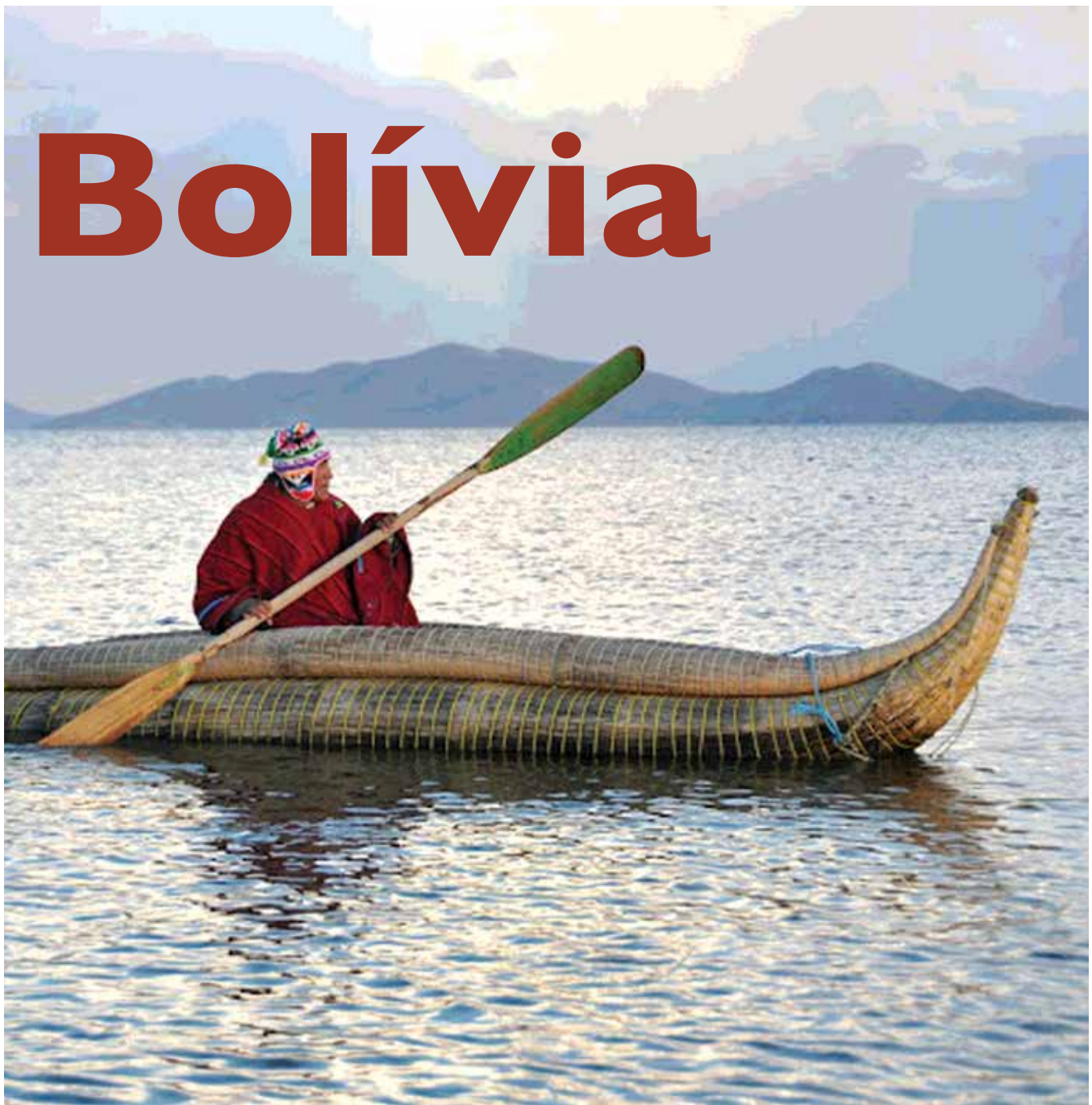


Bolívia

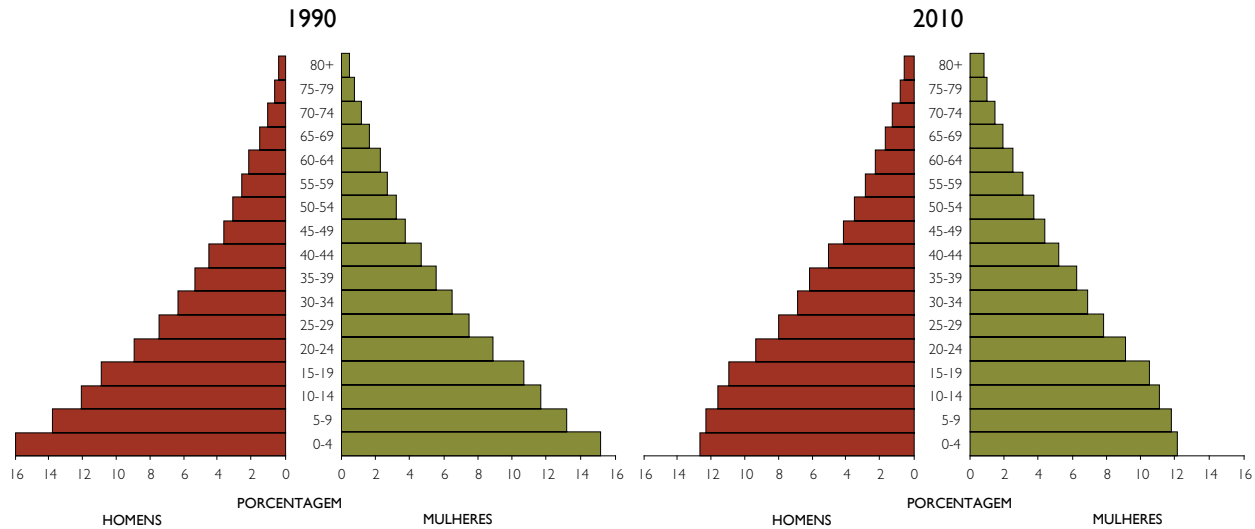


INTRODUÇÃO

A Bolívia está situada no centro da América do Sul, tem nove estados, 337 municípios, uma superfície de 1.098.581 Km² e uma população estimada pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) para 2010 de 10.426.154 habitantes, sendo 66% urbana e 34% rural (a Figura 1 mostra a estrutura da população do país). Em 2010, a esperança de vida ao nascer foi de 66,34 anos (1), a taxa de crescimento demográfico de 2,24%

e a taxa global de fertilidade de 3,5 filhos por mulher, com diferenças urbano-rurais importantes e a taxa bruta de natalidade de 27,1 nascidos por 1.000 habitantes (1).

Em 2006, o Presidente Evo Morales iniciou sua gestão – e foi reeleito em 2009. Uma assembleia constituinte redigiu a Nova Constituição Política do Estado (NCPE) aprovada por meio de *referendum*. A NCPE organiza o poder público em quatro órgãos: Legislativo, Executivo, Judiciário e Eleitoral, e reco-

FIGURA I. Estrutura da população por idade e sexo^a, Bolívia, 1990 e 2010

A população aumentou 50,4%, entre 1990 e 2010. Em 1990, a estrutura da população apresentava uma alta proporção de menores de 25 anos de idade (quase a metade da população). Em 2010, a base da pirâmide se torna mais estreita, devido à redução das faixas etárias menores de 20 anos de idade, em consonância com a redução da fertilidade e da mortalidade nas últimas duas décadas.

Fonte: Organização Pan-americana da Saúde, a partir de dados do Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais das Nações Unidas, Divisão de População, Perspectivas da população mundial, revisão 2010. Nova Iorque, 2011.

^a O percentual de cada faixa etária é uma proporção em relação ao total de cada sexo.

nhece 36 nações indígenas e étnicas com suas respectivas línguas (2).

