

BOLIVIA EN SU BICENTENARIO

Crisis, transiciones y oportunidades para un nuevo pacto de desarrollo

Coordinadores

Fernanda Wanderley
Carlos Quezada Lambertin

UNIVERSIDAD CATÓLICA BOLIVIANA “SAN PABLO”

P. José Fuentes Cano

Rector Nacional

Dra. Mónica Daza Ondarza Salamanca

Vicerrectora Académica Nacional

Mgr. Marcos Delgadillo Moreira

Vicerrector Administrativo Financiero Nacional

Dr. Javier Prudencio Muñoz

Administrador Nacional de Investigación, Innovación y Desarrollo

Dra. Ximena Peres Arenas

Rectora de Sede La Paz

Dra. Yolanda Ferreira Arza

Directora Académica de Sede La Paz

Dra. Jessica Doris Lanza Butrón

Decana de la Facultad de Ciencias Económicas y Financieras

Dra. Fernanda Wanderley

Directora del Instituto de Investigaciones Socio-Económicas

FUNDACIÓN HANNS SEIDEL

M.A. Víctor Hagemann

Representante Bolivia



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
BOLIVIANA



Coordinación editorial

Fernanda Wanderley
Carlos Quezada-Lambertin

Autores

Alejandra Arleth Lafuente-Luizaga
Ana María Arias-Urión
Arianne Villafuerte Rodríguez
Armando Rodríguez-Montellano
Carlos Quezada Lambertin
Dennis L. Avilés Irahola
Dexter Adrian Gumiel Zeballos
Ernesto Yáñez
Fernanda Wanderley
Freddy Soria

Gonzalo Chávez Alvarez
Guadalupe Peres-Cajías
Jean Paul Benavides
Juan Carlos Torrico Albino
Karla Denisse Alanoca Nina
Leonardo Villafuerte Philippsborn
Marco Nina-Vargas
Paola Andrea Alvizuri-Tintaya
Sergio Jhoel Pérez Paredes
Silvana Camacho Urquizo

Asistentes de investigación

Edison Choque Sánchez
Kevin Antony Lucero Donaldson
Sabina Guzmán Erazo

Cita sugerida:

Wanderley, F., & Quezada-Lambertin, C. (Coords.). (2026). *Bolivia en su Bicentenario. Crisis, transiciones y oportunidades para un nuevo pacto de desarrollo*. IISEC-UCB/HSS/Plural editores.

Edición y diagramación: Plural editores
Depósito Legal: 4-1-6561-2025
ISBN: 978-9917-34-156-7
Fecha de publicación: septiembre de 2025
Segunda edición: enero de 2026
Lugar de publicación: La Paz, Bolivia

Universidad Católica Boliviana “San Pablo”

Av. 14 de septiembre N.º 4807, Obrajes
Teléfonos: (+591 2) 2779636 / Email: iisec.lpz@ucb.edu.bo
La Paz, Bolivia
Sitio web: <https://iisec.ucb.edu.bo/>

Fundación Hanns Seidel

Av. Julio Patiño N.º 835, Calacoto
Teléfonos: (+591 2) 2779636 / Email: bolivia@hss.de
La Paz, Bolivia
Sitio web: <https://latinamerica.hss.de/bolivia/>

Impresión: Plural editores
Jacinto Benavente 2255
Teléfono: 2411018 / Email: plural@plural.bo

Impreso en Bolivia

CAPÍTULO VII

El Sistema Nacional de Salud en Bolivia: avances, desigualdades y desafíos hacia el bicentenario*

*Alejandra Arleth Lafuente-Luizaga^{1,2}
y Ana María Arias-Uriona³*

Introducción

El año 2025 representa un hito histórico y político para Bolivia al conmemorarse el Bicentenario de su independencia y realizarse elecciones nacionales en un contexto económico y social complejo, atravesado por conflictos sociales, una crisis económica en curso, desigualdades socioeconómicas y limitaciones estructurales persistentes. Es precisamente la salud uno de los ámbitos donde estas desigualdades se hacen más visibles, sector que refleja con claridad las deudas históricas del Estado con su población (Agafitei, 2023; Fundación Jubileo, 2024).

A pesar de diversas reformas implementadas durante las últimas décadas, el sistema nacional de salud continúa enfrentando problemas estructurales: fragmentación institucional, escasez de personal sanitario y déficits crónicos tanto en infraestructura como en financiamiento (Fundación Jubileo, 2024). En 2019, la aprobación de la Ley N.º 1152 y el Decreto Supremo N.º 3813 permitieron la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), concebido como un

paso decisivo hacia la cobertura universal, en consonancia con el mandato constitucional que reconoce la salud como un derecho humano fundamental (Constitución Política del Estado, 2009). Sin embargo, el acceso efectivo continúa limitado por barreras económicas, culturales, territoriales y organizativas que restringen su cumplimiento en la práctica (Agafitei, 2023).

A estas limitaciones estructurales se suma un escenario demográfico y epidemiológico cada vez más exigente. Bolivia atraviesa una transición epidemiológica y demográfica marcada por el envejecimiento poblacional, la persistencia de enfermedades transmisibles y el crecimiento sostenido de enfermedades no transmisibles. Esta combinación configura una carga dual que desafía seriamente la capacidad de respuesta del sistema de salud (Branisa, 2018; Cid & Flores, 2021; Fundación Jubileo, 2024). A esto se suma un contexto fiscal debilitado cuyas tensiones –evidenciadas durante la pandemia de COVID-19– aún persisten y se agravan en medio de la actual crisis económica, restringiendo los márgenes para expandir el gasto público en

* En este capítulo se contó con la colaboración de Kevin Antony Lucero Donaldson, asistente de investigación del IISEC-UCB en la gestión 2024.

1 Universidad Católica Boliviana San Pablo, Instituto de Investigaciones Socio-Económicas.

2 Becaria Fundación Hanns Seidel.

3 Universidad Católica Boliviana San Pablo, Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento.

salud (Cid & Flores, 2021; Bascolo *et al.*, 2022; Salazar & Rocha, 2020).

Este capítulo ofrece un análisis integral y crítico del sistema nacional de salud. Comienza con la transición demográfica y epidemiológica (sección 1), seguida de una revisión del gasto público en salud y sus restricciones fiscales (sección 2). A continuación, se examinan la estructura del sistema, las brechas de acceso y la segmentación institucional (sección 3), junto con los avances y desafíos en salud materno-infantil y adolescente (sección 4). Se analiza también el impacto de la pandemia de COVID-19 desde una perspectiva sanitaria, económica e institucional (sección 5). Luego, se introduce el Índice de Salud Municipal como herramienta para evidenciar desigualdades territoriales (sección 6). Finalmente, se presentan los desafíos estratégicos en el Bicentenario, con propuestas orientadas a fortalecer la equidad, la sostenibilidad y la pertinencia cultural del sistema sanitario (sección 7).

Este recorrido busca aportar a un debate urgente y bien fundamentado sobre el futuro de la salud pública en Bolivia. El Bicentenario ofrece una oportunidad política decisiva para construir consensos que prioricen la salud como bien público esencial y como base estructural para el desarrollo con justicia social.

I. Transición demográfica y epidemiológica y su impacto en la demanda de los servicios de salud

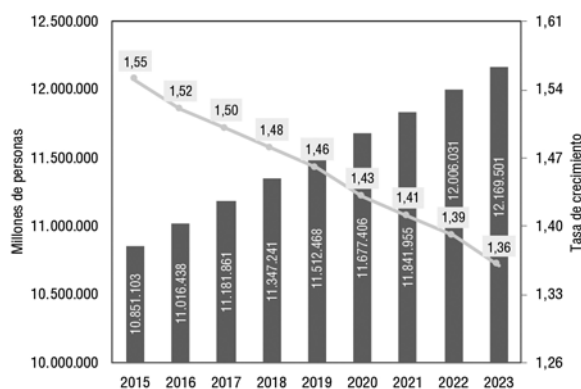
En las últimas décadas, Bolivia ha ingresado en una fase avanzada de transición demográfica, caracterizada por la desaceleración del crecimiento poblacional, la disminución sostenida de la fecundidad y el progresivo envejecimiento de su estructura etaria. Estos procesos no son simples variaciones estadísticas: implican transformaciones de fondo que inciden directamente en la demanda de servicios sociales, la asignación de recursos públicos y la sostenibilidad del sistema nacional de salud. Esta dinámica demográfica se despliega en un contexto atravesado por desigualdades económicas, sociales y territoriales, elevada informalidad laboral y limitado acceso a la protección social, que están siendo agravadas por la actual crisis económica, que agudiza los retos para la planificación sectorial y dificulta el ejercicio efectivo del derecho a la salud.

1.1. Desaceleración del crecimiento poblacional

Entre 2015 y 2023, la población boliviana creció de 10,8 a más de 12,1 millones de habitantes. Sin embargo, la tasa de crecimiento anual disminuyó de 1,55% a 1,36% evidenciando una tendencia sostenida hacia la desaceleración demográfica (Gráfico 1). Este giro proyecta efectos importantes sobre la planificación económica y social, incluido el rediseño del sistema de salud, que deberá adaptarse a una estructura poblacional menos joven y con mayor carga de dependencia.

La disminución de la tasa bruta de natalidad –de 22,99 a 19,72 nacimientos por mil habitantes– y de la tasa de fecundidad general –de 92,3 a 78,1 nacimientos por mil mujeres en edad fértil– refleja cambios significativos en los patrones reproductivos del país (Gráfico 2). Este descenso podría estar relacionado con un mayor nivel educativo de las mujeres, su creciente inserción en el mercado laboral y mejor acceso a servicios de salud sexual y reproductiva (Bongaarts, 2003; Juárez & Gayet, 2015).

Gráfico 1
Bolivia: Evolución del total poblacional
(en millones de personas) y tasa de crecimiento anual,
2015-2023



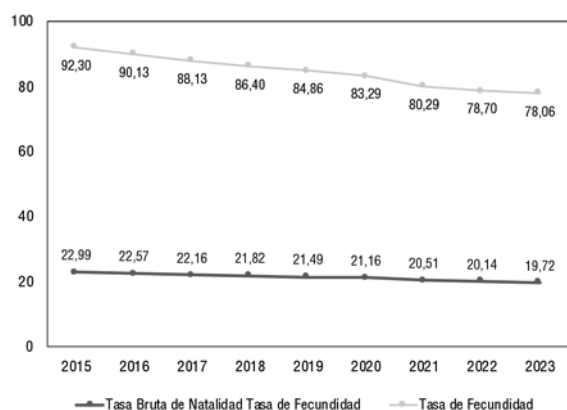
Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: Estimaciones demográficas actualizadas con base en la Revisión 2020 del INE y SNIS-VE, que incorporan registros administrativos municipales y datos de la Encuesta de Demografía y Salud (2016).

Aunque el descenso de la fecundidad suele asociarse con mejoras en el bienestar, sus beneficios no se distribuyen de manera equitativa. Como advierten Oporto *et al.* (2023), estas transformaciones conviven con profundas brechas estructurales, entre ellas la segmentación del acceso a salud y educación, la alta informalidad laboral femenina y la escasa oferta pública de cuidados, que restringen las oportunidades reales de las

mujeres para ejercer sus derechos reproductivos en condiciones de equidad. Estas desigualdades limitan el potencial redistributivo de la transición demográfica y refuerzan la necesidad de políticas públicas con enfoque territorial, de género y justicia social.

Gráfico 2
Bolivia: Tasa Bruta de Natalidad y Tasa de Fecundidad General, 2015-2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: Proyecciones fundamentadas en estimaciones poblacionales de la Revisión 2020. La Revisión 2020 se actualizó con base en información de fecundidad y mortalidad provista por la Encuesta de Demografía y Salud 2016 e información de registros administrativos a nivel municipal, con lo cual se logró actualizar últimos cambios en la dinámica y estructura poblacional.

1.2. Cambios en la estructura poblacional: envejecimiento y carga dual de enfermedad

Con una tasa de crecimiento poblacional que tiende hacia el 1% y un envejecimiento progresivo de la estructura etaria, Bolivia se aproxima al agotamiento de su bono demográfico. Entre 2015 y 2023, la población infantil y adolescente disminuyó de forma sostenida, mientras que los grupos de personas adultas mayores registraron un crecimiento acelerado. Por ejemplo, la población de 0 a 4 años se redujo de 610.771 hombres y 583.987 mujeres en 2015 a 604.084 y 577.325, respectivamente, en 2023, lo que implica un descenso promedio anual cercano al 1%. En contraste, el grupo de 80 años o más aumentó de 151.137 a 217.047 personas en menos de una década –un incremento superior al 30%–, con predominio femenino (126.383 mujeres frente a 90.664 hombres).

La evolución de las pirámides poblacionales entre 2012 y 2023 refleja con claridad este cambio. En 2012, la estructura conservaba una forma piramidal clásica, con una base ancha compuesta por niñas, niños y adolescentes. Para 2019 y

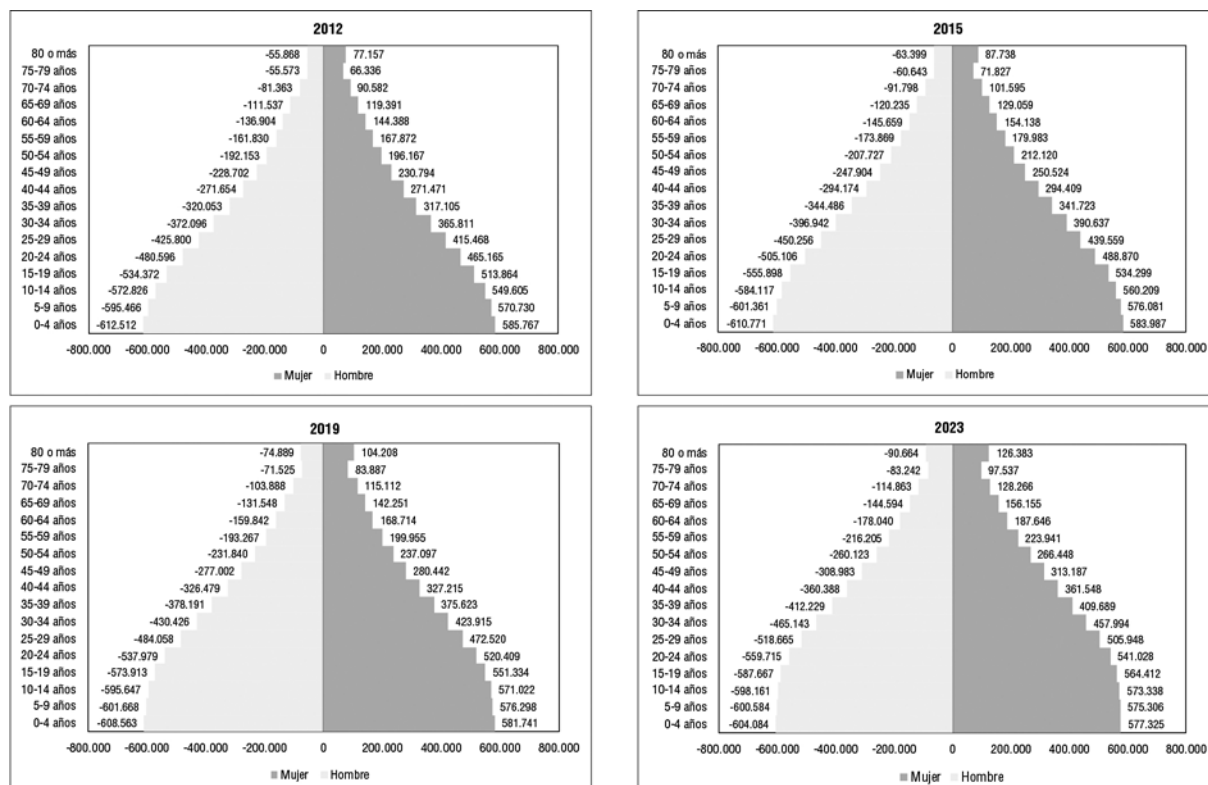
2023, se observa una contracción marcada de los grupos de 0 a 14 años y un ensanchamiento relativo de los grupos adultos, en particular entre los 30 y 64 años (Gráfico 3). Este patrón, producto de la caída sostenida de la fecundidad y el aumento de la esperanza de vida, anticipa presiones fiscales, sanitarias y sociales de gran magnitud.

Proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Fundación ARU (2024) estiman que hacia 2050 la población mayor de 60 años representará al menos el 14% del total nacional, y podría superar el 28% hacia fines del siglo. Aunque en términos absolutos Bolivia sigue teniendo una población predominantemente joven, la tendencia al envejecimiento es clara y creciente.

El sistema de salud es uno de los más directamente afectados por estos cambios. El envejecimiento poblacional conlleva un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), que ya afectan significativamente a la población adulta. Según la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de ECNT (2022), entre 20% y 30% de los adultos bolivianos presenta hipertensión arterial, más del 60% tiene sobrepeso u obesidad, y entre el 7% y el 8% padece diabetes mellitus, con variaciones regionales. Estas condiciones están asociadas a estilos de vida poco saludables (Ministerio de Salud y Deportes, 2022b), así como a factores estructurales como la precariedad laboral y la falta de políticas de promoción de la salud efectivas y sostenidas. Todo ello incrementa el riesgo de dependencia funcional en edades avanzadas y presiona a un sistema sanitario que aún no está preparado para ofrecer atención geriátrica integral, cuidados domiciliarios ni acceso equitativo a medicamentos de alto costo.

Al mismo tiempo, persisten enfermedades transmisibles que afectan con fuerza a las poblaciones más vulnerables. Esta coexistencia de condiciones genera una carga dual de enfermedad que pone a prueba la capacidad del sistema de salud. En 2019, las enfermedades no transmisibles fueron responsables del 72,7% de las muertes registradas en el país, frente a un 18,6% atribuible a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, y un 8,7% a lesiones externas. Las principales causas de muerte fueron la enfermedad isquémica del corazón, los accidentes cerebrovasculares, la diabetes mellitus y las enfermedades renales crónicas (Organización Panamericana de la Salud, 2024).

Gráfico 3
Bolivia: Evolución de la pirámide poblacional,
2012, 2015, 2019 y 2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: Estimaciones demográficas actualizadas con base en la Revisión 2020 del INE y SNIS-VE, que incorporan registros administrativos municipales y datos de la Encuesta de Demografía y Salud (2016).

Este perfil epidemiológico desafiante requiere reorganizar la oferta de servicios, ampliar las capacidades del primer nivel de atención y reorientar el financiamiento público hacia intervenciones preventivas, comunitarias y costo-efectivas. También exige políticas públicas que enfrenten los determinantes sociales de la salud y garanticen protección financiera frente a enfermedades que, de no ser tratadas oportunamente, generan gastos catastróficos en los hogares más vulnerables (Cid & Flores, 2021).

1.3. Índices de dependencia potencial, juvenil y senil

La evolución reciente de los índices de dependencia confirma los efectos acumulados de la transición demográfica en Bolivia. Entre 2015 y 2023, el índice de dependencia potencial –que mide la proporción de personas menores de 15 años y mayores de 65 respecto a la población en edad de trabajar (15 a 64 años)– descendió de 64,2 a 58,07 (Tabla 1). Esta reducción señala una menor carga relativa de dependencia y abre una ventana de oportunidad conocida como bono demográfico.

Durante esta etapa, una mayor proporción de la población se encuentra en edad económicamente activa, lo que crea condiciones propicias para acelerar el crecimiento económico, ampliar la base contributiva del sistema de protección social y mejorar la inversión pública en salud, educación y empleo. No obstante, esta oportunidad es transitoria y su aprovechamiento no ocurre de forma uniforme entre regiones ni grupos sociales.

Dentro de esta tendencia general, se observa una caída sostenida del índice de dependencia juvenil, que pasó de 53,2 a 45,8 entre 2015 y 2023. En paralelo, el índice de dependencia senil –relación entre personas de 65 años o más y la población de 15 a 64 años– se incrementó de 10,9 a 12,2, lo que anticipa una presión creciente sobre los sistemas de salud, pensiones y cuidados de largo plazo.

Esta transformación plantea un doble desafío estratégico para Bolivia. Por un lado, es fundamental aprovechar el bono demográfico mediante políticas que garanticen a la juventud el acceso equitativo a educación de calidad, salud preventiva y empleo digno. Por otro lado, se requiere comenzar desde ahora a preparar los

sistemas de protección social para una población más envejecida, fortaleciendo los servicios de salud geriátrica, cuidados comunitarios y pensiones sostenibles.

En este sentido, las experiencias de países como Costa Rica y Chile ofrecen aprendizajes valiosos. En Costa Rica, se promovieron políticas activas de salud a lo largo del curso de vida, pensiones solidarias y redes comunitarias de cuidado para personas mayores (Rosero-Bixby & Zúñiga Brenes, 2019). Por su parte, Chile ha impulsado reformas orientadas a mejorar la empleabilidad juvenil y ampliar la cobertura de pensiones básicas no contributivas (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, 2023; Caro Puga, 2025). Estos enfoques integrales permiten articular el aprovechamiento del bono demográfico con una transición ordenada hacia el envejecimiento, condición clave para la sostenibilidad fiscal, sanitaria y social.

Tabla 1
Bolivia: Evolución de los Índices de Dependencia Potencial, Juvenil y Senil, 2015-2023

Año	Índice de Dependencia Potencial	Índice de Dependencia Juvenil	Índice de Dependencia Senil
2015	64,2	53,21	10,99
2016	63,39	52,26	11,13
2017	62,59	51,31	11,28
2018	61,79	50,37	11,42
2019	61,01	49,44	11,57
2020	60,24	48,51	11,72
2021	59,49	47,6	11,89
2022	58,76	46,71	12,05
2023	58,07	45,83	12,23

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

II. Gasto público en salud

II.1. Evolución del presupuesto para salud

El gasto público en salud constituye uno de los principales indicadores del compromiso estatal con el derecho a la salud. En Bolivia, si bien el gasto nominal asignado al sector ha aumentado en la última década, su evolución real refleja una tensión persistente entre la ampliación de derechos y las capacidades efectivas de financiamiento.

Entre 2005 y 2024, el presupuesto del sector salud pasó de 312 a 3.860 millones de dólares,

impulsado inicialmente por el ciclo de bonanza económica registrado entre 2010 y 2015. Sin embargo, en los años más recientes se ha observado una desaceleración evidente: para 2024 se proyectó un crecimiento de apenas 1,97%. Este estancamiento resulta preocupante frente a la creciente demanda derivada del envejecimiento poblacional, la transición epidemiológica y la implementación del Sistema Único de Salud (SUS) (Gráfico 4).

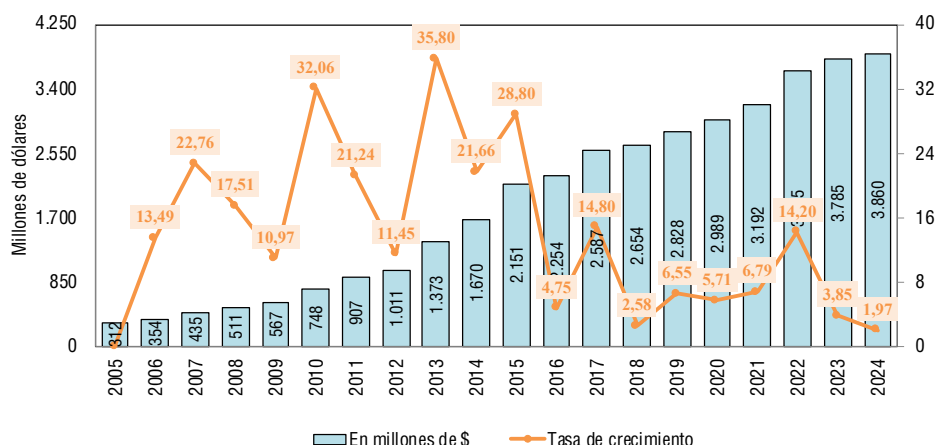
Durante el periodo 2015-2023, el gasto programado por el nivel central del Estado aumentó de 8.199 a 10.807 millones de bolivianos, lo que representa un crecimiento acumulado del 31,8%. No obstante, al ajustar por inflación, este incremento resulta considerablemente más moderado. Además, la expansión de cobertura del SUS no ha estado acompañada de una reforma estructural del modelo presupuestario ni de una estrategia clara de diversificación de fuentes de financiamiento. Entre 2019 y 2022, el 81,7% del gasto en salud fue financiado con recursos del Tesoro General de la Nación, lo que incrementa la presión fiscal y pone en evidencia la fragilidad del modelo vigente.

La asignación por niveles de atención muestra una concentración en el primer nivel, coherente con el enfoque del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI). Sin embargo, persisten brechas importantes en infraestructura, equipamiento y personal en los niveles segundo y tercero, especialmente en regiones alejadas o con alta dispersión poblacional.

En términos del Producto Interno Bruto (PIB), el gasto público en salud en Bolivia ha oscilado entre el 4,2% y el 4,6% en los últimos años, situándose por debajo del umbral mínimo del 6% recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para garantizar un sistema público, equitativo y universal (Zegada, 2018). Si bien el gasto total en salud –que incluye los sectores público, de seguridad social y privado– alcanzó el 8,43% del PIB en 2022, el país aún se sitúa por debajo de naciones con sistemas universales consolidados como Chile (10,10%), Argentina (9,86%) o Brasil (9,14%), a pesar de superar el promedio regional (7,99%).

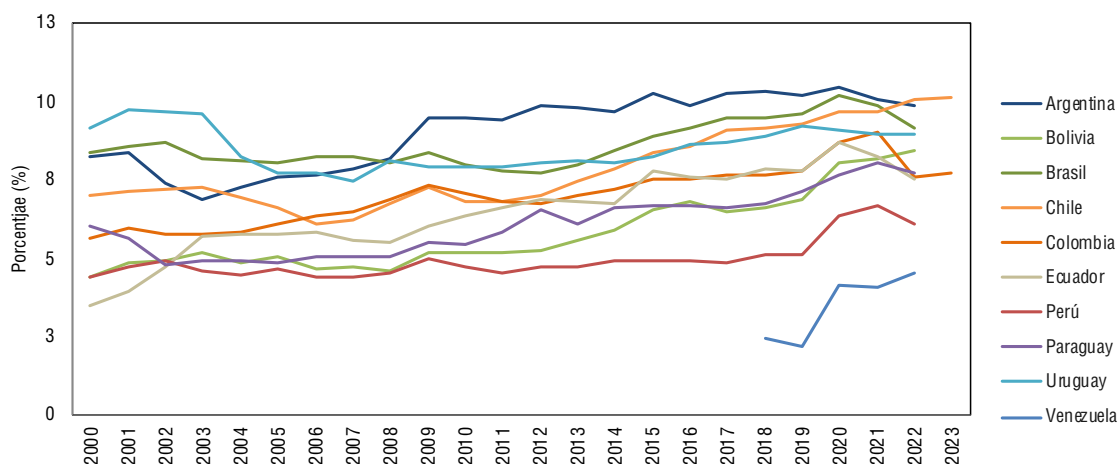
El análisis regional (Gráfico 5) muestra que Bolivia ocupa una posición intermedia en gasto per cápita en salud. A pesar de los avances normativos, el esfuerzo fiscal nacional sigue siendo insuficiente para consolidar un sistema robusto, especialmente en un contexto de alta presión sobre los servicios públicos.

Gráfico 4
Bolivia: Presupuesto destinado al sector salud (en millones de dólares), 2005-2024



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Ministerio de Salud y Deportes, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y la Agencia Boliviana de Información.

Gráfico 5
Sudamérica: Gasto corriente en salud como porcentaje del PIB, 2000-2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial.

Nota [1]: Los datos sobre el gasto en salud como porcentaje del PIB fueron obtenidos del Banco Mundial, que presenta estadísticas hasta 2022 para todos los países sudamericanos, con la excepción de Chile y Colombia, que cuentan con datos actualizados hasta 2023. En el caso de Venezuela, la información está disponible únicamente entre 2018 y 2022.

Nota [2]: En el análisis comparativo no están incluidos los países Surinam y Guyana.

Entre 2019 y 2022, el gasto total en salud –que incluye al sector público, la seguridad social y el ámbito privado– aumentó de 3.096 a 3.514 millones de dólares (Tabla 2). Este incremento estuvo impulsado casi exclusivamente por el gasto corriente, que representa más del 90% del total y se destina, principalmente, a remuneraciones, insumos y servicios. En cambio, el gasto de capital, orientado a infraestructura, tecnología y equipamiento, se mantuvo bajo, fluctuando entre el 7,5% y el 10,8%. Esta estructura presupuestaria refleja una debilidad persistente en la inversión de largo plazo, lo que limita la capacidad del sistema de salud para fortalecerse y responder a nuevas exigencias sanitarias.

Durante la pandemia de COVID-19, el gasto en salud experimentó un aumento excepcional.

Entre 2019 y 2020, el gasto corriente en el sector se incrementó del 6,89% al 8,02% del PIB, alcanzando su punto más alto en 2021, con un 8,16%. En términos absolutos, el gasto total pasó de 3.096 millones de dólares en 2019 a 3.637 millones en 2020 (Tabla 2). Sin embargo, este repunte fue mayormente reactivo y no se tradujo en transformaciones sostenidas ni en mejoras estructurales del sistema.

Más del 90% del gasto se continuó destinando al funcionamiento cotidiano del sistema –remuneraciones, insumos, servicios operativos– mientras que la inversión en infraestructura, equipamiento y tecnología sigue siendo limitada. Esta composición presupuestaria reduce la resiliencia del sistema y subraya la urgencia de fortalecer la inversión estratégica de largo plazo.

