informar a los medios de comunicación, 5) informar oportuna y eficazmente a la ciudadanía sobre el control del brote y la desmitificación del virus.

Con el convencimiento de que los anuncios tempranos y la participación comunitaria pueden hacer la diferencia en una epidemia, la comunicación de riesgos entró en escena durante el azote del dengue en las tierras bajas de Bolivia (Estado Plurinacional de). La concentración en el mensaje clave sobre la importancia no solo de eliminar criaderos de mosquitos sino también de identificar signos y señales de peligro permitió que las comunidades trabajasen de manera

participativa en el control de la epidemia. Se usaron todos los recursos disponibles, desde las vocerías, pasando por la incidencia de las máximas autoridades estatales, hasta las alianzas estratégicas.

La COVID-19 fue el desafío mayor. Dentro del contexto de implementación de la estrategia nacional de respuesta, la OPS brindó asesoramiento técnico multinivel, multisectorial y multiactor, enfatizando la coordinación con socios y aliados; la comunicación pública; la participación de la comunidad; el abordaje de la incertidumbre, las percepciones de riesgo y la gestión de la desinformación; e impulsó el fortalecimiento de capacidades.



## Sinergia entre socios y donantes, en apoyo de las comunidades yuqui y guaraní

**D**urante la pandemia, los Gobiernos de Canadá y de Japón apoyaron la iniciativa del país de trabajar en las comunidades indígenas yuqui y guaraní de los departamentos de Cochabamba, Santa Cruz y Chuquisaca, respectivamente. Las acciones fueron ejecutadas a través de socios implementadores como el Centro de Estudios Jurídicos e Investigación Social (CEJIS) de Cochabamba y el Convenio de Salud

Escuela Tekove Katu en el Chaco, y consistieron en la capacitación de personal de salud y agentes comunitarios, el desarrollo de protocolos de atención adecuados interculturalmente a pacientes infectados por la COVID-19, el control de infecciones, el manejo y la atención de brotes, la dotación de equipamiento básico para los servicios de salud y la comunicación del riesgo. Estas iniciativas respetaron y se adaptaron a la interculturalidad

y a la cultura de estos pueblos, en el contexto de los derechos de las comunidades indígenas originarias. El trabajo conjunto entre el Gobierno Nacional, así como regional y local o municipal logró promover el autocuidado de las comunidades y las familias durante la pandemia. La participación comunitaria fue relevante para la implementación de acciones en beneficio de estas, y abarcó desde el empoderamiento de líderes hasta el involucramiento para

la instalación de baterías en baños y lavabos. El trabajo mencionado anteriormente fue completado con la dotación de EPP para ambas comunidades; la logística de estos insumos correspondió a la Central Estatal de Abastecimiento de Suministros (CEASS) del Ministerio de Salud y Deportes.

El financiamiento para ambas iniciativas llegó a US\$200.000.

# Resumen financiero

En el 2020 las operaciones de la Representación de la OPS en Bolivia (Estado Plurinacional de) confrontaron un gran desafío, a raíz de la declaración de la OMS que caracterizó a la COVID-19 como una pandemia. La Representación tuvo que ser readecuada, a fin de responder a las necesidades de la emergencia en salud por la COVID-19, y por lo tanto adoptó la modalidad de teletrabajo.

El Plan de Trabajo (PTB) 2020 fue reprogramado. Junto con KOICA, se reprogramó el proyecto para el fortalecimiento de las redes de salud del departamento de Oruro y la definición de acciones nacionales en respuesta a la COVID-19, con un aporte de US\$512.000.

Del presupuesto del 2020, 49% correspondió a fondos de emergencia para la COVID-19, que fueron utilizados para adquirir medicamentos, insumos y servicios contractuales de apoyo al Ministerio de Salud.

Los recursos de la Cooperación del Gobierno de Canadá fueron ejecutados fundamentalmente para el fortalecimiento de los sistemas de salud, con énfasis en la capacitación para la atención de emergencias obstétricas. Con la cooperación de Japón se implementó también un proyecto para reforzar la respuesta a la COVID-19.

La ejecución presupuestaria total del PTB 2020-2021 en el 2020 fue

equivalente a 61% del presupuesto asignado de US\$6.402.018, de los cuales se implementaron US\$3.878.016. Con la oficina en teletrabajo desde marzo del 2020, hubo una reducción de 25% del monto programado para gastos generales de operación con fondos flexibles.