Nos últimos anos, a situação econômica da Bolívia tem sido estável, com taxas anuais de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) acima de 4%, e com uma renda *per capita* equivalente a US\$ 4.206 em 2007, passando a ser considerado um país de renda média baixa. O fluxo de divisas – gerado principalmente por exportações do setor extrativo – teve impacto favorável nas reservas internacionais, que triplicaram desde 2006, atingindo cerca de US\$ 10 bilhões em 2010. O endividamento externo reduziu-se drasticamente de US\$ 5 bilhões em 2003 para US\$ 2,2 bilhões em 2007. Essa redução deveu-se à última iniciativa de modificar um empréstimo multilateral com o BID, o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI). No entanto, a partir de 2008, a dívida externa voltou a crescer a uma média anual de 9%, devido à necessidade de financiar a execução do Plano Nacional de Desenvolvimento, com empréstimos de credores como a Venezuela e China, além da Corporação Andina de Fomento (CAF), do BID e do Banco Mundial, e o valor total desses financiamentos elevou-se em US\$ 2,8 bilhões em 2010.

DETERMINANTES E DESIGUALDADES EM SAÚDE

A distribuição do imposto direto sobre os hidrocarbonetos (IDH) e dos royalties geraram desigualdades horizontais entre estados e verticais entre níveis de governo. Exemplo de desigualdades horizontais pode ser observado entre os estados de Pando e de La Paz, onde a renda *per capita* do IDH do primeiro foi 23 vezes superior ao de La Paz. Por outro lado, exemplo de desigualdades verticais em nível de governo é o endividamento interno do Tesouro Geral da Nação, uma vez que a dotação de 24% da receita total derivada do IDH não foi suficiente para cobrir todas as despesas com que estava comprometido (3). A partir de 2007, os níveis de pobreza moderada e extrema começaram a se reduzir, com queda de pouco mais de 10 pontos percentuais em dois anos (de 37,7% para 26,1%). Em termos de extrema pobreza, o país está a dois pontos de alcançar o Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) de redução da pobreza extrema para metade das taxas verificadas em 1990. O progresso é explicado parcialmente pela distribuição de renda (por exemplo, pelos benefícios Juancito Pinto e Juana Azurduy de Padilla) (4). A taxa de mortalidade em crianças de até

5 anos em 2008 foi de 63 por 1.000 nascidos vivos, uma redução considerável diante da taxa de 75 por 1.000 nascidos vivos registrada em 2003, mais uma evidência do progresso do país visando o alcance das metas dos ODMs.

No mercado de trabalho, a taxa declarada de desemprego urbano caiu de 7% em 2009 para 5,7% em 2010 (5). O índice de Gini mostra que, entre 2006 e 2009, a desigualdade na população boliviana encolheu de 0,59 para 0,51 (em uma escala de 0 a 1), embora persistam altos níveis de desigualdade nas zonas rurais, onde a população indígena é predominante e apresenta maior vulnerabilidade (6).

MEIO AMBIENTE E SEGURANÇA HUMANA

ACESSO À ÁGUA POTÁVEL E SANEAMENTO

De acordo com o Plano Nacional de Saneamento Básico 2008-2015, 74,5% da população geral (87,5% na área urbana e 50,3% na área rural) tinha acesso à água potável em 2007. Naquele mesmo ano, a proporção de acesso ao saneamento no país era de 48% (54% na área urbana e 37% na área rural). O Plano projeta uma cobertura nacional de 90% para água potável e 80% para saneamento até 2015 (7). Prevê-se que será possível alcançar a meta do ODM de acesso à água potável, mas, por outro lado, será muito difícil atingir o componente de saneamento urbano e rural. Menos de 30% das águas residuais são tratadas, cobertura principalmente concentrada nos centros urbanos mais importantes do país (8).

CONTAMINAÇÃO DA ÁGUA

A contaminação dos recursos hídricos é um dos muitos complexos problemas de gestão das águas, devido ao elevado custo e dificuldade tecnológica que supõe o tratamento das águas residuais domésticas e industriais de acordo com os padrões de qualidade estabelecidos pela Lei do Meio Ambiente. Um fator poluidor de muito peso é a mineração. No estado de Oruro, a contaminação derivada das atividades de mineração nos municípios que rodeiam a bacia do Lago Poopó (Huanuni, Machacamarca, El Choro e Poopó) levou

à publicação do Decreto Supremo nº 0335 de Emergência Ambiental, que define as estratégias para a recuperação ambiental da bacia Huanuni (9).

MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Em 2009, foi realizado o “Perfil do País: Marco Institucional e Avanços nas áreas de Mudanças Climáticas e Saúde”. O ano seguinte, realizou-se uma avaliação da vulnerabilidade sanitária nacional e subnacional às mudanças climáticas (incluída sua variabilidade), a partir da qual o Ministério da Saúde traçou e implementou medidas de adequação às mudanças climáticas (10).

CONDIÇÕES DE SAÚDE E SUAS TENDÊNCIAS

PROBLEMAS DE SAÚDE DE GRUPOS ESPECÍFICOS DE POPULAÇÃO

Saúde materna e reprodutiva

De acordo com a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (ENDSA) de 2008, 90% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos anteriores à pesquisa receberam atendimento pré-natal de um médico (77%), uma enfermeira (9%) ou um auxiliar de enfermagem (4%). Uma proporção bem exígua (0,2%) recebeu atendimento pré-natal de outras pessoas e 10% não teve atendimento pré-natal. Quanto aos cuidados relacionados ao parto, 71% das mulheres foram assistidas por profissionais da saúde qualificados – médico ou enfermeira. Os partos ocorreram em estabelecimentos de saúde (68% – 57% públicos e 11% privados) e em domicílio (32%). Após o nascimento de seu último filho, 15% das mulheres relataram não ter recebido atendimento pós-natal. Dos nascimentos mais recentes que não ocorreram em estabelecimentos de saúde, 46% não tiveram atendimento pós-natal. Os três métodos mais utilizados entre as mulheres no planejamento familiar foram: abstinência periódica (14,1%), injeção (7,4%) e DIU (5,6%), enquanto 58% não utilizaram nenhum método e 14,9% recorreram a outros métodos (11). Das mulheres legalmente casadas ou em união estável,

20% declararam ter necessidades de planejamento familiar negligenciadas (11).

Crianças (até 5 anos de idade)

De acordo com a ENDSA 2008, as infecções respiratórias agudas afetaram 20% de menores de cinco anos. A faixa etária mais afetada foi de 6 a 11 meses de idade, com uma frequência de 25,9%. Aquela mesma faixa etária teve a maior porcentagem de tratamento em serviços de saúde, com 59,4%. Quanto às diarreias, entre 2003 e 2008, os casos ocorridos nas duas semanas precedentes à pesquisa foram mais frequentes na faixa etária de 12 a 23 meses com 40,4%, um percentual bem maior do que aquele verificado para a faixa de dois a cinco anos, com somente 4,4%. Em termos de residência, a frequência foi 29,1% na zona rural e 23,6% (11,12) na zona urbana. Em 2008, 60% dos menores de seis meses receberam aleitamento materno exclusivo (11).

Adolescentes (10 a 19 anos de idade)

A faixa etária de 10 a 19 anos representa 23% do total da população (11). Em 2008, a porcentagem de adolescentes que estiveram grávidas alguma vez chegou a 17,9%, dessas 4,3% tinham escolaridade de nível superior e 32% tinham somente educação primária. Observaram-se diferenças importantes na proporção de gravidez na adolescência entre áreas rurais (25%) e áreas urbanas (14%), e também entre os quintis de maior (31%) e menor (7,8%) pobreza. Os adolescentes constituem um dos grupos-alvo para a prevenção do HIV/Aids. Em geral, 24% das mulheres e 28% dos homens nessa faixa etária informam ter um conhecimento integral sobre HIV/Aids. Porém, esses valores têm grandes disparidades entre níveis de instrução. Apenas 8,7% das mulheres com ensino primário têm conhecimento integral sobre HIV/Aids, enquanto 49,9% daquelas que têm educação superior. O conhecimento dos jovens sobre HIV/Aids é maior em áreas urbanas (11).