Tabla 2
Bolivia: Gasto total en salud según tipo de gasto y sector (expresado en dólares), 2019-2022

SECTOR	2019	2020	2021	2022	2019-2022
SECTOR PÚBLICO	1.580.792.175	1.991.105.004	1.875.673.685	1.854.258.018	1.825.457.220
Gasto Corriente	1.313.056.374	1.727.215.882	1.648.480.341	1.611.973.927	1.575.181.631
Gasto Capital	267.735.800	263.889.122	227.193.344	242.284.091	250.275.589
SEGURIDAD SOCIAL	917.377.309	986.548.847	893.770.012	961.902.602	939.899.692
Gasto Corriente	851.453.111	905.502.335	859.507.014	915.043.788	882.876.562
Gasto Capital	65.924.199	81.046.512	34.262.998	46.858.814	57.023.130
SECTOR PRIVADO	597.894.285	659.719.794	706.785.456	698.471.121	665.717.664
Gasto Corriente	597.894.285	659.719.794	706.785.456	698.471.121	665.717.664
Gasto Capital					
GASTO TOTAL SALUD	3.096.063.769	367.373.645	3.476.229.152	3.514.631.741	3.431.074.577
Gasto Corriente	2.762.403.770	3.292.438.012	3.214.772.811	3.225.488.836	3.123.775.857
	89,20%	90,50%	92,50%	91,80%	91,00%
Gasto Capital	333.659.999	344.935.633	261.456.341	389.142.904	307.298.720
	10,80%	9,50%	7,50%	8,20%	9,00%

Fuente: Fundación Jubileo con información del MEFP, MSD, APS, MINJTI, SEG SOC, INE (EH).

Nota: (*) No se incluye información de ISFL que tienen gastos en Salud (ONG y fundaciones).

La distribución sectorial del gasto confirma el papel predominante del financiamiento público, con el Estado asumiendo la mayor parte del presupuesto, seguido por la seguridad social y, en menor proporción, por el sector privado. Esta configuración reafirma el rol estatal como garante del derecho a la salud, pero también evidencia sus restricciones estructurales.

Un dato clave en este panorama es el peso del gasto en salud dentro del gasto público total y del gasto social. En el año 2000, representaba el 9,45% del gasto total y el 18,43% del gasto social. Desde 2015, estos porcentajes han crecido de forma sostenida, alcanzando en 2021 el 18,82% del gasto público total y el 33,17% del gasto social (Tabla 3). Si bien este aumento refleja un mayor reconocimiento fiscal del sector, también pone en evidencia una creciente dependencia de los recursos públicos, que no ha sido acompañada por reformas estructurales que garanticen su sostenibilidad.

Finalmente, el análisis comparativo regional refuerza la necesidad de ampliar el esfuerzo fiscal en salud. De acuerdo con estimaciones de la OMS y el Banco Mundial, los países que han logrado consolidar sistemas universales y sostenibles destinan entre el 8% y el 10% de su PIB al sector (Cid & Flores, 2021). En el caso boliviano, alcanzar ese umbral no solo requiere incrementar la asignación presupuestaria, sino también avanzar hacia una reforma profunda en la arquitectura financiera del Sistema Único de Salud.

Tabla 3
Bolivia: Gasto corriente en salud como proporción del gasto público y del gasto público social, 2000-2021

Año	%Gasto Público Total	Tasa de crecimiento	%Gasto Público Social Total	Tasa de crecimiento
2000	9,45		18,43	
2001	9,49	0,42	18,32	-0,60
2002	9,52	0,29	18,54	1,17
2003	9,61	0,97	18,37	-0,89
2004	8,46	-12,01	16,76	-8,77
2005	9,69	14,62	19,19	14,47
2006	9,43	-2,69	19,50	1,61
2007	9,43	-0,05	18,53	-4,97
2008	9,59	1,69	17,81	-3,86
2010	9,75	1,73	17,31	-2,85
2011	11,13	14,16	19,57	13,08
2012	10,33	-7,19	18,59	-5,00
2013	10,71	3,67	19,10	2,73
2014	11,04	3,12	19,32	1,18
2015	12,20	10,49	21,08	9,08
2016	14,73	20,70	24,84	17,87
2017	14,23	-3,41	26,50	6,68
2018	13,67	-3,89	25,69	-3,06
2019	15,38	12,45	27,99	8,93
2020	15,88	3,25	28,85	3,08
2021	18,82	18,55	33,17	14,99

Fuente: Elaboración propia con base en datos del Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal (VPCF).

Una de las propuestas en debate es la creación de mecanismos de mancomunación de fondos, como el Fondo EQUISALUD, que permitirían reducir la actual fragmentación y mejorar

la equidad en la distribución de los recursos públicos (Tejerina *et al.*, 2018).

III. Acceso y cobertura del sistema de salud

El acceso a los servicios de salud es un derecho fundamental y un pilar clave para el desarrollo humano sostenible. En Bolivia, este principio ha orientado diversas reformas en las últimas décadas, entre ellas la implementación del Seguro Universal de Salud (SUS) en 2019, concebido como un paso decisivo hacia la gratuidad y la universalización de la atención (Agafitei, 2023).

Sin embargo, persisten profundas desigualdades territoriales en la distribución de servicios, junto con limitaciones en la sostenibilidad financiera del sistema y dificultades en la articulación entre los distintos subsistemas que conforman el Sistema Nacional de Salud. Aunque se han registrado avances en cobertura formal, estos no siempre se traducen en un acceso efectivo ni en una mejora sustantiva en la experiencia de los usuarios. La expansión de la oferta no ha sido acompañada por un incremento proporcional en personal humano, equipamiento ni capacidad de resolución. Estas brechas se vuelven más evidentes en las zonas rurales, donde los servicios siguen siendo escasos y la atención primaria insuficiente (Oporto, *et al.*, 2023).

III.1. Segmentación del sistema de salud

De acuerdo con el Plan Sectorial de Desarrollo Integral en Salud 2021-2025, el sistema está compuesto por cuatro subsectores:

- Subsector público de salud, que comprende las Redes Integrales de Salud e incluye establecimientos de primer, segundo, tercer y cuarto nivel de atención, gestionados por el nivel central, los servicios departamentales y los municipios. Abarca el SUS y programas estatales previos de gratuidad como el extinto Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro Integral de Salud (SIS), que antecedieron su implementación;
- Subsector del Seguro Social de Corto Plazo, que atiende a los trabajadores formales y sus familias a través de las cajas de salud. Se financia mediante aportes laborales obligatorios y ofrece prestaciones diferenciadas, con mayor continuidad y niveles más altos de cobertura;

- Subsector de salud privado, compuesto por entidades con fines de lucro (clínicas, hospitales, seguros, laboratorios, farmacias) y sin fines de lucro (ONG, fundaciones, iglesias y proyectos de cooperación internacional);
- Subsector de medicina tradicional, reconocido por la Ley N.º 459 y por la Organización Mundial de la Salud, con fuerte presencia en zonas rurales e indígenas. Integra prácticas ancestrales y conocimientos locales, especialmente en el ámbito de la atención primaria y la salud preventiva (Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, 2022).

Esta segmentación genera múltiples efectos adversos. Por un lado, reproduce desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios: los trabajadores formales acceden a prestaciones más estables a través de las cajas de salud; los sectores empobrecidos dependen del SUS, con frecuentes limitaciones en personal, medicamentos e infraestructura; y quienes pueden pagar acuden al sector privado, más resolutivo pero inaccesible para la mayoría.

Por otro lado, impide el funcionamiento articulado de una red integral de servicios. Cada subsector opera con normas y fuentes de financiamiento propias, sin mecanismos efectivos de coordinación. Esto produce duplicidades, vacíos de cobertura, superposición de funciones y una distribución territorial desequilibrada de los recursos.

El resultado es un sistema con reglas de acceso fragmentadas, prestaciones desiguales y financiamiento no integrado. Como señaló Laurell (2022), se trata de un modelo donde “los pobres acceden a servicios pobres, los formales a seguros diferenciados, y los ricos a servicios privados especializados”. Esta descripción sigue vigente en el caso boliviano.

La implementación del SUS ha evidenciado aún más estas tensiones. La falta de interoperabilidad entre subsistemas, la ausencia de un sistema único de referencia y contra-referencia, y las asimetrías institucionales han limitado los avances hacia una red nacional integrada.

Superar esta segmentación es clave para construir un sistema verdaderamente universal, equitativo y eficiente. Para ello se requiere fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud, avanzar en mecanismos de financiamiento mancomunado, establecer redes integradas de atención y un sistema común de gestión de prestaciones que elimine barreras entre subsectores.

III.2. Avances y límites del Seguro Universal de Salud (SUS)

Antes del Seguro Universal de Salud, la atención pública se garantizaba de forma parcial a través de programas focalizados como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro Integral de Salud (SIS), dirigidos principalmente a mujeres embarazadas, niñas y niños menores de cinco años, y personas adultas mayores sin acceso a seguridad social. Si bien estas iniciativas representaron avances importantes, no lograban garantizar atención continua ni cobertura para la población adulta sin empleo formal (Carvajal & Ortiz, 2020).

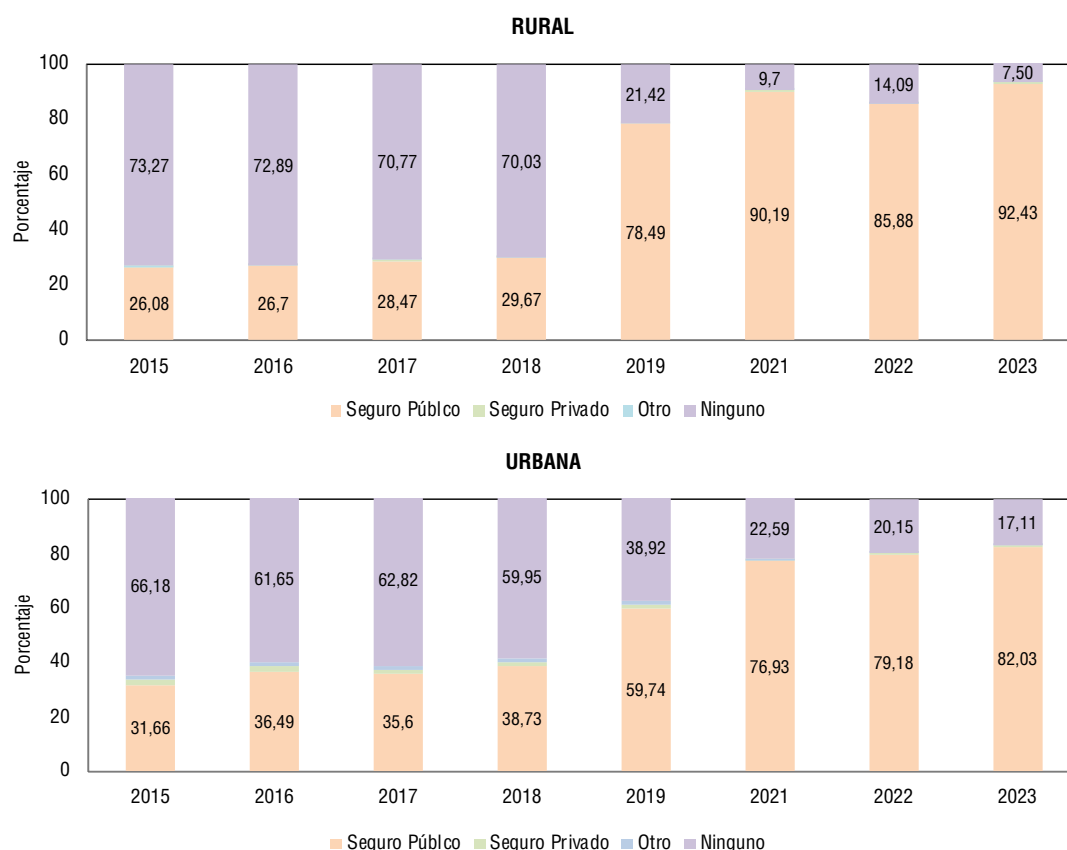
Es por esto que uno de los hitos más significativos de la última década ha sido la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), que amplió el acceso gratuito a servicios médicos para sectores históricamente excluidos. Concebido como un paso hacia la universalización del derecho a la salud, el SUS permite la atención en establecimientos públicos sin necesidad de afiliación previa. Su cobertura se extiende desde el primer nivel hasta hospitales de referencia,

aunque enfrenta limitaciones en la disponibilidad de medicamentos, equipamiento diagnóstico y personal calificado (Agafitei, 2023; Oporto *et al.*, 2023).

Desde 2019, la implementación del SUS ha incrementado considerablemente la afiliación a seguros públicos. En el área rural, el porcentaje de personas con cobertura creció del 26,08% en 2015 al 92,43% en 2023; en las zonas urbanas, del 31,66% al 82,03% en el mismo periodo (Gráfico 6). Este avance resulta particularmente significativo si se considera que, hasta hace menos de una década, más del 70% de la población rural carecía de aseguramiento.

No obstante, persisten desafíos estructurales como la asignación inequitativa de recursos, la limitada capacidad resolutoria en el primer nivel de atención y los cuellos de botella en el sistema de referencias y contra-referencias. Estas limitaciones no afectan a toda la población por igual. El acceso efectivo a la atención médica varía en función del tipo de aseguramiento, la ubicación geográfica, la calidad del servicio disponible, las condiciones socioeconómicas de los usuarios y las estrategias que estos desarrollan para sortear

Gráfico 6
Bolivia - Áreas rural y urbana: Porcentaje de personas registradas en algún seguro de salud, 2015-2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Encuestas de Hogares 2015 - 2023 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: En 2020, no se preguntó sobre la utilización de servicios de salud en la Encuesta de Hogares, por lo que, no hay datos disponibles para tal año.

las fallas del sistema (Defensoría del Pueblo, 2022; OPS, 2023). Algunos de estos desafíos se describen a continuación.

III.3. Saturación del SUS y desafíos de sostenibilidad: riesgo de ilusión de universalidad

A pesar de las limitaciones estructurales, hasta 2022 el SUS había registrado más de 7,4 millones de personas adscritas y más de 244 millones de atenciones gratuitas, lo que refleja su importancia como eje articulador del sistema de salud boliviano (Ministerio de Salud, 2024b). Sin embargo, informes como “Límites en la implementación del Sistema Único de Salud” advierten que esta expansión no ha sido acompañada por transformaciones sustantivas en la arquitectura institucional ni en la capacidad operativa del sistema (Defensoría del Pueblo, 2022).

La Organización Panamericana de la Salud (2023) ha enfatizado que fortalecer el primer nivel de atención y garantizar una gestión más eficiente y equitativa son condiciones urgentes para evitar un escenario de saturación crónica. De no atenderse estas debilidades, el SUS corre el riesgo de convertirse en una estructura sobredemandada pero subfinanciada, consolidando una “ilusión de universalidad” donde el derecho está reconocido formalmente pero no garantizado en la práctica.

