

## **CONSULTORÍA**

**Asistencia técnica nacional de análisis de contexto migratorio para el acceso de las personas afectadas por TB y la elaboración de manual para la articulación de la atención de los migrantes afectados por TB con el programa nacional de TB y para el apoyo de los observatorios sociales de TB - Bolivia**

## Contenido

<b>Siglas</b>	<b>4</b>
<b>Resumen Ejecutivo</b>	<b>5</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b>	<b>6</b>
<b>2. DISEÑO DEL ESTUDIO</b>	<b>7</b>
<b>3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO</b>	<b>9</b>
3.1. Objetivo general	9
3.2. Objetivos específicos	9
<b>4. PRINCIPALES DATOS DEL PAÍS</b>	<b>10</b>
<b>5. ANÁLISIS DEL CONTEXTO NACIONAL</b>	<b>10</b>
5.1 Análisis del contexto social	11
5.2 Análisis del contexto económico	14
5.3 Análisis del contexto demográfico y ambiental	16
5.4 Análisis del contexto político	18
5.5 Flujos migratorios en el país	21
<b>6. CARACTERÍSTICAS DE LA MIGRACIÓN EN BOLIVIA</b>	<b>22</b>
6.1 Principales rutas de migración a nivel país y lugares de tránsito	22
6.2 Lugar de residencia de los migrantes, por Departamento	26
6.3 Características de la población migrante	29
6.3.1 Ingresos al país por rango de edad	29
6.3.2 Ingreso al país por género	30
6.3.3 Ingreso de refugiados	30
6.3.4 Ingreso por causas humanitarias	31
6.3.5 Migrantes residentes en el país, base Censo 2012	32
6.3.6 Situación socioeconómica de los migrantes	34
<b>7. TUBERCULOSIS Y EL SISTEMA DE SALUD</b>	<b>35</b>
7.1 El Sistema de Salud en Bolivia	35
7.2 El Sistema Único de Salud, como programa de protección social para el acceso universal a los servicios de salud	37
7.3 Cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública	38
7.4 Prestaciones de salud para las personas con TB	40
7.5 Situación de la tuberculosis en Bolivia	43
<b>8. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE</b>	<b>45</b>
8.1 Aspectos legales	45

<b>8.2. Aspectos contextuales</b>	<b>52</b>
<b>8.3. Aspectos relacionados con la organización del sistema de salud</b>	<b>56</b>
8.3.1. Disponibilidad de los servicios de salud: personal médico, infraestructura, laboratorios y medicamentos	57
8.3.2. Capacidad de los servicios para ser utilizados	60
8.3.3. Resultados en términos de salud	61
<b>8.4. Factores determinantes de la situación de la población migrante frente a la TB</b>	<b>63</b>
<b>9. ANÁLISIS DE BRECHA</b>	<b>67</b>
<b>10. CONCLUSIONES</b>	<b>70</b>
<b>11. RECOMENDACIONES</b>	<b>72</b>
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>73</b>

## Relación de tablas

Tabla 1: Bolivia, principales datos del país.....	10
Tabla 2: Bolivia, análisis de contexto por características favorables o desfavorables para los migrantes .....	20
Tabla 3: Bolivia, puntos geográficos de ingreso al país.....	26
Tabla 4: Bolivia, número de migrantes con residencia en Bolivia, por nacionalidad.....	34
Tabla 5: Bolivia, subsectores del sistema de salud .....	36
Tabla 6: Bolivia, personas inscritas al SUS, por año .....	37
Tabla 7: Bolivia, extranjeros inscritos al SUS hasta el año 2021 .....	38
Tabla 8: Bolivia, funciones esenciales de la salud pública .....	39
Tabla 9: Bolivia, Número de Casos TB 2019.....	43
Tabla 10: Bolivia, incidencia de casos de TB, 2019 .....	61
Tabla 11: Bolivia, barreras de acceso a los servicios de salud por ciclo de atención en TB.....	65
Tabla 12: Bolivia, factores que influyen en la demora en la atención en salud de migrantes afectados por TB u otras dolencias. ....	66

## Relación de gráficos

Gráfico 1: Bolivia, llegada de migrantes internacionales, según nacionalidad, 2019.....	23
Gráfico 2: Bolivia, ingresos al país por rango de edad de países de mayor tráfico.....	29
Gráfico 3: Bolivia, refugiados por país de procedencia.....	30
Gráfico 4: Bolivia, ingresos por razones humanitarias.....	32
Gráfico 5: Bolivia, población migrante residente, por país de origen.....	33
Gráfico 6: Bolivia, Migrantes que conocen el SUS .....	48
Gráfico 7: Bolivia, barreras de acceso de los migrantes a los servicios de salud.....	52
Gráfico 8: Bolivia, apoyo institucional a los migrantes .....	55
Gráfico 9: Bolivia, lugar donde asiste el migrante para solicitar servicios de salud .....	58
Gráfico 10: Bolivia, análisis de brechas socioeconómicas.....	67

## Relación de infografías

Infografía 1 : Bolivia, principales flujos migratorios.....	21
Infografía 2: Bolivia, fronteras de acceso al país.....	25
Infografía 3: Bolivia, % de población migrante internacional, por departamento de residencia habitual .....	27

## Relación de diagramas

Diagrama 1: Bolivia, flujo de acceso al sistema de atención del sintomático respiratorio.....	41
Diagrama 2: Bolivia, conocimiento del SUS por sector .....	49