Idosos (60 anos ou mais)

Em 2010, a Bolívia possuía uma população de 721.039 idosos, que representavam 6,9% da população total nacional, com um índice de envelhecimento de 20,09 (13).

Os adultos mais idosos têm renda inferior às demais faixas etárias e 20,7% deles não recebem nenhuma renda, ou seja, uma em cada cinco pessoas idosas depende de outros. Além disso, 79,3% recebem renda de outra fonte, incluindo prestação de serviços, juros de poupanças e pensões, bem como a “Pensão Dignidade” universal não contributiva. A incidência da pobreza nesse grupo é elevada, com 34,5% das pessoas de 60 anos ou mais vivendo abaixo da linha de pobreza e mais 37,2% vivendo em situação de pobreza extrema (14). A baixa cobertura da previdência social forçou pessoas de 60 anos ou mais a continuar a trabalhar. O número de pessoas afiliadas ao Seguro de Saúde para Idosos (SSPAM) em 2010 era de 205.363 (28,48% do total). De 337 municípios, 312 implantaram o SSPAM (92,58%) (15).

Família

Com base na ENDSA 2008, 22,9% dos domicílios são chefiados por mulheres no país. No entanto, é possível que esse número esteja subestimado por razões mais culturais que econômicas. Um em cada 10 domicílios tem filhos menores de 18 anos com pais ausentes (11).

Trabalhadores

A saúde ocupacional tem sido uma área negligenciada nas últimas décadas, configurando uma situação preocupante, sobretudo nos setores de mineração, transporte, construção e agricultura. Por outro lado, houve avanços na resolução de questões de saúde relacionada ao uso e abuso de praguicidas, incluindo a implantação de uma ferramenta chamada de Vigilância Epidemiológica de Intoxicações por Praguicidas (SVEIAPS) no âmbito do Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS). Muitas doenças ocupacionais são diagnosticadas de forma errônea e o SNIS não coleta informações sobre lesões no local de trabalho ou sobre doenças ocupacionais (16).

Povos étnico-raciais

Durante a gestão 2010, o SNIS incorporou no formulário do histórico clínico as seguintes variáveis de caráter étnico: idioma falado, idioma materno e própria identificação cultural. Esses fatores permitirão gerar indicadores de saúde de povos indígenas e afrodescendentes.

Outros grupos

Deficientes

Em 2010, estimou-se que havia cerca de 82.100 pessoas com deficiência (50,3% homens e 49,7% mulheres) no país (17). A distribuição proporcional por tipo de deficiência de 2008 a junho de 2010 foi: física (35,9%), intelectual (29,6%), sensorial (12,6%) e múltipla (21,9%), e de acordo com o grau de deficiência foi: moderada (33,5%), grave (34,8%) e muito grave (31,7%). A faixa etária de 21 a 59 anos representou 52% das deficiências (18).

MORTALIDADE

De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (INE), a taxa bruta de mortalidade na Bolívia para 2005-2010 foi de 7,29 mortes por 1.000 habitantes. Em 2008, o país continuou com uma das taxas mais altas de mortalidade infantil na América Latina, embora tenha registrado uma queda de 54 para 50 óbitos de crianças até um ano de idade por 1.000 nascidos vivos entre 2003 e 2008. Esse último valor inclui mortalidade neonatal que, com 27 mortes por 1.000 nascidos vivos, representou mais de 50% da mortalidade infantil e 42,8% de toda a mortalidade em menores de cinco anos em 2008, grupo no qual a taxa chegou a 63 por 1.000 nascidos vivos. A mortalidade infantil foi de 36 e 67 por 1.000 nascidos vivos nas zonas urbanas e rurais, respectivamente, enquanto a de menores de cinco anos foi de 43 e 87 por 1.000 nascidos vivos nas zonas urbanas e rurais, respectivamente (12). De acordo com a ENDSA, a taxa de mortalidade materna estimada para o período 2003-2008 foi de 310 mortes por 100.000 nascidos vivos (11).

MORBIDADE

Doenças transmissíveis

Doenças transmitidas por vetores

Em 2009, a Bolívia sofreu a maior epidemia de dengue registrada a partir da década dos anos 1980 (Tabela 1), a qual afetou 130 municípios do país, com notificação total de mais de 84.000 casos suspeitos e 7.421 confir-

mados, bem como 25 mortes por dengue muito grave. Dois terços de todos os casos e 69% das mortes ocorreram no estado de Santa Cruz. Em 2010, com surtos esporádicos ocorridos em apenas 12 municípios, houve queda de 93% de casos com relação a 2009. Além disso, ocorreram apenas quatro mortes (Tabela 1) (19).

A Bolívia promulgou em 2006 a Lei nº 3.374 sobre a Doença de Chagas, que resultou em ações de controle vetorial nos 168 municípios em que a doença é endêmica. Em 2007, a média nacional dos índices de infestação por *Triatoma infestans* caiu de 55% para um valor residual de 3,2% (20). O estado de La Paz reduziu seus índices de infestação intra- e peridomiciliar de 45,4% e 46%, respectivamente, em 2003, para 0,4% e 0,9%, respectivamente, em 2010 (21). Em junho de 2011, a Comissão Internacional sobre Avaliação da Infestação da Doença de Chagas declarou a interrupção da transmissão vetorial de *T. cruzi* e *T. infestans* no estado de La Paz (22).

Durante o período 2006-2010, os casos de malária reduziram-se em 27% (Tabela 2) (23). Em 2010, 77% (10.062 de 13.769) dos casos confirmados de malária procederam da zona amazônica do país, que compreende todos os municípios de Pando, as municipalidades de Riberalta e Guayaramerín, do estado de Beni, e da municipalidade de Ixiamas, do estado de La Paz (24). Apenas quatro municípios (Guayaramerín, Sena, Riberalta e Santos Mercado) concentram 75% (7.952 casos de 10.062 casos) dos casos. Também em 2010, 9% de todos os casos do país foram atribuídos ao *Plasmodium falciparum*, dos quais 99% foram amazônicos. A malária urbana foi constatada apenas no município de Guayaramerín. Nesse período, não

TABELA 1. Número de casos de dengue na Bolívia, 2006-2010

Ano	Casos suspeitos	Casos confirmados	Óbitos
2006	2.225	583	Sem dados
2007	7.332	2.186	Sem dados
2008	7.807	2.212	Sem dados
2009	84.047	7.421	25
2010	6.575	1.093	4

Fonte: Referência (19).

foram registradas mortes atribuídas à malária, mesmo havendo mais casos em 2010 que em 2009, o que possivelmente se deve ao maior acesso ao diagnóstico e tratamento e à melhor qualidade do sistema de notificação (25).

A Bolívia reduziu os casos de malária em 56% durante o período 2000-2010, cumprindo satisfatoriamente com as metas da iniciativa “Fazer Regredir a Malária” de reduzir em pelo menos 50% a carga da doença até 2010 e indicando um grande avanço no cumprimento da meta dos ODMs de interromper e reverter a incidência da malária até 2015.

Esses bons resultados deveram-se principalmente à introdução de terapia combinada à base de artemisina (ACT) e ao uso em grande escala de mosquitos tratados com inseticida (MTI) (26).

Em 2010, foram diagnosticados 1.810 casos de leishmaniose cutânea e mucocutânea em sete dos nove estados do país, com uma taxa de 17,36 por 100.000 habitantes. O estado de La Paz registrou 863 casos, distribuídos em 20 municípios, com 55% dos casos concentrados em três municípios e 85% em comunidades com menos de 1.000 habitantes (21). Relatórios não oficiais indicam a presença da forma visceral da doença na província Germán Busch, no estado de Santa Cruz.