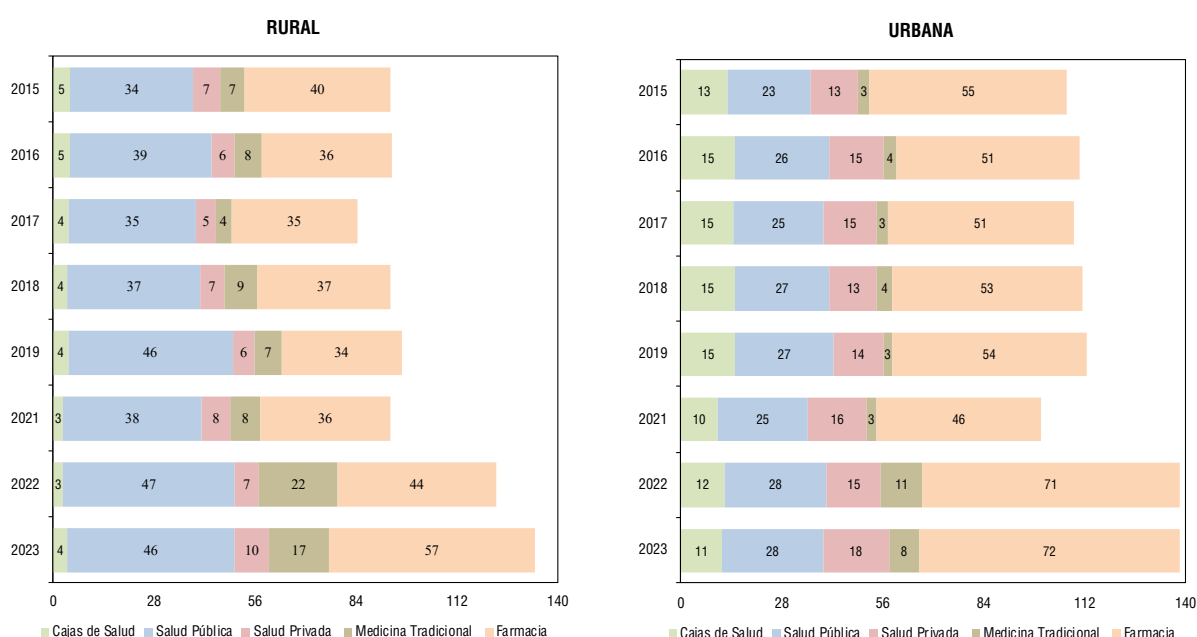
III.4. Persistencia de inequidades territoriales y de recursos

Estar afiliado no equivale a acceder a servicios de calidad. La cobertura formal convive con serias limitaciones estructurales: la red pública muestra una distribución territorial desigual, infraestructura insuficiente, equipamiento obsoleto y escasez de personal, especialmente en el primer nivel de atención y en municipios con baja capacidad fiscal (OPS, 2023; Defensoría del Pueblo, 2022).

Según datos del INE (Gráfico 7), en 2022, el 47,46% de la población rural acudió a servicios públicos, frente al 28,42% en las áreas urbanas. Esta diferencia no necesariamente refleja una mayor oferta en el área rural, sino la ausencia de alternativas privadas, lo que obliga a depender casi exclusivamente del sistema estatal.

La medicina tradicional constituye una opción culturalmente legítima y estructuralmente necesaria especialmente para las comunidades rurales e indígenas. En el área rural, su uso pasó del 7,05% en 2015 al 21,94% en 2022; en el área urbana alcanzó el 11,46% (Gráfico 7). Este crecimiento se explica por la revalorización cultural, pero también por la persistencia de barreras al acceso a la medicina convencional. Según Espinoza *et al.* (2023), curanderos, parteras y terapeutas tradicionales son socialmente reconocidos y, en muchos casos, más accesibles en términos económicos y geográficos.

Gráfico 7
Bolivia - Áreas rural y urbana: Porcentaje de personas que accedieron a cada tipo de servicio de salud, 2015-2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Encuestas de Hogares 2015 - 2023 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: En 2020, no se preguntó sobre la utilización de servicios de salud en la Encuesta de Hogares, por lo que no hay datos disponibles para tal año.

III.5. Automedicación: una práctica generalizada y riesgosa

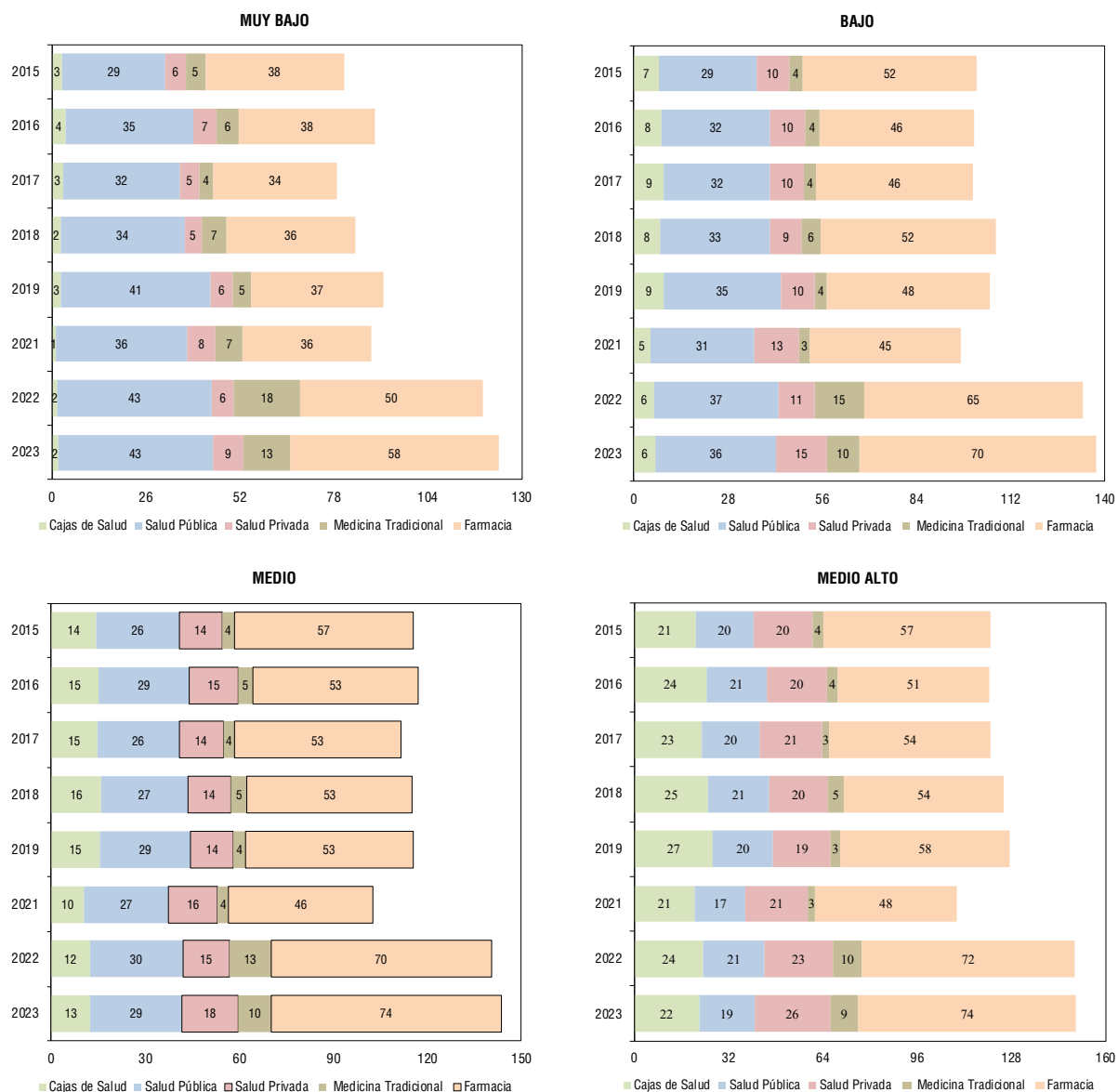
Frente a las dificultades de acceso oportuno, muchas personas optan por acudir directamente a farmacias. En 2022, esta fue la principal fuente de atención para el 43,76% de la población rural y el 71,31% de la urbana (Garbay & García, 2023). Esta práctica, común en hogares con menores ingresos o en zonas donde la atención médica es escasa o costosa, representa una solución inmediata pero riesgosa. La automedicación sin supervisión profesional puede derivar en errores diagnósticos, interacciones medicamentosas peligrosas y mayor resistencia a los antimicrobianos (OPS-OMS, 2023).

III.6. Desigualdades por nivel socioeconómico

Las diferencias en el acceso a servicios de salud también se expresan con nitidez según el nivel de ingresos. En 2022, el 42,77% de la población del cuartil más bajo utilizó servicios públicos, mientras que apenas el 6,10% accedió a servicios privados. En cambio, entre los grupos de mayores ingresos, el uso de servicios privados alcanzó el 23,2%, lo que refleja una segmentación estructural persistente: los sectores de bajos recursos dependen casi por completo del sistema público, mientras que los más acomodados acceden con mayor facilidad a atención especializada, resolutive y oportuna (Gráfico 8).

Gráfico 8

Bolivia: Porcentaje de personas que accedieron a cada tipo de servicio de salud por cuartil de ingresos, 2015-2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos de las Encuestas de Hogares 2015 - 2023 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: En 2020, no se preguntó sobre la utilización de servicios de salud en la Encuesta de Hogares, por lo que no hay datos disponibles para tal año.

III.7. Modelo SAFCI: salud comunitaria, intercultural y con enfoque de derechos

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), institucionalizado mediante el Decreto Supremo N.º 29601 en 2008, constituye la política nacional de atención en salud en Bolivia. Fundado en los principios de equidad, solidaridad, integralidad, participación social y respeto a la diversidad cultural, el modelo SAFCI propone superar el paradigma hospitalocéntrico y curativo del modelo biomédico tradicional. En su lugar, plantea una atención primaria con enfoque preventivo, territorializado, intercultural y resolutivo, articulado con redes de salud y con fuerte participación comunitaria.

El modelo reconoce como actores clave tanto al personal médico como a agentes comunitarios, parteras tradicionales y guías espirituales, especialmente en contextos rurales e indígenas. Según datos del Ministerio de Salud, hacia 2024 se habían registrado más de 1.977 agentes tradicionales en establecimientos de salud, muchos de los cuales incorporaron consultorios de medicina ancestral como parte de su oferta de servicios (Ministerio de Salud y Deportes, 2024a).

Sin embargo, la implementación del modelo ha sido desigual y enfrenta desafíos estructurales importantes. Si bien existen experiencias valiosas en municipios rurales –donde se han formado redes integradas de salud, comités de salud locales y servicios de medicina tradicional– su incorporación plena en la planificación sanitaria, en el presupuesto institucional y en la formación profesional del personal aún es limitada. En muchos establecimientos, el enfoque preventivo y comunitario continúa subordinado a una lógica asistencial centrada en la atención curativa (Oporto *et al.*, 2023).

III.8. Infraestructura y recursos para la atención en salud

La infraestructura y los recursos disponibles en el sistema de salud determinan en gran medida su capacidad operativa y su potencial resolutivo. En Bolivia, a pesar de los avances normativos y el SUS, persisten carencias estructurales que afectan de manera crítica la calidad, cobertura y oportunidad de la atención médica, especialmente en zonas rurales o de alta dispersión poblacional (Carvajal & Ortiz, 2020).

Según datos recientes, Bolivia cuenta con una red nacional de hospitales y centros de salud que, sin embargo, resulta insuficiente para responder

a la demanda creciente. El país registra un alto número de habitantes por establecimiento, lo que evidencia la necesidad de ampliar la capacidad instalada de atención, particularmente en el sector público. La Tabla 4 presenta un panorama de los principales indicadores de infraestructura sanitaria entre 2015 y 2023, incluyendo el número de habitantes por establecimiento de salud y la disponibilidad de camas hospitalarias.

El análisis revela que, si bien ha habido una leve mejora en la cobertura, el acceso sigue siendo marcadamente desigual. De acuerdo con los registros administrativos del INE (2023), cada establecimiento de salud atiende, en promedio, a más de 2.800 personas, con importantes variaciones entre áreas urbanas y rurales. En el caso de hospitales de segundo y tercer nivel, el promedio supera los 32.000 habitantes por hospital en 2023, lo que refleja una presión insostenible sobre la infraestructura especializada.

A ello se suma una grave escasez de camas hospitalarias, con apenas 1,6 camas por cada 1.000 habitantes (484 habitantes por cama en 2020), muy por debajo del estándar mínimo recomendado por la Organización Mundial de la Salud, que oscila entre 2,5 y 4 camas por cada 1.000 habitantes (JICA, 2021).

La situación del recurso humano es igualmente crítica. En 2021, Bolivia contaba con apenas 12,7 médicos por cada 10.000 habitantes (equivalente a 127 por 100.000) y 16,1 personal de enfermería y partería por 10.000 habitantes (161 por 100.000), totalizando 28,8 profesionales de salud por 10.000 habitantes (288 por 100.000) (World Population Review, 2025). Este nivel está muy por debajo del umbral mínimo de 44,5 médicos, enfermeras y parteras por 10.000 habitantes (445 por 100.000) recomendado por la Organización Mundial de la Salud para la cobertura universal de salud (WHO, 2021) y también por debajo del promedio regional de América Latina y el Caribe, que asciende a 56 profesionales de salud por 10.000 habitantes (560 por 100.000) (OECD, 2023).

Los datos muestran una expansión limitada del primer nivel de atención: entre 2015 y 2023, el número de habitantes por establecimiento aumentó de 3.106 a 3.280, lo que sugiere que el crecimiento de la infraestructura no ha acompañado el ritmo de crecimiento poblacional. En contraste, el número de habitantes por hospital de segundo y tercer nivel disminuyó ligeramente de 35.032 a 32.626, lo que indica un esfuerzo por ampliar la capacidad especializada, aunque claramente insuficiente frente a la demanda creciente (Tabla 4).

Tabla 4
Bolivia: Indicadores de infraestructura sanitaria, 2015-2023

Año	Número de habitantes por establecimiento de salud*	Número de habitantes por establecimiento de salud de primer nivel**	Número de habitantes por establecimientos hospitalarios***	Número de habitantes por cama hospitalaria
2015	2.853	3.106	35.032	830
2016	2.836	3.064	38.011	797
2017	2.856	3.093	37.277	780
2018	2.879	3.118	37.566	781
2019	2.880	3.129	36.183	770
2020	2.825	3.072	35.173	720
2021	2.772	3.175	34.549	725
2022	2.862	3.257	34.108	713
2023	2.838	3.280	32.626	667

Fuente: Elaboración propia con base en datos de registros administrativos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota [1]: *Todos los establecimientos de la Red de Servicios de Salud. **Puestos y Centros de Salud. ***Hospital Básico, Hospital General e Instituto Especializado.

Además, como señala Oporto *et al.* (2023), el desarrollo de infraestructura sanitaria en Bolivia ha carecido de una planificación territorial estratégica. Mientras las capitales departamentales concentran hospitales de tercer nivel con equipamiento moderno, amplias zonas rurales continúan sin establecimientos adecuados para brindar siquiera atención primaria, lo que obliga a las personas a desplazarse grandes distancias para acceder a servicios básicos (OPS-OMS, 2023).