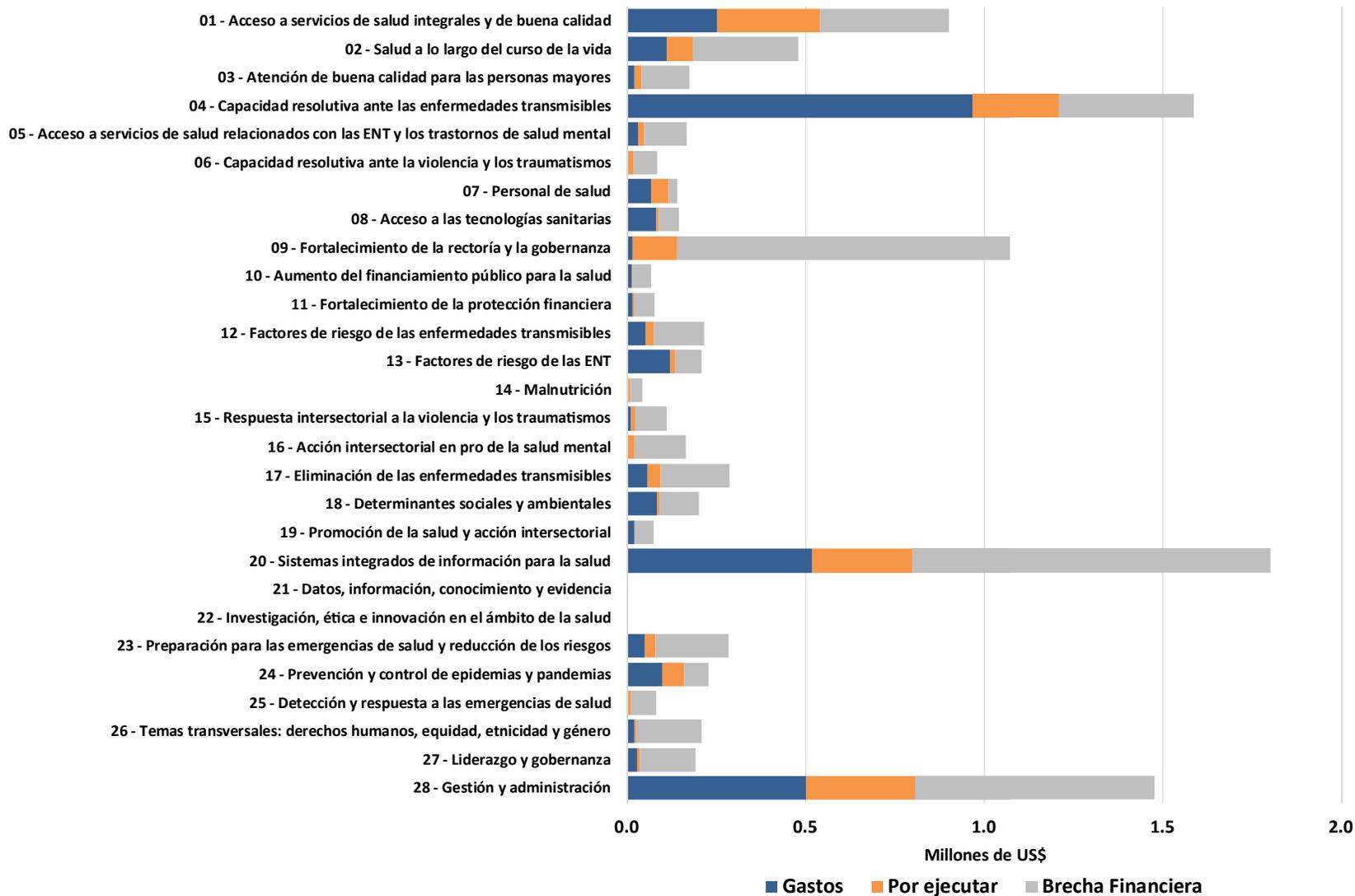
De los fondos de contribución voluntaria de la OPS, el equivalente a 36% del presupuesto total, hubo una implementación de 87% en el 2020. Asimismo, en el 2020 la Representación contaba con el apoyo de las cooperaciones de Japón, Canadá, Corea y la Alianza para la Vacunación (GAVI).

Con GAVI se apoyó la sostenibilidad de acciones del Programa Ampliado

de Inmunizaciones y en período pandémico se cooperó para la recuperación de las coberturas de inmunización y la planificación de la inmunización contra la COVID-19, a partir del 2021.

La Representación de Bolivia (Estado Plurinacional de) cerró el 2020 con una ejecución presupuestaria de 100% del presupuesto flexible asignado.

## Presupuesto asignado, financiamiento y ejecución por resultados intermedios: programas básicos



# El camino hacia adelante

La dimensión de la pandemia de COVID-19 representa y seguirá siendo un desafío para Bolivia (Estado Plurinacional de), debido a que continuará requiriendo medidas excepcionales para prevenir un mayor impacto en el bienestar de la población, la economía nacional y la capacidad de los servicios de salud para garantizar la atención de personas afectadas, así como en el mantenimiento de servicios esenciales preventivos y de atención de otras patologías no relacionadas. El país cuenta con aspectos de la salud pública que considera prioritarios. La OPS continuará cooperando técnicamente para lograr el fortalecimiento del sistema de salud conforme a los principios de universalidad, equidad y efectividad, lo que incluye a las redes integradas como expresión operativa de la atención primaria de la salud y a las políticas de recursos humanos.

La reducción acelerada de la mortalidad materna, así como la recuperación de las coberturas de vacunación y mantenimiento de la condición de país libre de sarampión y polio, siguen en la lista de prioridades.

Asimismo, estamos impulsando en el país las iniciativas de eliminación de enfermedades cuyo control está muy avanzado, a saber: eliminación

de la transmisión vectorial intradomiciliaria de Chagas, eliminación de la rabia transmitida por perros y eliminación de la malaria como un problema de salud pública.

También seguirá en la agenda de compromiso compartido la formulación y armonización de las estrategias, políticas nacionales y planes para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles y sus factores de riesgo. Y, por último, aunque no menos importante, seguiremos desplegando nuestros esfuerzos para lograr que Bolivia (Estado Plurinacional de) reciba la acreditación internacional de la Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED) como entidad reguladora; reforzar la agencia de gestión integral de medicamentos e insumos; rediseñar un sistema de información para la salud confiable y oportuno; integrar la comunicación sobre la salud como una política pública; fortalecer la vigilancia epidemiológica y un mecanismo nacional de prevención, gestión y recuperación temprana frente a emergencias de salud; y concebir y elaborar políticas públicas sobre salud intercultural, salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional, natural y alternativa. Seguimos frente a los desafíos.



---

Organización Panamericana de la Salud  
Calle 18 de Calacoto, entre Sánchez Bustamante y Julio Patiño  
Edificio Parque 18, Piso 2, La Paz  
Teléfono: +591 2 2793030

[www.paho.org](http://www.paho.org)

**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

-  PAHOWHO
-  PAHOWHO
-  OPSPAHO
-  PAHOTV