Doenças imunopreveníveis

A partir de 2006, o número de vacinas fornecidas pelo programa nacional aumentou de 11 para 13. Em 2011, foram as contra diarreias por rotavírus; poliomielite; tuberculose; difteria; coqueluche; tétano; hepatite B; doenças causadas por *Haemophilus influenzae* tipo b;

sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela. A população adulta em risco é também incluída na vacinação contra febre amarela, e administra-se uma dose de reforço contra difteria e tétano em mulheres e homens de 15 a 39 anos. As vacinas contra a influenza sazonal, inclusive as cepas de vírus sazonal e de A H1N1 fazem parte da série regular de imunização.

Adicionalmente, introduziu-se como experiência-piloto, a vacina contra o vírus do papiloma humano, para meninas de 9 a 13 anos de idade, assim como foi solicitado e obtido um subsídio para introduzir a vacina antipneumocócica até 2013. Em 2010, alcançaram-se coberturas de 90,4% para BCG; 80% para a terceira dose contra a poliomielite; 80,4% para a terceira dose de pentavalente, e 79,4% para a tríplice viral aplicada em crianças de 12 a 23 meses. No quinquênio 2006–2010, a taxa de paralisia flácida aguda em menores de 15 anos variou de 1,05 a 1,08 por 100.000 habitantes, taxa que, a partir de 2007, apresentou uma tendência ascendente. No mesmo período, mais de 98% de casos suspeitos de sarampo/rubéola haviam sido investigados dentro das 48 horas. Não há casos confirmados de sarampo desde 2001, e a última campanha de vacinação de acompanhamento foi realizada em 2007, com uma cobertura maior que 95% em todos os municípios do país e o uso da vacina sarampo/rubéola. O último caso de rubéola notificado no país ocorreu na terceira semana de 2006. A partir deste ano, notificaram-se, em média, um ou dois casos anuais de tétano neonatal. Os casos de febre amarela foram drasticamente reduzidos. Uma campanha nacional de vacinação contra a febre amarela foi realizada em maio de 2007, com uma meta de 4.750.250 homens e mulheres, de 2 a 44 anos de idade, alcançando uma cobertura de 85,6% (avaliada mediante pesquisa com procedimento recomendado pelo Programa Ampliado de Imunização da OMS, a metodologia de amostragem de lote de aglomerados para garantia da qualidade [LQAS]) (27).

A vigilância de coqueluche não foi implantada no país, mas o diagnóstico de laboratório foi aprimorado. Apesar de não terem sido notificados casos suspeitos de difteria no país desde 2004, quatro casos dessa doença foram confirmados nos estados de Tarija e La Paz entre maio e agosto de 2010. Em outubro de 2005, começou a vigilância sentinela de diarreias graves por rotavírus em crianças hospitalizadas menores de cinco anos de idade.

TABELA 2. Número de casos de malária na Bolívia, 2006-2010

Ano	P. falciparum	P. vivax	Casos totais
2006	1.783	17.210	18.993
2007	1.622	12.962	14.584
2008	836	8.912	9.748
2009	680	9.063	9.743
2010	1.200	12.569	13.769

Fonte: Referência (23).

Zoonoses

Um plano de controle da raiva implantado pelo Ministério da Saúde e Desporto em 2006 conseguiu reduzir substancialmente a incidência de raiva humana e canina em 2010 (28). Contudo, na segunda semana de outubro de 2011, o número de casos de raiva humana aumentou, com dois óbitos na cidade de Cochabamba e um na cidade Sucre. Também, foram registrados 205 casos de raiva canina em todo o país. Esses números, comparáveis aos de 2008, levaram o Ministério da Saúde a fortalecer e incrementar as ações de controle dessa zoonose.

Em 2010, um estudo sobre hidatidose foi conduzido numa comunidade de Potosí. Dos 1.268 testes de ultrassom, 4,1% foram positivos, e 23,9% de 264 amostras fecais de cachorros foram positivas (29). Em 2009, houve 22 casos de hantavirose com 4 óbitos e uma taxa de letalidade de 18% e, em 2010, foram 14 casos e 4 óbitos, com taxa de letalidade de 28%. Os casos foram registrados nos estados de Cochabamba, Santa Cruz e Tarija (30). Foram notificados 49 casos de leptospirose em sete estados do país em 2010 (31).

Doenças negligenciadas e outras infecções relacionadas à pobreza

A febre hemorrágica boliviana provocou quatro óbitos em 2006, dois óbitos em 2007 e mais três óbitos entre 2008 e 2010. As mortes ocorreram na zona endêmica do estado do Beni (32). Num estudo sobre geohelmintíases realizado na população guarani de Chaco evidenciou um resultado positivo em 84% de uma amostra de 491 pessoas. Os parasitas diagnosticados foram *Blastocystis hominis*, *Hymenolepis nana*, *Ascaris lumbricoides* e *Strongyloides stercoralis* (33).

HIV/Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis

A epidemia de HIV/Aids na Bolívia se concentra em grupos vulneráveis: gays, bissexuais e travestis [GBT]; homens que fazem sexo com homens [HSH]; e a população de nível socioeconômico baixo. A prevalência na população GBT e HSH é de 12,7% e, em profissionais do sexo, de 0,4%. Havia 6.176 casos registrados em 2010, com uma prevalência na população geral de

0,05%, equivalente a 59 casos por 100.000 pessoas. De acordo com as estimativas apresentadas pelo Programa Nacional de DST/HIV/Aids (34), havia no país cerca de 12.000 pessoas vivendo com HIV/Aids em 2010. Em jovens de 20 a 24 anos, estimou-se uma prevalência de 0,02% e em gestantes que fizeram o teste de HIV, 0,16%. A maioria (89%) dos casos foi detectada em três estados do país. A razão homem/mulher foi de 2:1, enquanto a distribuição proporcional por idade mostra que, 6 em cada 10 pessoas com HIV/Aids tinham entre 15 e 34 anos. O registro de casos de HIV/Aids tem mostrado um crescimento paulatino no país, provavelmente influenciado por uma melhor notificação e pelo crescente uso do teste rápido de HIV (34).

Em 2008, os serviços para doenças sexualmente transmissíveis registraram uma taxa de morbidade por sífilis e úlcera genital de 43,7 por 100.000 habitantes (35). Por sua parte, os Centros de Referência para Vigilância Epidemiológica informaram as seguintes taxas de DST para 2007: clamídia (10,5%), tricomoníase (4,6%), sífilis (2,6%) e gonorreia (0,5%). A infecção por sífilis congênita é um importante problema de saúde pública e, conforme o estudo do Conselho da População de 2004, afeta 7,2% das gestantes e 11 em cada 1.000 recém-nascidos vivos (36).

Tuberculose

A tuberculose permanece um problema importante de saúde pública e a sua incidência em todas suas formas foi de 76,1 por 100.000 habitantes, enquanto a pulmonar foi de 59,9 por 100.000 habitantes. O diagnóstico de TB pulmonar com baciloscopia positiva (BAAR [+]) diminuiu de 80,1 por 100.000 habitantes em 2001 para 53,8 em 2010 (37). Tal redução poderia estar parcialmente influenciada pela subnotificação e a baixa detecção de casos. Os estados de Santa Cruz, Pando, Tarija e Beni apresentaram taxas de incidência acumulada de TB BAAR (+) superiores à média nacional. Do total de casos de TB em todas suas formas, 81,29% foram pulmonares e desses, 70,5% corresponderam a TB BAAR (+). As maiores taxas de incidência acumulada foram identificadas, por gênero, em pacientes masculinos, e, por idade, em pessoas acima de 55 anos e na faixa etária de 15 a 25 anos, o que indica persistência da transmissão de TB na comunidade. Estudos mostraram um nível de resistência geral

de 16,2%. A taxa de incidência de TBP BAAR (+) em presídios no país foi de 437 por 100.000 reclusos em 2008 (37). Recentemente, iniciaram-se ações colaborativas entre os programas nacionais de TB e HIV para conhecer os níveis de coinfeção. Em 2009, 51% dos pacientes identificados com coinfeção HIV/TB receberam tratamento.