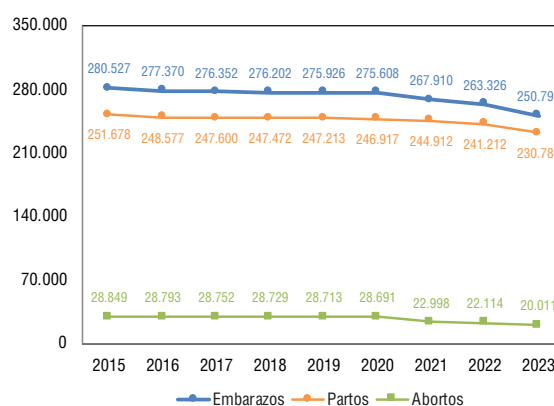
Esta fragmentación se ve intensificada por la ausencia de políticas efectivas para atraer y retener profesionales de salud en municipios con menor densidad poblacional. Como advierte la OMS (2021a), la escasez de equipos técnicos, medicamentos esenciales y condiciones laborales adecuadas ha consolidado una desigualdad estructural que afecta de manera desproporcionada a las comunidades más vulnerables del país.

IV. Salud materno-infantil y adolescente: logros y desafíos estructurales

La salud materno-infantil y adolescente constituye un eje prioritario para cualquier sistema sanitario que busque garantizar la equidad y la justicia social. En Bolivia, las políticas dirigidas a estos grupos han permitido avances relevantes en términos de cobertura y reducción de ciertos indicadores de riesgo. No obstante, persisten brechas preocupantes, especialmente entre áreas urbanas y rurales.

En los últimos años, la dinámica reproductiva en el país ha mostrado una tendencia decreciente. Como se observa en el Gráfico 9, el número total de embarazos, partos y abortos ha disminuido entre 2015 y 2023, lo cual puede interpretarse como una señal de reducción de la fecundidad a nivel nacional.

Gráfico 9
Bolivia: Dinámica reproductiva, 2015-2023



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) e Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Nota: Estimaciones demográficas actualizadas con base en la Revisión 2020 del INE y SNIS-VE, que incorporan registros administrativos municipales y datos de la Encuesta de Demografía y Salud (2016).

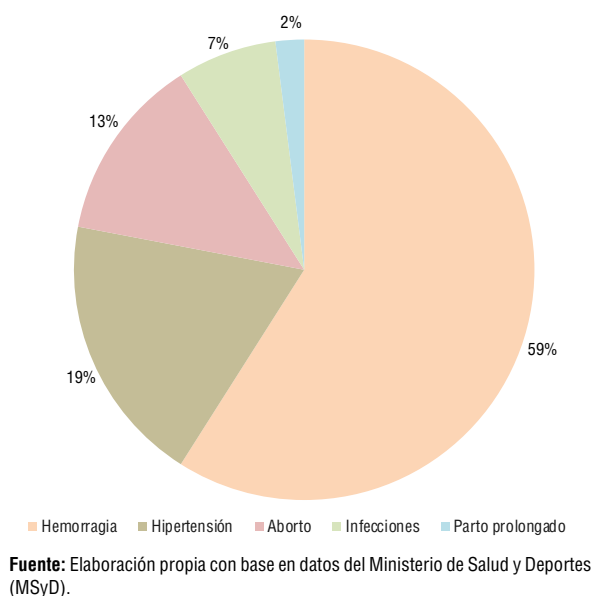
IV.1. Mortalidad materna e infantil

Bolivia ha logrado una reducción sostenida en los indicadores de mortalidad materna e infantil durante las últimas décadas; sin embargo, sus tasas continúan siendo elevadas en comparación con el promedio regional. En 2020, la razón de mortalidad materna (RMM) fue de 161 muertes por cada 100.000 nacidos vivos (OPS-OMS, 2023), lo que representa una disminución del 43 % respecto al año 2000. Aun así, esta cifra casi duplica el promedio regional de América Latina y el Caribe, estimado en 88 muertes por 100.000 nacidos vivos (OMS, 2021).

Las principales causas de muerte materna –como muestra el Gráfico 10– son hemorragias posparto (59%), trastornos hipertensivos del embarazo (19%) y abortos inseguros (13%), seguidas de infecciones (7%) y partos prolongados (2%) (Ministerio de Salud, 2016). Estas causas evidencian deficiencias críticas en el acceso a servicios obstétricos de emergencia, insumos esenciales y atención oportuna. El 42% de las muertes maternas ocurren en el domicilio y un 17% durante el traslado, lo que revela la persistencia de barreras geográficas y logísticas para la

atención en salud que enfrentan muchas mujeres (Ministerio de Salud, 2016).

Gráfico 10
Bolivia: Causas de la mortalidad materna, 2011



A estos factores clínicos se suman profundas desigualdades en el acceso a servicios básicos de salud materna. Aunque la cobertura de controles prenatales ha mejorado, el 19 % de las gestantes no accede a las cuatro consultas mínimas recomendadas, una brecha que afecta con mayor severidad a mujeres indígenas, rurales y de bajos ingresos (Ministerio de Salud, 2016).

Por otra parte, si bien las tendencias de mortalidad infantil han mejorado –de 54 a 20 muertes por cada 1.000 nacidos vivos entre 2003 y 2022 (Banco Mundial, 2022), y de más de 60 a 21 por 1.000 en menores de cinco años (UNICEF, 2022)–, las disparidades siguen siendo marcadas. En algunos municipios rurales, las tasas superan las 35 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, mientras que en ciudades como La Paz o Santa Cruz descienden por debajo de 15 (UNICEF, 2022).

Estas cifras reflejan los logros de las políticas públicas orientadas a reducir la mortalidad materna e infantil, pero también revelan la persistencia de determinantes estructurales de desigualdad. Estos afectan con mayor intensidad a las poblaciones rurales, indígenas y empobrecidas. Como advierte Oporto *et al.* (2023), las mejoras en salud materna e infantil no serán sostenibles sin una expansión territorial real del sistema sanitario, una atención con enfoque intercultural y un acceso efectivo a servicios obstétricos y neonatales esenciales.

IV.2. Tipo de establecimiento de atención de los partos

La fragmentación del sistema de salud en Bolivia se refleja con claridad en los lugares donde se atienden los partos, lo que a su vez evidencia profundas desigualdades territoriales. En 2022, el 67,14% de los partos en áreas urbanas fueron atendidos en establecimientos públicos, el 15,62% en cajas de salud y el 13,77% en clínicas privadas. En las zonas rurales, si bien el 67,57% también se realizó en el sector público, un 22,95% tuvo lugar fuera del sistema hospitalario –incluyendo domicilios y centros sin condiciones adecuadas– y apenas el 4,8% ocurrió en clínicas privadas o cajas de salud (Gráfico 11).

Esta brecha se amplía al observar la proporción de partos institucionales: mientras más del 90% de los nacimientos urbanos se producen en hospitales, en el área rural esta cobertura cae por debajo del 70% (OPS-OMS, 2023). Departamentos como Potosí, Beni y La Paz presentan las tasas más altas de partos fuera del sistema hospitalario, en parte debido a la insuficiencia de infraestructura, equipamiento y personal médico especializado.

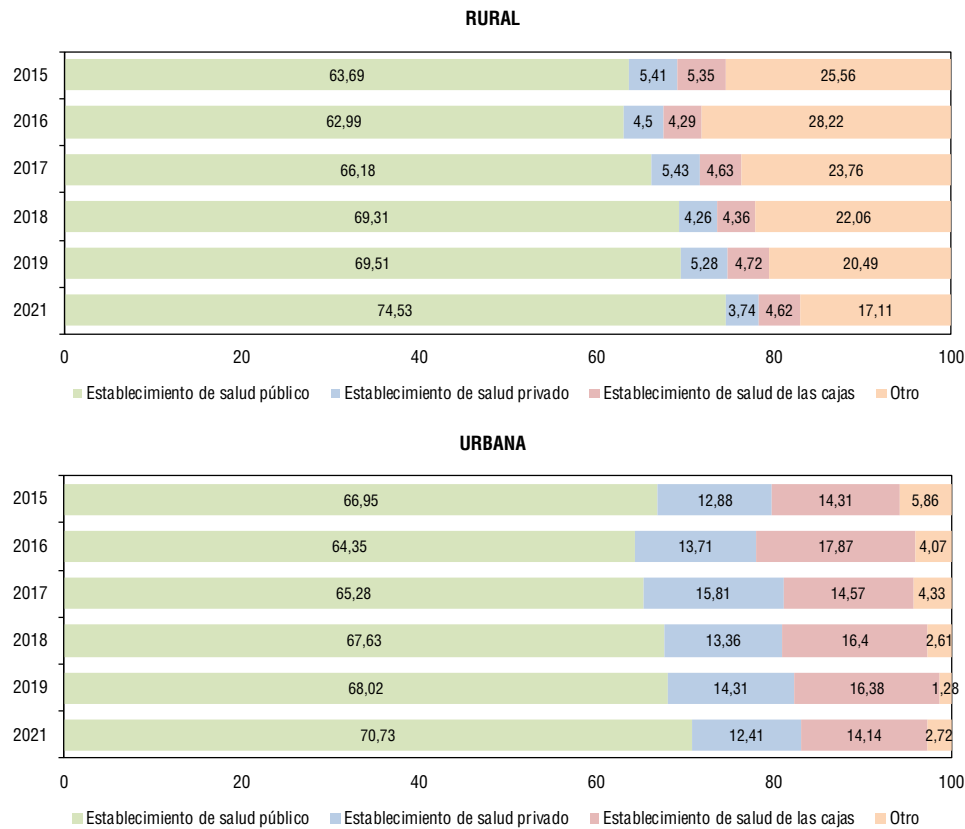
La vulnerabilidad obstétrica en áreas rurales se acentúa por la persistencia de partos domiciliarios o en centros de atención básica sin profesionales capacitados (Aponte *et al.*, 2019). Esta situación se vincula directamente con los indicadores de mortalidad materna: según el Ministerio de Salud (2016), siete de cada diez muertes maternas ocurren en zonas rurales o periurbanas, y solo el 31% en capitales departamentales.

IV.3. Violencia obstétrica

La violencia obstétrica es una forma específica de violencia de género que afecta a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto. Se manifiesta a través de prácticas deshumanizadas, negligentes o coercitivas que vulneran los derechos reproductivos y el principio de trato digno en el sistema de salud. Incluye desde comentarios ofensivos o burlas hasta la imposición de procedimientos sin consentimiento, la omisión de información o la negación del derecho a decidir sobre el propio cuerpo y el acompañamiento durante la atención.

En Bolivia, este problema ha sido documentado en diversas encuestas. La Encuesta

Gráfico 11
Bolivia - Áreas rural y urbana: Porcentaje de atención del último parto por lugar de atención, 2015-2021



Fuente: Elaboración propia en base a datos de las Encuestas de Hogares 2015 - 2022.
Nota: En 2020, no se preguntó sobre la utilización de servicios de salud en la Encuesta de Hogares, por lo que no hay datos disponibles para tal año. Además, el último dato corresponde a 2021 dado que discontinuaron la pregunta en la EH 2023.

de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres (EPVCM) de 2016 reveló que el 63,5% de las mujeres mayores de 15 años había experimentado algún tipo de violencia obstétrica. Este dato refleja la persistencia de prácticas normalizadas que lesionan derechos fundamentales en todos los niveles del sistema sanitario.

La ocurrencia de este tipo de violencia varía según el tipo de establecimiento. El 68,3% de los casos se reportaron en hospitales públicos, el 64,2% en hospitales de la seguridad social y el 35,4% en clínicas privadas. Los porcentajes indican que se trata de un fenómeno estructural, presente en todos los subsistemas de atención. Tampoco se observan diferencias significativas por estado civil: el 63,3% de las mujeres casadas o unidas reportaron haber sido víctimas, frente al 66,8% de quienes estuvieron unidas anteriormente y al 61,5% de aquellas que nunca lo estuvieron. Por grupo etario, destaca la prevalencia del 90,8% entre mujeres de 50 a 59 años, lo cual puede reflejar una mayor exposición acumulada a lo largo de la vida o a prácticas más extendidas en décadas anteriores.

Tabla 5
Bolivia: Mujeres de 15 años o más de edad que han sufrido algún hecho de violencia obstétrica según característica seleccionada, 2016

Característica seleccionada	Mujeres que tuvieron su último parto en un establecimiento de salud	Situación de violencia obstétrica		
		Sin violencia	Con violencia	Sin especificar
BOLIVIA	837,77	35,6	63,5	0,9*
Lugar de atención				
Hospital Público	646,18	30,6	68,3	1,1*
Hospital de la seguridad social	80,149	35,8	64,2	
Clínica Privada	110,763	64,6	35,4	
Clínica de la Iglesia o ONGs	678			100,0*
Situación conyugal				
Casadas o unidas	708,884	36,3	63,3	0,3*
Alguna vez unidas	70,363	31,7	66,8	1,5*
Nunca unidas	58,523	31,5	61,5	7,0*
Grupo de Edad				
15 - 28	403,024	33,3	65,7	1,0
29 - 39	360,48	38,2	60,9	0,9*
40 - 49	71,562	36,4	63,2	0,4*
50 - 59	2,704	9,2*	90,8*	

Fuente: Elaboración propia con base a datos del Instituto Nacional de Estadística - Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres, 2016.
Nota: Se tomó en cuenta a las mujeres que tuvieron al menos un(a) hijo(a) nacido(a) vivo(a), en los últimos cinco años previos a la encuesta.

Entre las formas más frecuentes de maltrato se encuentran: la prohibición de un acompañante de confianza (67,8%), falta de respuesta a dudas médicas (55,4%), críticas por la expresión emocional durante el parto (45,7%), restricciones de movimiento (entre 34,6% y 41,6%) y comentarios irónicos o despectivos por parte del personal de salud (39,6%). También se reportó que el 50,4% de las mujeres no pudo expresar sus miedos sin recibir una respuesta negativa (ver Tabla 6).

El Estudio Nacional de Violencia Obstétrica de 2025 confirmó estas tendencias. El 59,8% de las mujeres encuestadas reportó haber sufrido algún tipo de violencia obstétrica, con predominio de la violencia psicológica (55,8%), seguida de la física (17,5%) y sexual (3,5%). La violencia psicológica fue especialmente frecuente en hospitales públicos (64,49%), aunque también se registró en clínicas privadas (51,82%) y en partos domiciliarios (44,34%) (Ciudadanía & Observatorio de Violencia Obstétrica en Bolivia, 2025).

Los principales agresores fueron personal médico (36,6%) y otros miembros del equipo de salud (57,5%), lo que evidencia dinámicas

institucionales que perpetúan el maltrato. Las enfermeras estuvieron implicadas en un 3% de los casos.

En cuanto a la violencia física, el 15% de las mujeres reportó agresiones como sacudidas, pellizcos, empujones o inmovilización forzada. Entre las adolescentes menores de edad, el 22,7% indicó haber sido atada o golpeada durante el parto. Además, más del 66% de las mujeres señaló que no se les permitió decidir si querían estar acompañadas, lo que refuerza un modelo de atención vertical y autoritario.