Doenças intestinais

Em 2006, desenvolveu-se um plano-piloto para tratar a fasciolíase mediante o uso massivo do triclabendazole (TCZ). Em 2008, implantou-se esse plano em uma comunidade Aymara do altiplano norte de La Paz, demonstrando ser seguro o uso do TCZ em populações com altas cargas de fasciola. Em 2008, iniciaram-se desparasitações massivas em 71.456 pessoas, em 2009, em 223.946 pessoas e, em 2010, em 106.936 pessoas (38).

Doenças transmitidas pelos alimentos

Em 2010, 53 amostras de alimentos coletadas nos estados de La Paz e Tarija evidenciaram a presença de *Escherichia coli* produtora de toxina Shiga, responsável pela síndrome hemolítico-urêmica (39).

Doenças crônicas não transmissíveis

De acordo com dados do SNIS de 2010 (16), 60% dos serviços de saúde prestados pelo sistema público de saúde foram destinados ao tratamento de doenças crônicas não transmissíveis (cardiovasculares, diabetes, neoplasias e osteoarticulares), alguns de seus fatores de risco como sobrepeso e obesidade, tabagismo e transtornos de saúde mental e neurológicos prioritários, incluindo episódios depressivos, ansiedade e epilepsia, bem como os derivados do consumo de álcool e de substâncias psicotrópicas.

Doenças cardiovasculares

Das pessoas com mais de 20 anos de idade vistas em hospitais rurais e urbanos, 49,2% apresentaram algum grau de hipertensão arterial (40).

Neoplasias malignas

De acordo com a ENDSA 2008, o câncer cervicouterino teve uma das taxas mais elevadas de prevalência (22 casos por 100.000). Os cânceres de órgãos digestivos atingiram 4,6 por 100.000, e os relacionados com órgãos genitais masculinos 3,5 por 100.000. A taxa de mortalidade por neoplasias foi de 57,4 por 100.000 habitantes, para homens, e 89,7 para mulheres (41). Durante os primeiros seis meses de 2011, o SNIS registrou um total de 1.956 casos de câncer cervicouterino e 6.125 casos de outros tipos de câncer (2.302 em homens e 3.823 em mulheres) (16). De acordo com o SNIS, 336.644 mulheres fizeram o teste Papanicolau durante 2009 e, em 2010, os testes foram 344.893, dos quais 54% foram realizados pelo setor público, 19% por organizações não governamentais, 17% pela previdência social, 6% por igrejas e 4% pelo setor privado e pelas forças armadas (16).

Diabetes

Com referência ao diabetes nesse grupo, a prevalência de hiperglicemia em jejum (igual ou maior a 126 mg/dl), chegou a 7,3% (40).

Doenças nutricionais

Em 2008, a prevalência de desnutrição crônica em menores de cinco anos de idade foi de 27,1%, ou seja, cinco pontos percentuais a menos em relação a 2003. Entre essas crianças, a desnutrição crônica tendeu a aumentar com a idade, de uma taxa de 9,4% até os seis meses de idade até 35,4% entre 24 e 35 meses de idade. As crianças que vivem em áreas rurais apresentaram um atraso no crescimento em relação à idade de 38,6% diante de 17,2% nas crianças urbanas. Igualmente, em crianças de mães com menor escolaridade, a prevalência de baixa estatura para a idade foi de 50,9%, enquanto em crianças de mães com maior escolaridade atingiu apenas 9,2%. Também, no quintil de maior pobreza, a prevalência de desnutrição crônica em menores de cinco anos chegou a 46%, e apenas 6,5% no quintil de menor pobreza (11, 12).

Entre 2003 e 2008, a prevalência de anemia aumentou de 51% para 61,3%. Em 2008, a taxa foi de 83,1% em crianças de 12 a 17 meses e de 53,6% em

crianças de dois a cinco anos de idade. As crianças de áreas rurais tiveram uma prevalência de 67,6%, superior em relação às crianças de áreas urbanas (55,7%) (11). A frequência da anemia foi maior na população com baixos níveis de instrução e quintis de maior pobreza. Para as mulheres em idade fértil (15 a 49 anos), a prevalência de anemia subiu de 33,1% em 2003 para 38,3% em 2008 (11, 12). Quase metade (49,7%) da população apresentava sobrepeso ou obesidade, enquanto somente 48,3% tinha um índice de massa corporal (IMC) nos limites normais e apenas 2% abaixo do IMC normal (11).

Acidentes e violência

A frequência está crescendo nos últimos anos. Em 2005, a taxa de traumatismos causados por acidentes de trânsito foi de 117 por 100.000 habitantes e, em 2009, passou para 126 por 100.000 (42).

A violência em todas suas expressões constitui um sério problema de saúde pública. Segundo dados da Polícia Boliviana, homicídios e assassinatos têm aumentado, passando de uma taxa de mortalidade de 5,4 por 100.000 habitantes em 2006 para 8,7 em 2010 (43). As formas de violência mais frequentes foram abusos de menores e violência doméstica. De acordo com dados da ENDSA 2008, quase metade (47%) das mulheres casadas ou em uniões estáveis foram vítimas de algum tipo de violência doméstica por parte do companheiro ou outra pessoa. Apenas 9% das mulheres vítimas de violência doméstica procuraram ajuda institucional. A violência psicológica afetou 40% das mulheres de 15 a 49 anos de idade, e a violência física ou sexual representou 24%. A taxa de crimes sexuais violentos em adolescentes foi de 14,69 por 100.000 habitantes, com mulheres oito vezes mais propensas que homens a serem vítimas (11).

Desastres

No período 2006–2011, a Bolívia sofreu inundações, deslizamentos, secas, nevascas, ventos tipo furacão, dilúvios, incêndios florestais e conflitos sociais. As inundações e os conflitos sociais responderam pelo maior número de óbitos (135) e afetaram 238.530 famílias. Entre 2006 e 2010, ocorreram inundações, principalmente nos estados de Beni, Santa Cruz, Co-

chabamba e La Paz, que sobrecarregaram o sistema de saúde, assim como dos governos estaduais e municipais, e chamou a atenção para suas fragilidades na resposta a essas emergências (44). O mega deslizamento ocorrido em La Paz, em fevereiro de 2011 deixou em torno de 2.000 famílias desabrigadas, das quais 970 estavam ainda alojadas em abrigos em outubro de 2010.

Transtornos mentais

Não existe política de saúde mental nem leis específicas sobre o tema (45). Em 2008, a saúde mental recebeu quase 0,2% do orçamento da saúde. Os transtornos do humor representaram 17% das consultas ambulatoriais. Nos hospitais psiquiátricos, 29% dos casos tinham diagnósticos de esquizofrenia, transtornos esquizotípicos e delírium. O atendimento a menores de 18 anos foi de 3% a 3,5% de acordo com o centro de atendimento. Menos de 7% dos profissionais da atenção primária em saúde recebeu, pelo menos, dois dias de capacitação em temas de saúde mental (45).

Outros problemas de saúde

Saúde bucal

As ações preventivas de fluoretação, aplicação de selantes e de cariostáticos alcançou 12,64% da população entre 2006 e 2010 (46).

Fatores de risco e proteção

De acordo com estudos realizados, 35% da população geral tem o hábito de fumar cigarros. Na população universitária, 83% fumaram alguma vez na sua vida (90,3% em homens e 75% em mulheres). Embora a legislação vigente proíba fumar em locais públicos fechados, sua fiscalização é ainda muito incipiente (47). A prevalência do consumo de álcool ao longo da vida é de 67,83% em pessoas entre 12 e 50 anos (74,65% em homens e 62,71% em mulheres) (48).

Drogas ilegais

Os transtornos de saúde mental por abuso de substâncias ilícitas afetaram 4,93% da população boliviana,

em particular, maconha, cocaína, inaláveis e alucinógenos (49).

POLÍTICAS DE SAÚDE, SISTEMA DE SAÚDE E PROTEÇÃO SOCIAL

DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE

Em 2008, o subsetor da previdência social cobria 30,58% da população do país. Estima-se que 11,8% da população são cobertas pelo subsetor público. Portanto, quase 42,38% da população está coberta pela previdência social ou algum seguro público de saúde (50). O Sistema Nacional de Saúde está dividido em seis subsetores: público, forças armadas, previdência social (fundos e seguro saúde), organizações não governamentais, igrejas e órgãos privados.

O sistema de saúde continua tendo suas características de fragmentação, segmentação, desarticulação, iniquidade e falta de solidariedade (50). A proposta do SUS pretende garantir o direito à saúde, o acesso universal e gratuito de todos os habitantes do país, além de ser integral, intersetorial, equitativo, coletivo, intercultural e participativo, e contar com controle social, oferecer serviços de qualidade e incluir a medicina tradicional (51).

LEGISLAÇÃO EM SAÚDE

O Seguro Universal Materno-Infantil (SUMI) foi estabelecido em 2003 com o propósito de contribuir para a redução da morbimortalidade materno-infantil, mediante o pagamento de benefícios a mulheres durante a gestação e por até seis meses após o parto, bem como aos menores de cinco anos de idade. Em 2005, o SUMI ampliou sua cobertura a mulheres não grávidas menores de 60 anos e a mulheres em idade fértil (52, 53). Em 2006, criou-se o Seguro de Saúde para Idosos (SSPAM) destinado à população com mais de 60 anos e administrado pelos governos municipais, os quais atribuem um prêmio anual de US\$ 56 por segurado (52). A Nova Constituição estabelece que o acesso a saúde, educação e outros serviços básicos é um direito fundamental (2).

Nesse contexto, existe uma agenda que inclui a Lei Marco sobre Autonomia e Descentralização, a Lei de Educação e a Lei contra o Racismo e Toda Forma de Discriminação, assim como o Plano Nacional de Desenvolvimento (PND) “Bolívia Digna, Soberana, Produtiva e Democrática para Viver Bem 2006-2011”, que estabelece as diretrizes políticas e inclui planos para todos os setores. O setor saúde está incorporado no pilar Bolívia Digna, cujo objetivo é reduzir a exclusão familiar e social através do Sistema Único de Saúde Familiar Comunitária e Intercultural (SAFCI), que incorpora a medicina tradicional e define cinco políticas: 1) Sistema único intercultural e comunitário de saúde; 2) Liderança; 3) Mobilização social; 4) Promoção da saúde e 5) Solidariedade (54). Os princípios norteadores do SAFCI são o eixo central de todas as políticas do setor saúde. O SAFCI visa eliminar a exclusão social em saúde, ampliar a participação social na gestão da saúde, integrar os serviços e pessoas, famílias e comunidades e revalorizar a medicina tradicional, contribuindo assim para melhorar as condições de vida da população (55). No final de 2009 foi desenvolvido o Plano Setorial de Desenvolvimento 2010-2020 “Caminhando para a Saúde Universal”, com três políticas estratégicas: 1) acesso universal ao SAFCI; 2) promoção da saúde no marco do SAFCI; e 3) soberania e liderança no âmbito do SAFCI (56). Foram propostas a Lei Geral de Saúde e a Lei do Sistema Único de Saúde para regular o desenvolvimento setorial nos próximos anos.

GASTO E FINANCIAMENTO EM SAÚDE

Na gestão de 2008, o gasto total em saúde atingiu a soma de US\$ 764 milhões (com câmbio médio em 2008 de Bs. 7,67/1,00 US\$), que representou 4,62% do PIB do país e um gasto em saúde por habitante de quase US\$ 76. O gasto público com saúde para 2008 elevou-se em 1,78% do PIB; o da Previdência Social, em 1,31%, e o gasto privado em saúde, que inclui o gasto direto do cidadão por serviços, em 1,53% (50). O SUMI e o SSPAM foram financiados com recursos dos governos municipais, o primeiro com 10% da receita recebida através da Participação Popular (co-participação tributária com os municípios), e o segundo com recursos municipais, incluídos os oriundos do

imposto direto sobre hidrocarbonetos. Os governos municipais assumiram as despesas de serviços básicos, manutenção e infraestrutura dos estabelecimentos de saúde (53).

Em 2007, os estados de Beni e Tarija criaram o Seguro Básico e Autônomo de Saúde (SUSA) (57) e o Seguro Universal de Saúde de Tarija (SUSAT), respectivamente, financiados com recursos dos governos autônomos estaduais (58). Com a promulgação da Lei Marco de Autonomia e Descentralização, os governos estaduais passaram a responsabilizar-se pela infraestrutura sanitária e pela manutenção adequada dos hospitais de nível terciário, enquanto os municípios são responsáveis pelas unidades de saúde de nível primário e secundário.

POLÍTICAS DE DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

De acordo com o SNIS, havia 26.180 profissionais de saúde registrados em 2009, sendo 11.241 profissionais de nível superior, 1.459 técnicos, 7.817 auxiliares, 2.538 administrativos e 3.125 funcionários de apoio a serviços. Em nível nacional, a proporção de profissionais de saúde por cada 10.000 habitantes era de 4,58 médicos, 0,93 dentistas e 2,19 enfermeiras. Havia 4,82 enfermeiras para cada 10 médicos e 1,32 auxiliares de enfermagem para cada médico (32).

Também em 2009, a previdência social contava com 1,1 médicos, 0,1 dentistas, 1,6 enfermeiras e 0,98 auxiliares de enfermagem para cada 1.000 afiliados. O Ministério de Saúde e Desportos adotou, mediante Resolução Ministerial nº 1.233 de 2009, uma política de desenvolvimento de recursos humanos para cobrir três eixos: administração e gestão; educação em saúde (educação permanente, graduação e pós-graduação e educação em serviço); e pesquisa em recursos humanos.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Ação intersetorial

O Programa Desnutrição Zero foi lançado em 2007 para erradicar a desnutrição infantil e foi incorporado à Atenção Integral às Doenças Prevalentes da Infância (AIEPI). O programa de benefícios Juana Azurduy de Padilla foi implantado em 2009 para incentivar a

maternidade segura e o desenvolvimento integral da população menor de dois anos de idade, visando diminuir a mortalidade materna e infantil, assim como a desnutrição crônica em crianças menores de dois anos (56).

Produtos farmacêuticos e tecnologia em saúde

O artigo 41 da Nova Constituição estabelece que o Estado deve garantir o acesso da população a medicamentos, priorizando os medicamentos genéricos, e também menciona que o acesso aos mesmos não poderá ser restrito em virtude de direitos de propriedade intelectual. O Decreto Supremo nº 1.008 de 2011 estabeleceu um mecanismo de aquisição de medicamentos a partir da Lista Nacional de Medicamentos Essenciais. Fortaleceram-se os processos de vigilância e controle de medicamentos e implantaram-se estratégias como o georreferenciamento de farmácias, no marco do Programa de Boa Governança de Medicamentos no setor público, que estabelece um marco ético e um código de conduta para a regulação farmacêutica. Nesse âmbito, o Laboratório de Controle de Qualidade de Medicamentos e Toxicologia (CON-CAMYT) foi pré-qualificado pela OMS como laboratório de referência para a Região das Américas.

GESTÃO DE CONHECIMENTO, TECNOLOGIA, INFORMAÇÃO E RECURSOS HUMANOS

PRODUÇÃO CIENTÍFICA EM SAÚDE

O Ministério da Saúde e Desporto iniciou o processo para estabelecer o Sistema Plurinacional de Pesquisa em Saúde (SIPLIS) e adotou uma agenda de prioridades nacionais de pesquisa em saúde (59). Desse modo, foram reestabelecidos o Comitê Nacional de Bioética e o Comitê Nacional de Ética em Pesquisa.