También se identificaron patrones de discriminación durante la atención. Los motivos más reportados fueron: edad (16%), ser primeriza (15,2%), número de hijos (12,3%), condición económica (9,2%) y no tener pareja formal (9,2%). En menor proporción, se denunciaron actos discriminatorios por orientación sexual (5,2%), origen étnico (4,7%), enfermedades de transmisión sexual (2,2%), condición migrante (1,7%) y VIH (0,4%).

Un dato alarmante es la alta tasa de cesáreas. Mientras la OMS recomienda no superar el 15% de partos por esta vía, el Sistema Único de Salud

Tabla 6
Mujeres de 15 años o más que han sufrido hechos de violencia obstétrica según forma de violencia ejercido por el personal de salud y característica seleccionada, 2016

Característica seleccionada	Mujeres en situación de violencia obstétrica		Forma de maltrato							
			El personal de salud criticaba su comportamiento con comentarios irónicos, o en tono de chiste	Le criticaron por llorar o gritar de dolor, alegría o tristeza durante el trabajo de parto y/o el parto	Le resultó difícil aclarar sus dudas porque no le respondían	Le resultó imposible manifestar sus miedos porque lo hacían de mala manera	Durante el período de dilatación, la obligaron a permanecer boca arriba, aunque manifestará su incomodidad en esa posición	Durante el período de dilatación, le privaron la posibilidad de caminar o buscar posiciones según sus necesidades	Durante el período de alumbramiento o parto, le privaron de la posibilidad de adoptar la postura más cómoda	Durante el proceso, se le impidió estar acompañada por alguien de su confianza
BOLIVIA	531,86	63,5	39,6	45,7	55,4	50,4	34,6	38,7	41,6	67,8
Lugar de atención										
Hospital Público	441,243	68,3	41,1	47,5	56,2	50,6	34,3	40,4	42,8	69,4
Hospital de la seguridad social	51,438	64,2	37,9	45,5	56,4	58,6	38,4	34,3	38,6	67,7
Clínica Privada	39,179	35,4	24,5*	26,5*	44,0	37,7	33,5*	25,1*	32,7	49,4
Situación conyugal										
Casadas o unidas	448,868	63,3	39,3	45,7	54,8	49,7	33,5	39,5	40,2	67,0
Alguna vez unidas	46,977	66,8	37,8	37,0	58,5	54,6	44,6	39,8	51,5	71,4
Nunca unidas	36,015	61,5	45,1	57,6	58,1	53,1	35,1	26,2	46,8	72,8
Grupo de Edad										
15 - 28	264,594	65,7	41,3	47,5	54,7	50,9	34,7	40,3	42,7	71,1
29 - 39	219,568	60,9	37,6	44,6	56,8	50,2	36,8	38,0	42,6	65,1
40 - 49	45,244	63,2	38,7	39,4	51,7	49,3	24,4*	31,1	31,0	65,0
50 - 59	2,454	90,8*	51,2*	76,8*	67,3*	25,6*	23,2*	64,8*	41,6*	

Fuente: Elaboración propia con base a datos del Instituto Nacional de Estadística - Encuesta de Prevalencia y Características de la Violencia contra las Mujeres, 2016.

Nota: Para el cálculo de estos indicadores se ha considerado al último parto institucional ocurrido en los últimos cinco años y la violencia durante el proceso de alumbramiento.

reporta una tasa del 50%. El 31% de las mujeres encuestadas indicó que fue sometida a cesárea sin su consentimiento, y un porcentaje similar no pudo tener contacto inmediato con su recién nacido (Ciudadanía & Observatorio de Violencia Obstétrica en Bolivia, 2025).

Estas prácticas constituyen una violación grave a los derechos humanos y reproductivos. Su persistencia refleja un modelo de atención que margina la autonomía de las mujeres y reproduce lógicas de control, violencia y desinformación en un momento crítico de su vida.

Enfrentar esta problemática requiere cambios estructurales. No basta con normas legales: se necesitan reformas profundas en la formación del personal sanitario, mecanismos efectivos de supervisión institucional y un modelo de atención centrado en el respeto, la empatía y la dignidad de las mujeres en todas las etapas de la maternidad.

IV.4. Bono Juana Azurduy y Subsidio Universal Prenatal por la Vida

El Bono Juana Azurduy (BJA) fue implementado en 2009 como una estrategia del Estado boliviano para mejorar la salud materno-infantil, reducir la mortalidad materna y combatir la desnutrición crónica infantil. Se trata de un subsidio condicionado que busca incentivar el cumplimiento de controles prenatales y garantizar el acceso a servicios de salud para madres e hijos en situación de vulnerabilidad.

El beneficio consiste en un incentivo económico total de 1.820 bolivianos, distribuido en función del cumplimiento de hitos sanitarios: cuatro controles prenatales (Bs 50 cada uno), atención del parto y posparto (Bs 120), y doce controles de salud para niños y niñas menores de dos años (Bs 125 cada uno). Además del apoyo monetario, las beneficiarias reciben paquetes alimentarios complementarios como parte del acompañamiento nutricional.

Desde su implementación, el programa ha beneficiado a más de 1,5 millones de mujeres gestantes y a 1,8 millones de niñas y niños, con una inversión acumulada de más de 1.963 millones de bolivianos (Ministerio de Salud y Deportes, 2025). El Ministerio de Salud y Deportes y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bolivia (2022) en los “Resultados de percepción y satisfacción del Programa Bono Juana Azurduy” se señala que

la mejora en la cobertura de controles prenatales y el fortalecimiento del vínculo entre las comunidades vulnerables y el sistema de salud, ayuda a reducir ciertos riesgos asociados al embarazo y el parto.

Sin embargo, como señala la OPS-OMS (2023), la efectividad del bono varía según el contexto territorial. Las barreras geográficas, la escasez de establecimientos de salud cercanos, la falta de información y las dificultades administrativas dificultan el acceso regular al beneficio, especialmente en zonas rurales e indígenas. La cobertura del programa, aunque amplia, enfrenta limitaciones asociadas a la logística del pago, el cumplimiento de requisitos y el desconocimiento de los procedimientos por parte de algunas mujeres beneficiarias (Carvajal & Ortiz, 2020).

La Tabla 7 muestra la evolución del número de beneficiarias del BJA entre 2015 y 2021. El punto más alto se alcanzó en 2018, con 116.422 mujeres inscritas, seguido de una leve caída a 106.601 en 2021, posiblemente relacionada con las restricciones de movilidad y ajustes operativos durante la pandemia de COVID-19. Una tendencia similar se observa en el número de niñas y niños beneficiarios, que alcanzó un pico de 121.209 en 2017.

Como complemento al BJA, en 2015 se creó el Subsidio Universal Prenatal por la Vida (SUPV), con el objetivo de ampliar el apoyo económico a madres gestantes en situación de pobreza extrema. Este subsidio busca garantizar mejores condiciones de vida y mitigar riesgos sanitarios y nutricionales durante el embarazo. El número de beneficiarias aumentó de 22.200 en 2015 a 84.696 en 2021, aunque también ha registrado fluctuaciones debido a obstáculos operativos en comunidades de difícil acceso.

Ambos programas han sido reconocidos como instrumentos clave de la política pública para incentivar la asistencia prenatal y mejorar la captación temprana de embarazos en el sistema de salud. No obstante, su impacto desigual según territorio y condición socioeconómica requiere medidas complementarias que fortalezcan la equidad en el acceso, mejoren los servicios locales y reduzcan las brechas en cobertura efectiva. Su continuidad debe estar acompañada por avances en la gobernanza local, una articulación intersectorial más eficiente y un seguimiento riguroso de los indicadores de calidad en salud materna e infantil.

Tabla 7
Bolivia: Bono Juana Azurduy y Subsidio Universal por la Vida, 2015-2022

Año	Número de mujeres inscritas en el Bono Juana Azurduy	Número de niños/as inscritos/as en el Bono Juana Azurduy	Número de beneficiarias del SUPV
2015	90.445	95.599	22.200
2016	112.224	116.578	95.982
2017	110.945	121.216	102.642
2018	116.418	116.101	105.169
2019	108.805	109.532	97.449
2020	101.827	108.181	68.891
2021	106.846	108.848	84.696
2022	126.246	118.787	90.341

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Ministerio de Salud y Deportes (MSyD).

V. Pandemia de COVID-19

La pandemia de COVID-19, iniciada a nivel mundial en enero de 2020, marcó un punto de inflexión en la historia reciente, afectando simultáneamente la salud, la economía y las dinámicas sociales. Bolivia no fue ajena a estos efectos: el virus SARS-CoV-2 puso en evidencia las fragilidades estructurales del sistema nacional de salud y profundizó desigualdades preexistentes en el acceso a servicios médicos, protección social y condiciones de vida digna.

A escala global, la propagación del virus fue vertiginosa. Según la OMS (2025), entre 2020 y 2023 se reportaron más de 800 millones de casos confirmados, con múltiples olas epidémicas asociadas a variantes como Delta y Ómicron. Este patrón se observa en el Gráfico 12, que muestra

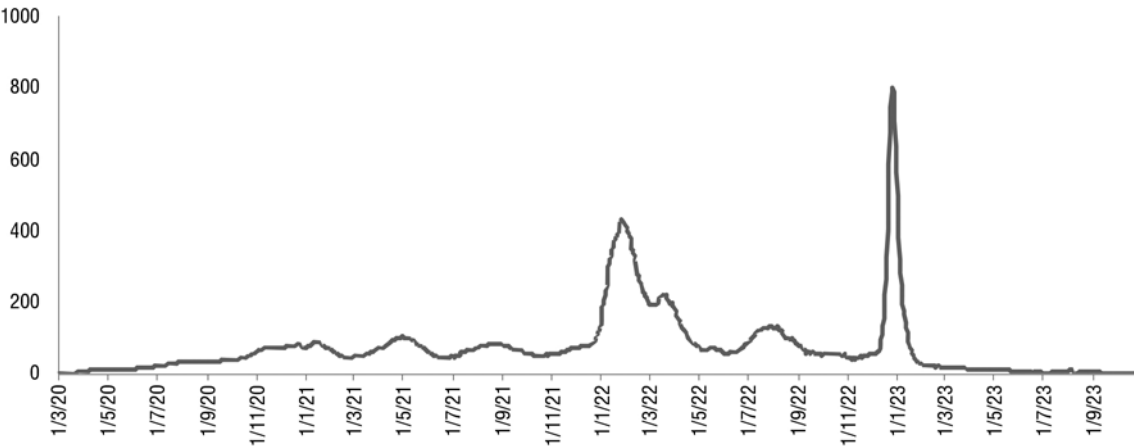
la evolución de los casos diarios por millón de personas, calculada con un promedio móvil de siete días. Los picos más altos se dieron entre finales de 2021 y comienzos de 2022, cuando se superaron los 400 casos diarios por millón.

Desde una perspectiva económica, la pandemia provocó una de las mayores contracciones del PIB global desde la Gran Depresión. Según el Fondo Monetario Internacional (2021), el producto interno bruto mundial cayó un 3,4% en 2020, como resultado de las restricciones a la movilidad, la disrupción de las cadenas de suministro y la reducción del comercio internacional (Baldwin & Mauro, 2020). Esta crisis derivó en pérdida masiva de empleos y aumento de la pobreza, con efectos más severos en América Latina, donde predominan el empleo informal y la débil cobertura de protección social.

En el plano demográfico, la COVID-19 redujo la esperanza de vida en numerosos países. Aburto *et al.* (2022) estimaron una caída promedio de hasta 1,5 años en contextos severamente afectados. La letalidad fue más alta entre personas adultas mayores y aquellas con enfermedades crónicas. En países de ingresos medios y bajos, como Bolivia, la escasez de infraestructura hospitalaria, insumos críticos y personal médico agravó la situación (Herrera *et al.*, 2022).

América Latina acumuló algunas de las tasas de mortalidad más elevadas del mundo. El Gráfico 13 muestra la tasa de mortalidad por COVID-19 por cada 100.000 habitantes al 27 de junio de 2022. Bolivia, con una tasa de 188,07, se ubicó por debajo de Perú y Brasil, pero por encima de varios países vecinos, lo que confirma la gravedad de la crisis sanitaria.

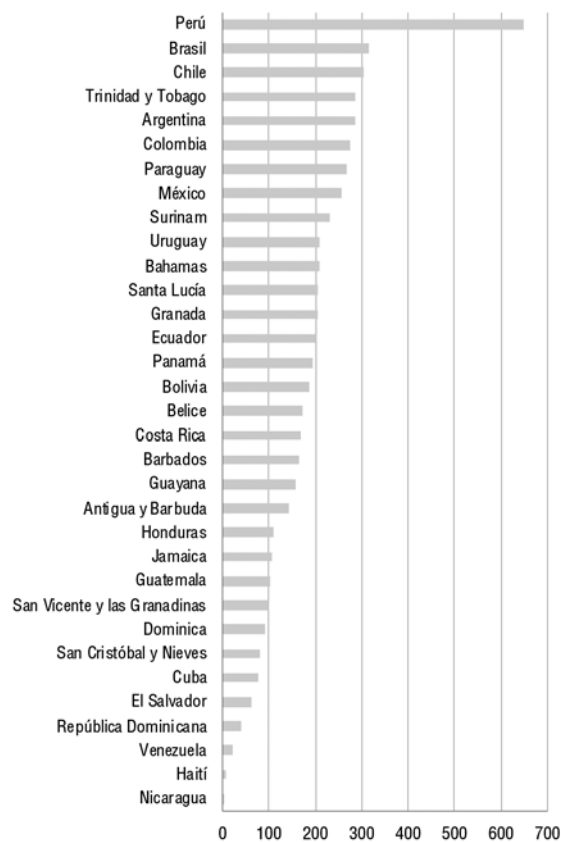
Gráfico 12
Mundo: Número de casos diarios confirmados de COVID-19 por cada millón de personas, 2020-2023



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Organización Mundial de la Salud (2025), Población basada en diversas fuentes (2024), con mayor procesamiento por Our World in Data.

Nota: Promedio móvil de 7 días. Debido a las pruebas limitadas, el número de casos confirmados es menor que el número real de infecciones.

Gráfico 13
América Latina y el Caribe: Tasa de mortalidad por enfermedad por coronavirus (COVID-19) en países seleccionados (por 100.000 habitantes), al 27 de junio de 2022



Fuente: Elaboración propia en base a datos del LAC; Johns Hopkins University; 27 de junio de 2022. Recuperado de Statista: <https://es.statista.com/estadisticas/1285097/tasa-de-mortalidad-por-coronavirus-america-latina/>

V.1. Impacto sanitario y desigualdades en Bolivia

Entre marzo de 2020 y marzo de 2022, en Bolivia se registraron oficialmente 22.365 muertes por COVID-19, aunque se presume un subregistro considerable. La tasa de letalidad nacional fue del 1,9%, con picos que alcanzaron hasta el 6,8% en los momentos más críticos. El país acumuló más de 1,1 millones de contagios, lo que representa una incidencia cercana a 10.000 casos por cada 100.000 habitantes.