GESTÃO DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Criou-se o projeto Gestão da Informação, Conhecimento e Comunicação, com o propósito de reduzir o fosso entre produção de conhecimento e acesso à informação. A entrada da Bolívia na Rede SciELO (60)

é fruto do trabalho conjunto de diversas instituições bolivianas e internacionais acadêmicas e de saúde, tais como o Vice-Ministério de Ciência e Tecnologia, da Universidade de San Andrés, o Programa de Pesquisa Estratégica na Bolívia, a Universidade Católica Boliviana, a Associação Boliviana de Editores de Revistas Biomédicas, a OPAS/OMS e o Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (BIREME/OPAS/OMS). A Bolívia é o 16º país a entrar nessa rede e participa com 15 títulos de revistas científicas. O link da Rede SciELO é coordenado pelo Vice-Ministério de Ciência e Tecnologia, conta com um Comitê Consultivo Nacional conformado por quatro editores cientistas, quatro instituições de apoio à pesquisa e um centro operacional localizado na Universidade de San Andrés em La Paz.

Além disso, o Ministério da Saúde e Desportos criou uma biblioteca virtual de saúde pública e temas afins, com participação de instituições e universidades públicas e privadas, hospitais, ONGs, órgãos internacionais, colégios de profissionais, sociedades científicas e outras instituições vinculadas à saúde pública. Atualmente, 140 instituições participam como centros colaboradores na biblioteca virtual, de acordo com sua temática. O acervo bibliográfico possui 300.000 registros eletrônicos e 20.000 textos completos de documentos, além de outras fontes como notícias, diretórios, listas de eventos, apresentações multimídia e acervo de fotos.

A criação do Vice-Ministério de Ciência e Tecnologia foi um marco importante. Suas atividades são definidas no Plano Nacional de Ciência e Tecnologia, que por sua vez, é parte do Plano Nacional de Desenvolvimento. A regulação do Sistema Nacional de Pesquisa em Saúde é um componente fundamental do Projeto de Gestão Tecnológica e Pesquisa, que incorpora processos de diagnóstico de necessidades em pesquisa, a disseminação de pesquisas no sistema de saúde, a promoção e produção de pesquisa em saúde, formação e capacitação de recursos humanos para a pesquisa em saúde. Igualmente, o sistema nacional impulsiona o fortalecimento de instâncias de análise dos resultados das pesquisas. O Ministério da Saúde e Desporto lidera o processo de definição das prioridades de pesquisa em saúde e promove a integração entre os resultados da pesquisa, a ação e a melhoria de políticas e programas de saúde a partir de uma pers-

pectiva de equidade e solidariedade, para dar atenção às necessidades dos grupos vulneráveis da população. Após registro e análise, os trabalhos científicos e técnicos são publicados nos bancos de dados LILACS. Entre 2003 e 2009, 1.100 publicações foram catalogadas.

SAÚDE E COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

A Bolívia vive um processo de mudança que tem efeitos na organização da cooperação internacional, multilateral pelo Sistema das Nações Unidas, e bilateral com vários países que contribuem com o desenvolvimento em saúde. O grupo de parceiros em saúde trabalha com as autoridades nacionais na construção da abordagem ampliada em todo o setor.

As agências, fundos e programas do Sistema das Nações Unidas participam no UNDAF 2008-2012, e está em fase de aprovação o UNDAF para o período 2013-2017, organizado em quatro grandes campos e resultados: (1) Direitos civis e políticos: fortalecimento do Estado plurinacional e da sociedade intercultural em nível nacional autônomo; (2) Direitos sociais e culturais: avanços significativos no acesso universal e na qualidade de educação, saúde e previdência social nas várias etapas da vida, bem como nutrição e alimentação; (3) Direitos econômicos: modelo de economia plural e sustentável com sustentos suficientes para todos; e (4) Direitos ambientais: proteção da natureza e redução de risco de desastres.

O país tem três projetos de saúde para o período 2009-2014 que contam com o apoio do Fundo Global de Combate à Aids, Tuberculose e Malária, com o investimento total de US\$ 17.296.037 (61). As agências das Nações Unidas executam vários programas conjuntos com recursos do Fundo para o Alcance dos ODMs (F-ODM) e da Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID/PNUD). Um programa de saúde em destaque visa fortalecer a capacidade de resposta local para a execução de iniciativas do Programa Multissetorial Desnutrição Zero (crianças, segurança alimentar e nutrição) (PMDC), com participação de UNFPA, PMA, FAO, UNICEF, ONUDI e OPAS/OMS e investimento total de US\$ 7.015.733. Além disso, um convênio foi assinado recentemente com a USAID para

o programa de Fortalecimento do Sistema de Saúde (FORTALESSA), para execução no período 2011-2016 pela OPAS/OMS, com um investimento total de US\$ 5.117.647, sendo US\$ 4.350.000 da USAID e US\$ 767.647 da OPS/OMS. A UNICEF contribuirá com um investimento total de US\$ 21.135.850, dos quais US\$ 18.379.000 serão da USAID e US\$ 2.756.850 da UNICEF.

SÍNTESE E PERSPECTIVAS

A Bolívia é um país imerso num processo de mudança política, social e econômica iniciado em 2006, e está exposta a desastres naturais cíclicos relacionados às mudanças climáticas. Em relação à saúde, a perspectiva é avançar no compromisso constitucional para estabelecer um Sistema Único de Saúde que promova estilos de vida saudáveis e ofereça atenção preventiva e curativa para a população. A crescente prevalência de doenças crônicas não transmissíveis exige um modelo de atenção voltado à promoção e prevenção, visando eliminar os fatores de risco e melhorar os determinantes sociais. A política do SAFCI impulsionada pelo atual governo deverá se tornar instrumental no progresso dessa área.

Outro elemento iniciado recentemente, que deverá ser privilegiado no futuro imediato, refere-se ao enfoque da atenção à saúde contínua ao longo do ciclo de vida. O país tem realizado importantes avanços no projeto técnico de atenção integrada para adolescentes, mulheres em idade fértil, gestantes, recém-nascidos e menores de cinco anos, para melhorar a oportunidade, cobertura e qualidade do atendimento. Com isso, pretende-se aumentar a demanda por atendimento pré-concepcional, pré-natal, de parto e pós-natal para mães e melhorar os cuidados para recém-nascidos e crianças, contribuindo assim para a redução das diferenças e iniquidades no exercício do direito à saúde.

Outra prioridade são as ações de fortalecimento das redes de serviços públicos de saúde e a integração funcional com os demais prestadores da previdência social de curto prazo, sob a liderança do Ministério da Saúde e Desporto. É indispensável continuar a avançar e fortalecer o Sistema Nacional de Informação em Saúde (SNIS), caminhando para estabelecer uma trajetória de carreira na saúde que institucionalize os car-

gos e evite as constantes trocas de profissionais, como um mecanismo de redução do fosso na distribuição de recursos humanos entre áreas urbana e rural.

Por fim, o financiamento da saúde deve ser aumentado substancialmente e mecanismos encontrados para combinar os recursos do Ministério da Saúde com os da Previdência Social, de estados e municípios, de SUMI e SSPAM (idosos) e de programas de benefícios de transferências monetárias, de modo a permitir seu uso mais eficiente e eficaz. Dessa maneira, o país poderá ampliar, embora gradativamente, a cobertura da atenção à saúde a toda população e alcançar maior cobertura de serviços através da solidariedade, equidade e sustentabilidade financeira do Sistema Único de Saúde.

BIBLIOGRAFIA

1. Bolivia, Instituto Nacional de Estadística. Indicadores demográficos [Internet]. Disponível em: <http://www.ine.gob.bo/indice/indicadores.aspx> Acessado em 20 de outubro de 2011.
2. Bolivia. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia [Internet]; 2009. Disponível em: http://www.lostiempos.com/media_pdf/2010/09/22/174715_pdf Acessado em 20 de outubro de 2011.
3. Fundación Jubileo. Análisis del presupuesto general del Estado 2011. Reporte de coyuntura No. 13 [Internet]; 2011. Disponível em: http://www.jubileobolivia.org.bo/recursos/files/pdfs/AC13Analisis_PGN_2011.pdf Acessado em 20 de outubro de 2011.
4. Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas. Database [Internet]. Disponível em: udape.gob.bo Acessado em 20 de outubro de 2011.
5. Bolivia, Ministerio de Economía y Finanzas. Base de datos [Internet]. Disponível em: http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/MH/documentos/Memorias_Fiscales/Pres._Memoria_Econ_Bolivia2010_MinConfPren_24.05.11.pdf Acessado em 11 de outubro de 2011.

6. Bolivia, Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas, Comité Interinstitucional Metas de Desarrollo del Milenio. Sexto informe de progreso de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Bolivia. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nmilenio32254.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
7. Bolivia, Ministerio de Medio Ambiente. Plan Nacional de Saneamiento Básico 2008–2015. La Paz: Ministerio de Medio Ambiente; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud; Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Progresos en materia de saneamiento y agua: Informe de actualización 2010. Geneva: OMS; New York: UNICEF; 2010.
9. Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Supremo 0335. Estrategia para la recuperación integral de la cuenca Huanuni. Línea estratégica No. 5 “Atención en salud ambiental” [Internet]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nds32338.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
10. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Evaluación de la vulnerabilidad sanitaria nacional y subnacional al cambio climático como base para el diseño e implementación de medidas de adaptación [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/clima32340.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
11. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nendsa32182.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
12. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 [Internet]; 2004. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nendsa24506.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
13. Instituto Nacional de Estadística. Base de datos [Internet]. Disponível em: <http://www.ine.gob.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC20410.HTM> Acessado em 20 de setembro de 2011.
14. Comisión Económica para América Latina y El Caribe. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe [Internet]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ve-jez32346.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
15. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Protocolos de atención del sistema único de salud: Seguro de salud para el adulto mayor [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nate30727.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
16. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Base de datos [Internet]. Disponível em: <http://www.sns.gob.bo/index.php?ID=Software> Acessado em 20 de setembro de 2011.
17. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Lineamientos estratégicos de salud para personas con discapacidad 2010–2015. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes; 2008.
18. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Datos estadísticos del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad [Internet]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ndisc32261.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
19. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Casos de dengue [table] [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/dengue32349.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.

20. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Programa Nacional de Chagas. Anuario 2008. La Paz: MSD; 2008.
21. Gobierno Autónomo Departamental de La Paz. La leishmaniasis [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/6-2bolepi32342.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
22. Misión Internacional de Evaluación de la Situación Epidemiológica y de Control de la Enfermedad de Chagas en Bolivia [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nchagas32348.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
23. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Programa de Malaria [table]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/malaria32350.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
24. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Índice parasitario anual: mapa [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/parasito32351.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
25. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe de la situación del paludismo en las Américas [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/programas-nacionales.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
26. Organización Panamericana de la Salud. Informe de la situación de los programas regionales de malaria en las Américas [Internet]; 2001. Disponível em: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/programasnacionales.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
27. Pezzoli L, Pineda S, Halkyer P. Cluster-sample surveys and lot quality assurance sampling to evaluate yellow fever immunization coverage following a national campaign, Bolivia [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/fiebre32354.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
28. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Casos de rabia humana en Bolivia desde 2005–2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/rabia32353.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
29. Villena FE. Fortalecimiento de la cooperación técnica para mejorar el control de la hidatidosis en Bolivia [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/hida32356.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
30. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Hantavirus [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/hanta32357.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
31. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Informe sobre el Programa de Leishmaniasis. La Paz: MSD; 2006.
32. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Anuario estadístico de salud 2009. (Serie Documentos Técnicos Normativos No. 192) [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nest31645.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
33. Universidad Autónoma Gabriel René Moreno. Diagnóstico de paratosis intestinal, desnutrición y determinantes sociales en la comunidad de Kuarirenda. Fase I [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/parasi32360.pdf> Acessado em 11 de outubro de 2011.
34. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Informe nacional sobre los progresos realizados en la aplicación de UNGASS [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/its32361.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.

35. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Anuario estadístico en salud: Gestión 2008 [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/anuario32362.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
36. Revollo R, Tinajeros F, Hilari C, García SG, Zegarra L, Díaz-Olavarrieta C, et al. Sífilis materna y congénita en cuatro provincias de Bolivia [Internet]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/sifilis32363.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
37. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Plan estratégico para el control de la tuberculosis en Bolivia 2008-2015 [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/tb32364.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
38. Bolivia, Prefectura del Departamento de La Paz. Informe estudio piloto del uso triclabendazol en la comunidad de Huacullacani. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/fasciola32355.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
39. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe final del proyecto CTP [Internet]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ctp32359.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
40. Navia MO, Caballero D, Flores J. Prevalencia de factores de riesgo asociado a diabetes tipo 2 en población mayor de 20 años en servicios de salud de II y III nivel de complejidad del área urbana y rural en Bolivia. Cuad Hosp Clín 2007;52(2).
41. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Análisis de la situación de salud, Bolivia 2004 [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/hsi26858.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
42. Bolivia, Ministerio de Gobierno. Estrategia de educación vial. La Paz: MG; 2011.
43. Bolivia, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; Instituto Nacional de Estadística; Oficina de Estadísticas de la Policía Boliviana. La Paz: OPS/OMS; INE; 2010.
44. Federación Internacional de la Cruz Roja; Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sexto plan de acción DIPECHO 2009 [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/dipecho32339.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
45. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en Bolivia (IESM-OMS) [Internet]; 2008. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/mental32367.pdf> Acessado em 11 de outubro de 2011.
46. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Cobertura de los 5 últimos años de acciones preventivas en salud oral en la comunidad [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/oral32366.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
47. Alcaráz del CF, Zuazo YJ, Martínez MG. Encuesta mundial de profesionales de la salud: el uso de tabaco en estudiantes de tercer año de medicina y enfermería [Internet]; 2007. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nta28702.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
48. Alcaráz del CF, Zuazo YJ, Martínez MG. Consumo de drogas en Bolivia 1992-2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/dorgas32368.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
49. Alcaráz del CF, Campero N, del Prado JC, Carvajal BJL. Los mercados de drogas ilegales en Bolivia [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/drogas30556.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.

50. Bolivia, Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Memoria de la economía boliviana [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/neco32259.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
51. Bolivia, Asamblea Legislativa Plurinacional. Proyecto de Ley del Sistema Único de Salud del 21 de septiembre de 2010 [Internet]; 2010. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nsistema32260.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
52. Gaceta Oficial de Bolivia. Se amplían las coberturas del Seguro Universal Materno Infantil (Ley No. 3250) [Internet]; 2005. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley32369.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
53. Bolivia, Honorable Congreso Nacional. Ley del Seguro Universal Materno Infantil (Ley No. 2426) [Internet]; 2002. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley32370.pdf> Acessado em 20 de outubro de 2011.
54. Bolivia, Ministerio de Planificación del Desarrollo; Instituto Nacional de Estadística. Plan Nacional de desarrollo: Bolivia digna, soberana, productiva y democrática para vivir bien [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nplandes32258.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
55. Bolivia. Constitución Política del Estado. Nuevo modelo sanitario de Bolivia: Modelo de salud familiar comunitario intercultural (Decreto Supremo No. 29601) [Internet]; 2006. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ley32371.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
56. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Plan sectorial de desarrollo 2010-2020 “Hacia la salud universal” [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/nplan32257.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
57. Bolivia, Prefectura y Comandancia General del Departamento del Beni. Resolución No. 005/07 [Internet]. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/reso32371.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
58. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes, Gobierno Autónomo Departamental de Tarija. Informe resumen ejecutivo S.U.S.A.I [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/susai32372.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
59. Bolivia, Ministerio de Salud y Deportes. Agenda nacional de prioridades de investigación en salud (Serie Documentos de Investigación No. 5) [Internet]; 2009. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ninves31635.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.
60. Bolivia Scientific Electronic Library Online [Internet]. Disponível em: <http://www.scielo.org.bo> Acessado em 20 de outubro de 2011.
61. El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Bolivia [Internet]; 2011. Disponível em: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/sida32373.pdf> Acessado em 20 de setembro de 2011.