La pandemia afectó de forma desproporcionada a las personas con menos recursos. Un estudio basado en la Encuesta de Hogares 2021 (Arias-Uribe *et al.*, 2022) mostró que las personas que viven en zonas rurales tuvieron un 41% menos de probabilidades de acceder a una prueba de diagnóstico y un 31% menos de recibir un diagnóstico confirmado, en comparación con las personas residentes en áreas urbanas. Las diferencias también se evidenciaron según el nivel educativo y el ingreso del hogar. Quienes tenían

estudios superiores accedieron en un 53% más a pruebas de detección, y los hogares del quintil de mayores ingresos tuvieron un 45% más de posibilidades de realizarse una prueba y un 71% más de recibir un diagnóstico confirmado que los del quintil más bajo.

V.2. Carga económica sobre las familias

Según datos de Oporto *et al.* (2023), durante 2020 los hogares bolivianos asumieron gastos significativos relacionados con la atención sanitaria por COVID-19: en promedio, Bs 967 por consultas externas, Bs 9.474 por hospitalización, Bs 519 en medicamentos y Bs 2.627 en oxígeno medicinal. El costo total para las familias se estimó en Bs 4.246, equivalente a aproximadamente 610 millones de dólares.

Esta carga económica se vio agravada por la pérdida de empleo e ingresos que afectó a miles de familias. El Estado boliviano implementó transferencias y subsidios de emergencia, pero su cobertura resultó limitada frente a la magnitud del impacto y la velocidad con la que se deterioraron las condiciones de vida, especialmente en los sectores más empobrecidos.

V.3. Respuesta institucional y cooperación internacional

Alejo *et al.* (2020) identificó debilidades estructurales del sistema de salud frente a emergencias como la pandemia: la escasez de camas de terapia intensiva, la precariedad laboral del personal médico y la débil coordinación intergubernamental limitaron la capacidad de respuesta. Aunque se habilitaron hospitales específicos para COVID-19 y se adquirieron insumos médicos, muchas de estas acciones fueron tardías o insuficientes para contener el impacto.

A nivel internacional, la iniciativa COVAX facilitó una distribución más equitativa de vacunas. Bolivia accedió a millones de dosis que permitieron acelerar el proceso de inmunización a partir de mediados de 2021. Sin embargo, los problemas logísticos internos y la desconfianza hacia las vacunas limitaron la cobertura inicial, en particular en áreas rurales.

La pandemia dejó lecciones ineludibles: es urgente fortalecer la infraestructura sanitaria, garantizar el acceso equitativo a los servicios y preparar al sistema para responder con mayor eficacia ante futuras crisis sanitarias. Como advierten Oporto *et al.* (2023), la COVID-19

representó un “evento catastrófico” que reveló la vulnerabilidad estructural del país y tuvo un efecto devastador sobre la salud, los ingresos familiares y la cohesión social.

VI. Índice de Salud Municipal

El Índice de Salud Municipal (ISM) es una herramienta que permite visualizar y comparar el estado de la salud pública en los distintos municipios del país. Su construcción se basa en diez variables clave: mortalidad infantil, incidencia de enfermedades diarreicas agudas en menores de cinco años, porcentaje de partos institucionales, cobertura de controles prenatales, ingreso per cápita municipal, asistencia escolar, promedio de años de estudio y acceso a servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento. Esta combinación de indicadores sociales y sanitarios ofrece una visión integral de las condiciones de vida y del acceso efectivo a derechos fundamentales.

Como muestra el Gráfico 14, en 2021 las diferencias entre municipios siguen siendo marcadas. Santa Cruz de la Sierra, La Paz y Cochabamba presentan ISM elevados (en verde), lo que refleja mejores condiciones en salud, educación y servicios básicos. En contraste, municipios como Azurduy y Poroma, representados en naranja, enfrentan condiciones estructurales adversas: tasas más altas de mortalidad

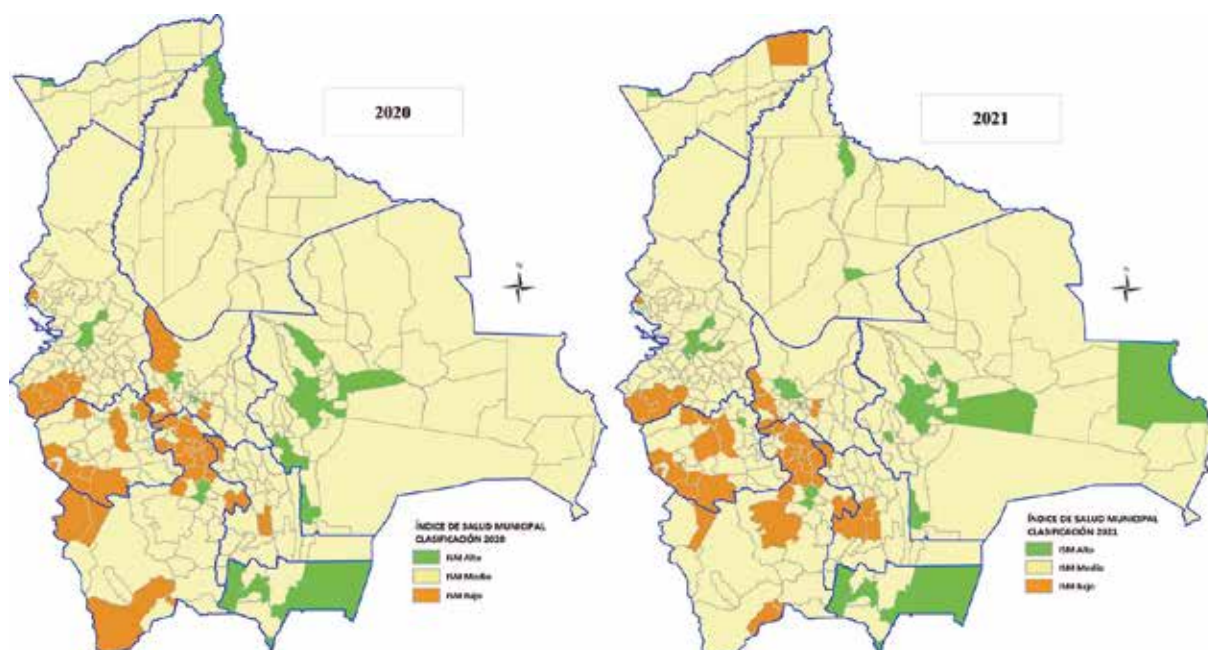
infantil, mayor prevalencia de enfermedades infecciosas y un elevado porcentaje de partos no institucionalizados.

Estas diferencias no son recientes ni aleatorias. Reflejan desigualdades históricas en la inversión pública y en los procesos de planificación territorial. El análisis regional del ISM revela un patrón persistente: el Altiplano boliviano –en particular, municipios como Huachacalla y Tarvita– continúa enfrentando limitaciones severas en infraestructura sanitaria, acceso a agua potable y servicios de saneamiento, con impactos negativos sobre la salud y la esperanza de vida de la población.

Por otro lado, aunque ciudades como Santa Cruz de la Sierra muestran indicadores altos, los contrastes con sus alrededores rurales siguen siendo evidentes. Municipios como Porvenir o Zudañez, a pesar de su proximidad a centros urbanos, registran condiciones por debajo del promedio nacional.

Este panorama exige políticas diferenciadas por territorio. En las zonas rurales, es imprescindible invertir de manera sostenida en infraestructura básica y servicios de salud primaria. En los espacios urbanos, los desafíos se concentran en mejorar la calidad, la eficiencia y la capacidad resolutoria del sistema de salud. Reducir estas brechas será fundamental para construir una salud pública más equitativa y sostenible de cara al Bicentenario.

Gráfico 14
Bolivia: Índice de Salud Municipal, 2020 y 2021



Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE).

VII. Una década decisiva para la salud pública: desafíos y oportunidades rumbo al Bicentenario

Bolivia se encuentra en una encrucijada histórica. Al llegar al Bicentenario, el país enfrentaba el reto de convertir el derecho constitucional a la salud en una garantía efectiva para toda la población, en un contexto de presiones fiscales crecientes, transiciones demográficas aceleradas y rezagos institucionales persistentes. Si bien se han logrado avances normativos y se ha expandido la cobertura formal de atención con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), persisten desigualdades marcadas entre territorios, grupos sociales y niveles asistenciales, lo que pone en entredicho la universalidad prometida por la Constitución y la Ley N.º 1152.

La crisis sanitaria global provocada por la pandemia de COVID-19 reveló con crudeza la fragilidad operativa del sistema boliviano, así como la desconexión entre los distintos subsistemas (público, seguridad social, privado y medicina tradicional). Esto reactivó el debate sobre la necesidad de una transformación estructural: no una suma de programas aislados, sino una reforma integral y sostenida que fortalezca el primer nivel de atención, articule efectivamente los niveles de gobierno y potencie la participación social en la planificación y control del sistema.

Garantizar el derecho a la salud en Bolivia exige ir más allá de la cobertura formal. Requiere una nueva institucionalidad que supere la fragmentación del sistema, una política de financiamiento progresivo que asegure sostenibilidad y equidad, y un modelo de atención centrado en el cuidado integral de las personas a lo largo de su vida, no solo en el tratamiento de enfermedades. Este nuevo pacto por la salud debería descansar en cinco pilares estratégicos, descritos a continuación.

VII.1. Gobernanza con rectoría pública clara y articulación intergubernamental efectiva

Uno de los principales obstáculos para la consolidación de un sistema nacional de salud en Bolivia ha sido la fragmentación institucional y la superposición de competencias entre el nivel central, los servicios departamentales y los municipios. Esta estructura dispersa ha impedido la formación de redes integradas, dificultando la

planificación territorial, la asignación eficiente de recursos y la gestión de emergencias sanitarias, como quedó evidenciado durante la pandemia de COVID-19.

Fortalecer la rectoría del Ministerio de Salud y Deportes como autoridad sanitaria nacional requiere más que disposiciones legales. Es necesario establecer mecanismos formales y vinculantes de coordinación intergubernamental, con competencias claras y sistemas de información interoperables que garanticen seguimiento, referencia y evaluación en todos los niveles de atención. Las experiencias documentadas por la OPS (2023) muestran que los sistemas con mayor cohesión institucional tienen mejores resultados en equidad y eficiencia.

En ese sentido, es necesario:

- Consolidar una plataforma nacional única de información en salud con cobertura municipal, interoperabilidad técnica y obligación de uso para todos los subsistemas.
- Crear Consejos Territoriales de Salud con representación de los niveles subnacionales, el SUS, el Modelo SAFCI y las organizaciones comunitarias, con funciones de planificación conjunta, evaluación y gestión de conflictos.
- Establecer una autoridad reguladora autónoma para supervisar calidad de atención, cumplimiento de protocolos y estándares de equidad en todos los subsistemas.

Una gobernanza efectiva también debe garantizar que la toma de decisiones esté libre de interferencias clientelares y se base en criterios técnicos. Esto implica profesionalizar los cargos clave, aplicar normas de transparencia activa y fortalecer los mecanismos de control social y rendición de cuentas.

VII.2. Financiamiento sostenible y territorialmente equitativo

Una de las debilidades estructurales más persistentes del sistema de salud en Bolivia es la insuficiencia y rigidez de su financiamiento. Aunque el gasto público en salud ha mostrado incrementos nominales, su peso relativo sobre el Producto Interno Bruto (PIB) sigue por debajo del umbral del 6% recomendado por la OPS para garantizar un sistema público universal, y se encuentra muy por debajo del promedio de países con sistemas consolidados.

Además, la estructura de financiamiento sigue altamente concentrada en el Tesoro General del Estado, sin mecanismos redistributivos que respondan a desigualdades territoriales ni fuentes específicas destinadas a la salud preventiva.

La expansión del SUS ha generado una carga creciente sobre recursos públicos, sin que esta expansión venga acompañada de un rediseño del esquema financiero o de una diversificación de fuentes. Este modelo centralizado y lineal dificulta la sostenibilidad en contextos de bajo crecimiento económico, como el actual.

En respuesta a esta situación, se precisa:

- Impulsar un pacto fiscal por la salud que eleve de forma progresiva el gasto público sanitario, priorizando el primer nivel de atención y las regiones con mayores brechas estructurales.
- Consolidar un fondo nacional de mancomunación de recursos (como el propuesto Fondo EQUISALUD), que redistribuya financiamiento hacia municipios con menor capacidad fiscal, de acuerdo con criterios epidemiológicos y de equidad
- Continuar con la asignación de impuestos específicos a productos nocivos para la salud (alcohol y tabaco) para financiar programas de prevención, promoción de la salud, educación para la vida y formación de personal comunitario.
- Reformar la estructura del gasto mediante presupuestos orientados a resultados, planificación multianual y auditorías públicas independientes. La racionalización del gasto corriente y el fortalecimiento de la inversión en infraestructura, equipamiento y tecnología deben ser prioridades.

La reducción del gasto de bolsillo en salud, que sigue siendo elevado en comparación regional, también debe ser un objetivo explícito. Esto se puede lograr fortaleciendo la provisión pública de medicamentos esenciales, ampliando la cobertura de atención preventiva y garantizando gratuidad efectiva en los servicios del SUS.

VII.3. Modelo de atención resolutivo, preventivo y culturalmente pertinente

El sistema de salud boliviano ha evolucionado con una orientación predominantemente curativa, hospitalocéntrica y centrada en respuestas reactivas, especialmente en contextos urbanos. Este enfoque ha limitado su capacidad para

responder a los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica, caracterizados por el envejecimiento poblacional, la carga creciente de enfermedades crónicas y la persistencia de condiciones transmisibles en poblaciones vulnerables.

La falta de resolución en el primer nivel de atención genera cuellos de botella, derivaciones innecesarias y saturación de los servicios de mayor complejidad. Además, las brechas en recursos humanos, equipamiento y capacidad diagnóstica se agravan en zonas rurales, afectando de manera desproporcionada a quienes viven en condiciones de pobreza o exclusión territorial.

Frente a esta realidad, se proponen las siguientes líneas estratégicas:

- Fortalecer el primer nivel como eje del sistema, asegurando su capacidad diagnóstica, terapéutica y de seguimiento. Esto incluye la expansión del número de establecimientos, la dotación de recursos humanos estables y la inversión en infraestructura básica.
- Desarrollar redes integradas de servicios de salud por territorio, que articulen los distintos niveles asistenciales y subsistemas, con rutas claras de referencia y contrarreferencia y criterios comunes de calidad.
- Incorporar un enfoque de curso de vida, que permita una atención integral desde la niñez hasta la vejez, con énfasis en promoción, prevención y autocuidado. Las políticas de salud mental, salud sexual y reproductiva, y cuidado de enfermedades crónicas deben ajustarse a los ciclos vitales de la población.
- Garantizar pertinencia cultural en la atención, adaptando los protocolos a las prácticas, lenguas y cosmovisiones de los pueblos indígenas y comunidades locales. Esto exige formación intercultural del personal sanitario, presencia de mediadores culturales y respeto efectivo a los derechos de los usuarios.

La reorientación del modelo de atención hacia la prevención y la proximidad no solo incrementa la eficiencia del sistema, sino que mejora la experiencia de las personas usuarias, fortalece el vínculo con los servicios y reduce la incidencia de enfermedades evitables.

VII.4. Fortalecimiento del Modelo SAFCI como eje vertebral del sistema

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), institucionalizado mediante

el Decreto Supremo N.º 29601, propone una concepción transformadora de la atención sanitaria basada en la promoción de la salud, la participación social, la interculturalidad y el enfoque de derechos. No obstante, su implementación ha sido desigual y en muchos casos limitada a zonas rurales, sin lograr consolidarse como eje operativo del sistema a nivel nacional.

Durante la pandemia de COVID-19, las brigadas del programa Mi Salud/SAFCI evidenciaron su potencial al realizar millones de atenciones domiciliarias, pruebas diagnósticas y actividades de seguimiento en contextos de difícil acceso. Estas experiencias demostraron que el modelo tiene capacidad resolutoria, legitimidad comunitaria y pertinencia territorial, pero carece de un marco institucional robusto y de financiamiento sostenible para escalar y consolidarse.

Para revertir esta situación, se precisa:

- Formalizar la institucionalidad del Modelo SAFCI dentro de la estructura del SUS, integrando sus principios y metodologías en los instrumentos de planificación, formación y evaluación del sistema nacional.
- Garantizar financiamiento estable para los equipos territoriales del SAFCI, con partidas específicas para actividades preventivas, equipamiento básico, transporte y materiales educativos.
- Reconocer y profesionalizar a los actores comunitarios de salud, como promotoras, parteras tradicionales y terapeutas ancestrales, a través de procesos de acreditación, formación continua y condiciones laborales dignas.
- Establecer mecanismos vinculantes de participación social, mediante comités de salud con capacidad real de planificación, fiscalización y evaluación de los servicios, en coordinación con los gobiernos municipales y departamentales.
- Reforzar la articulación entre el SAFCI y los sistemas de salud tradicionales, promoviendo el diálogo de saberes y el respeto efectivo a las prácticas culturales de los pueblos indígenas y originarios.

Reposicionar el SAFCI como eje del sistema no solo contribuiría a descongestionar los niveles de mayor complejidad, sino que permitiría mejorar la pertinencia de los servicios y reconstruir la confianza de la población en la salud pública como un derecho garantizado, no como una dádiva condicionada.

VII.5. Participación comunitaria vinculante y marco normativo actualizado

La transformación del sistema de salud en Bolivia no será sostenible sin la participación activa de la ciudadanía y la actualización de su marco legal. Aunque la normativa reconoce el rol de la comunidad en la gestión de la salud, en la práctica los espacios existentes son poco vinculantes y carecen de recursos para incidir en las decisiones públicas.

Es fundamental avanzar hacia mecanismos de participación más efectivos, como comités de salud con funciones claras de monitoreo y planificación local, acompañados de procesos de formación ciudadana que fortalezcan el conocimiento sobre derechos y deberes en salud.

Del mismo modo, se requiere actualizar el marco legal vigente para garantizar coherencia con la Constitución de 2009 y con los principios del SUS y del Modelo SAFCI. Esto incluye revisar leyes dispersas, definir competencias claras entre niveles de gobierno y asegurar la protección jurídica del derecho a la salud frente a posibles retrocesos.

Más que crear nuevas estructuras, se trata de dar solidez a lo ya existente, garantizando que las personas usuarias tengan voz real y que el sistema se rige por normas claras, actualizadas y orientadas al bienestar colectivo.

Referencias bibliográficas

- Aburto, J. M., *et al.* (2022). Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: A population-level study of 29 countries. *International Journal of Epidemiology*, 51(1), 63-74. <https://doi.org/10.1093/ije/dyab207>
- Acuña, J., Andersen, L. E., & Gonzáles, L. (2020). Datos territoriales para la gestión de la pandemia: El caso del COVID-19 en Bolivia. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico*, 18(34), 7-33. <https://doi.org/10.35319/lajed.202034424>
- Agafitei, G. A. (2023). El Sistema Universal de Salud Boliviano y el acceso efectivo a la atención sanitaria: un diagnóstico. *Revista Latinoamericana de Desarrollo Económico*, 21(39), 35-76. <https://doi.org/10.35319/lajed.202239278>
- Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA). (2020). Anexo II: Oferta de servicios

- de salud especializados e infraestructura hospitales de III nivel de atención subsector público del departamento de Santa Cruz. Marzo 2021. <https://n9.cl/gqt4c9>
- Alejo, J., et al. (2020). *La salud pública en tiempos de Covid-19 y su impacto sobre la economía. Economía y Finanzas*. Friedrich Ebert Stiftung. <https://n9.cl/nbmks5>
- Aponte, G., Cordero Cuevas, E. R., Toro Ocampo, H., & Torres Goitia, J. (2019). *Sistema Boliviano de Salud: Nuestra salud, por todos y para todos*. Colegio Médico Departamental de La Paz.
- Arias-Urión, A. M., Losantos, M., & Bedoya, P. (2023). La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*, 47-133. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.133>
- Asamblea Constituyente de Bolivia. (2009). Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia. <https://n9.cl/3x1on5>
- Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). (2022). La seguridad social de corto plazo: Situación actual y desafíos inmediatos. <https://n9.cl/508r71>
- Baldwin, R., & Weder di Mauro, B. (2020). *Economics in the time of COVID-19*. CEPR Press. <https://cepr.org/publications/books-and-reports/economics-time-covid-19>
- Banco Mundial. (2022). Tasa de mortalidad infantil en Bolivia. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.IMRT.IN?locations=BO>
- Báscolo, E., Houghton, N., Del Riego, A., Fitzgerald, J., & Jarboe, R. (2022). Contributions of the new framework for essential public health functions to addressing the COVID-19 pandemic. *American Journal of Public Health*, 112(S6), S615-S620. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2022.306750>
- Bongaarts, J. (2003). Completing the fertility transition in the developing world: The role of educational differences and fertility preferences. *Population Studies*, 57(3), 321-335. <https://doi.org/10.1080/0032472032000137835>
- Branisa, B. (2018). No podemos ignorar la transición epidemiológica en Bolivia. Instituto de Estudios Avanzados en Desarrollo (INESAD). Economía para el Bienestar, Salud. <https://n9.cl/0tfsq>
- Carvajal, R. & Ortiz, L. (2020). La salud en Bolivia: Situación, desafíos y perspectivas. Programa 8 Proponen, Bolivia Debate: 8 temas que todo periodista debe conocer. Documento de trabajo No. 3. <https://n9.cl/6wy4lh>
- Caro Puga, S. (2025). De la desnutrición a la longevidad: la transformación de Chile en un siglo. *El País*. <https://n9.cl/c7zx8>
- Cid, C., Flores, G., Del Riego, A., & Fitzgerald, J. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 45, e95. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95>
- Ciudadanía, Comunidad de Estudios Sociales y Acción Pública & Observatorio de Violencia Obstétrica en Bolivia (OVO Bolivia). (2025). *Recuperar el parto. Estudio Nacional de Violencia Obstétrica en Bolivia*. <https://n9.cl/660au>
- Defensoría del Pueblo. (2022). Límites en la implementación del Sistema Único de Salud. <https://www.defensoria.gob.bo/uploads/files/informe-defensorial-limites-en-la-implementacion-del-sistema-unico-de-salud.pdf>
- Espinoza, J. G., Yáñez, E., Aponte, G., & Philco-Lima, P. (2023). *La situación social de Bolivia: Una aproximación a sus dimensiones y determinantes*. Fundación Milenio - Red PROCOSI. <https://n9.cl/m7gsqw>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). (2024b). *Informe de Análisis de Situación de la Mortalidad Materna para América Latina y el Caribe*. <https://n9.cl/7p3eb>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Fundación ARU. (2023). *Análisis de situación de la población: Efectos de la pandemia Covid-19*. <https://n9.cl/prr5w>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) & Fundación ARU. (2024). *Envejecimiento en Bolivia: Situación, tendencias y desafíos para la protección y cuidado de personas mayores*. <https://n9.cl/hts8r>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2022). Bolivia: Demographics, Health & Infant Mortality. <https://n9.cl/7egry>
- Fundación Jubileo & Instituto de Investigaciones Socio-Económicas UCB. (2017). *Deuda social en Bolivia: Una aproximación desde los indicadores de pobreza, salud, educación y empleo*. Red ODSAL. <https://n9.cl/etpvj>
- Fundación Jubileo. (2024). Situación del sistema de salud en Bolivia, una aproximación al costo del servicio. <https://n9.cl/ktyp10>

- Garbay, S., & García, P. (2023). Factores del gasto de bolsillo en salud en Bolivia: Un análisis de desigualdades, carga del gasto y empobrecimiento. *Revista de Investigación Aplicada de Economía Social y Desarrollo*, 2(1), 61-82. <https://www.aru.org.bo/journalaru/index.php/arusearch/article/view/19>
- Herrera, C. A., Veillard, J., Feune de Colombi, N., Neelsen, S., Anderson, G., & Ward, K. (2022). Construyendo Sistemas de Salud Resilientes en América Latina y el Caribe: Lecciones aprendidas de la pandemia de COVID-19. Banco Mundial. <https://n9.cl/79117>
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2016). *Encuesta de demografía y salud 2016 - Bolivia*. Ministerio de Salud. <https://snis.minsalud.gob.bo/images/web/EDSA-2016.pdf>
- International Monetary Fund (IMF). (2021). *World Economic Outlook, April 2021: Managing Divergent Recoveries*. <https://n9.cl/flvh1v>
- Johns Hopkins University. (2022). Tasa de mortalidad por enfermedad por coronavirus (COVID-19) en países seleccionados de América Latina y el Caribe al 27 de junio de 2022 (por 100.000 habitantes). Statista. <https://n9.cl/r9iq5e>
- Juarez, F., & Gayet, C. (2015). Fertility transition: Latin America and the Caribbean. En J. D. Wright (Ed.), *International Encyclopedia of the Social and Behavioral Sciences* (pp. 68-72). Oxford: Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.31087-X>
- Laurell, A. C. (2022). *La salud: De derecho social a mercancía*. Universidad Autónoma Metropolitana.
- Ledo, C., & Soria, R. (2011). Sistema de salud de Bolivia. *Salud Pública de México*, 53(2), 109-119. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/07.pdf>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2019). Ley N.º 1152 del Sistema Único de Salud - SUS. <https://n9.cl/rx6mmc>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2016). Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011 Bolivia. Resumen Ejecutivo. Serie: Documentos de Investigación, N.º 44. <https://n9.cl/e9tlx>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2022a). Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien - Sector Salud 2021-2025. <https://n9.cl/el683>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2022b). Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles. Programa Nacional de Enfermedades No Transmisibles. <https://n9.cl/zv5nc>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2024a). Ministerio de Salud registró a más de 4.700 médicos tradicionales hasta 2016. La Paz, Bolivia. <https://n9.cl/z2djy4>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2024b). El Sistema Único de Salud es una realidad con 7,4 millones de adscritos. <https://n9.cl/mr2qa>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2025a). Bolivia mejora la situación de salud materno-infantil: la cobertura de atención de partos en establecimientos aumentó del 67,5% al 91,4%. <https://n9.cl/fk6vi>
- Ministerio de Salud y Deportes. (2025b). En 15 años, el Bono Juana Azurduy protegió la vida de 3.367.250 mujeres, niñas y niños en Bolivia. <https://www.minsalud.gob.bo/8127-en-15-anos-el-bono-juana-azurduy-protegio-la-vida-de-3-367-250-mujeres-ninas-y-ninos-en-bolivia>
- Ministerio de Salud y Deportes y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Bolivia (2022). *Resultados de percepción y satisfacción del Programa Bono Juana Azurduy*. <https://n9.cl/52qmw>
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. (2023). *Estrategia Nacional de Empleabilidad y Talento Humano, Costa Rica 2023-2027*. <https://n9.cl/6dn2ks>
- Oporto, H., Espinoza, J. G., Yáñez, E., Aponte, G., & Philco-Lima, P. (2023). *La situación social de Bolivia: Una aproximación a sus dimensiones y determinantes*. Fundación Milenio & Red PROCOSI. <https://n9.cl/m7gsqw>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021a). *Panorama de salud 2021*. <https://hia.paho.org/es/covid-2022/salud>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021b). *Tendencias en la mortalidad materna: 2000-2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2025). Coronavirus (COVID-19) cases. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-cases>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2021). Estado Plurinacional de Bolivia - Acceso y cobertura universal de salud, una referencia para el mundo. <https://n9.cl/5tvaw>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2023). La Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención son cruciales para mejorar la equidad en el acceso a la atención de salud. OPS. <https://n9.cl/5las2d>

- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Perfil de país - Bolivia. En Salud en las Américas. <https://hia.paho.org/es/perfiles-de-pais/bolivia>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) & Organización Mundial de la Salud (OMS). (2023). Estrategia de cooperación de País. Estado Plurinacional de Bolivia. <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-cooperacion-pais-estado-plurinacional-bolivia>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2022). Estudios económicos de la OCDE: Corea 2022. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/20bf3d6e-en>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2023). Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2023. https://www.oecd.org/en/publications/2023/04/health-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2023_7ba284d7.html?utm
- Rios-González, C. (2025). Disparidades en el acceso a servicios de salud materno-infantil en Bolivia. <https://docs.bvsalud.org/biblio-ref/2025/05/1605950/ao109-154-disparidades-en-el-acceso-a-servicios-de-salud.pdf>
- Rosero-Bixby, L., & Zúñiga-Brenes, P. (2019). Ciclo económico vital y bonos demográficos en Costa Rica. CEPAL. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/3ae20977-4ea0-4eb8-9c16-56013f7d672a/content>
- Ruhil, A. V. S. (2018). From MDG to SDG: Challenges in the health sector. In Sustainable Development Goals and Health Systems (pp. 17–34). World Health Organization. <https://n9.cl/2p21w>
- Salazar, H., & Rocha, M. (2020). *Bolivia frente a la Covid-19. Entre la precariedad en salud y la gestión improvisada*. <https://n9.cl/o9a8q7>
- Tejerina, H., Ayllon, E., & Ergueta, D. (2018). El nuevo Sistema Único de Salud Universal: Fundamentos, diseño y operación. Ministerio de Salud y Deportes. Estado Plurinacional de Bolivia. <https://n9.cl/wwnke>
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE) (2016). *La política social en Bolivia*. <https://n9.cl/5uy8l>
- World Health Organization (2021). Health workforce thresholds for supporting attainment of universal health coverage in the African region, October 2021. Technical paper. <https://n9.cl/x64zxt>
- World Population Review (2025). Doctors per Capita by Country 2025. <https://worldpopulationreview.com/country-rankings/doctors-per-capita-by-country>
- Zegada, A. (2018). La mayoría de los bolivianos no tiene cobertura de ningún seguro de salud. Instituto de Estudios Avanzados en Desarrollo (INESAD). <https://n9.cl/9gbk01>