## Relación de imágenes

Imagen 1: Bolivia, promoción del Sistema Único de Salud.....	53
--	----

## Relación de anexos

Anexo 1: Lista de entrevistados, por sector.....	79
Anexo 2: Análisis de entrevistas y grupos focales (agrupado por sectores) .....	80
Anexo 3: Análisis de encuesta para medir las expectativas de población migrante .....	81
Anexo 4: Principales definiciones utilizadas .....	87

## Siglas

COSSMIL	Corporación del Seguro Social Militar
DIGEMIG	Dirección General de Migración
DILOS	Directorio Local de Salud
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
FESP	Funciones Esenciales de Salud Pública
INE	Instituto Nacional de Estadística
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
PIB	Producto Interno Bruto
PNCT	Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
PNUD	Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo
PPS	Programa de Protección Social
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SUS	Sistema Único de Salud

## Resumen Ejecutivo

A partir del análisis de la información recopilada a través de las entrevistas y cuestionarios a los cuatro sectores que fueron considerados para el estudio, el presente documento analiza tanto los factores contextuales que están incidiendo para que los migrantes en el país no accedan a los servicios de salud.

El documento está dividido en cuatro partes. En una primera, se da una visión general de los que es Bolivia, considerando fundamentalmente los contextos económico, demográfico y político. En una segunda parte se hace un análisis sobre las características de la población migrante en el país, considerando variables socio demográficas, lugar de residencia y puntos fronterizos de ingreso. En la tercera parte se hace un análisis sobre la situación de la tuberculosis (TB) en Bolivia y la caracterización del sistema de salud en general y del Sistema Único de Salud (SUS), como programa de protección social (PPS), en particular. La cuarta parte comprende un análisis sobre las dimensiones de acceso a los servicios de salud que debe enfrentar un migrante y la definición de los factores determinantes de la situación de los migrantes frente a la TB.

En el marco de los flujos migratorios, en Bolivia no se considera todavía el tema de la migración como un elemento crítico que esté presionando, por ejemplo, los servicios sociales como salud y educación. De hecho, los niños y adolescentes representan porcentualmente el menor porcentaje de población que ingresa al país.

Con respecto a la salud de la población migrante, los registros señalan una muy baja incidencia de TB en esta población y que realizó tratamiento en un establecimiento público de salud (11 casos en 2019). De hecho, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis (PNCT) no mantiene en su sistema de información extranjeros atendidos como variable de registro.

Con estas referencias, en el documento se hace una combinación de análisis entre la información estadística sobre la situación de los migrantes en Bolivia, la caracterización del sistema de salud en el país y el análisis de la información recolectada, a través de entrevistas y cuestionarios, para brindar un enfoque integral sobre los factores que están incidiendo para que los migrantes en Bolivia no puedan acceder a los servicios de salud.

En base a todo este análisis, se identificaron y expusieron los hallazgos encontrados y se proponen algunas recomendaciones puntuales dirigidas al cumplimiento del derecho a la salud de la población migrante y sus familias.

## 1. INTRODUCCIÓN

Bolivia se ha caracterizado por ser un país eminentemente de emigración, pese a que en algunas épocas el Estado boliviano implementó políticas para atraer la migración extranjera, principalmente en el oriente boliviano por su amplia extensión territorial y baja densidad poblacional. Los resultados no fueron los esperados por cuanto la tasa de migrantes extranjeros, respecto a la población total todavía es muy baja. En promedio el país recibe 61% menos migrantes que el promedio internacional.

El problema de la migración y la tuberculosis tiene una amplia correlación por cuanto los movimientos demográficos, además de dinamizar (positiva o negativamente) los aspectos sociales y económicos, también producen el movimiento de las patologías de una región geográfica a otra.

La tuberculosis se asocia a condiciones de pobreza, malnutrición y condiciones higiénicas insuficientes, que tienen su origen en las desigualdades económicas, políticas y sociales existentes en un país o región. Los migrantes en Latinoamérica, generalmente proceden de familias con escasos recursos económicos y por lo general son jóvenes, por lo que tienen una mayor prevalencia de formas extrapulmonares, mayor proporción de casos de resistencia y tasas de abandono de tratamiento superiores a los autóctonos y se constituyen, por tanto, en grupos de riesgo para la TB y sobre los que es necesario generar intervenciones para detectar sus necesidades de salud, dada su alta vulnerabilidad.

La exposición de los migrantes a los riesgos derivados de los desplazamientos de población, ya sea porque es portador de una enfermedad infecciosa o se expone a ella en el país anfitrión, aumenta de sobremanera su vulnerabilidad, más aún si no tiene las condiciones de acceso a los servicios de salud o el sistema se lo impide por razones jurídicas, administrativas o de cualquier otra índole. Estos factores exponen al enfermo con TB ya sea a no iniciar el tratamiento, o lo que es peor, a su abandono una vez que lo inició. El abandono del tratamiento se considera uno de los principales obstáculos para el control de la tuberculosis, porque disminuye la eficacia de los programas nacionales al incrementar el riesgo de transmisión del bacilo y aumentar la probabilidad de resistencia bacteriana a los antibióticos, la cual predispone a una mayor frecuencia de recaídas y fracasos.

En Bolivia no existe un estudio formal que analice la correlación entre migración y tuberculosis, ni existen políticas específicas que aborden el tema. De hecho, el Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 – 2020 no hace ninguna referencia respecto a cualquier acción que deba tomarse para enfrentar la problemática del migrante frente a la TB.

Este estudio pretende aportar elementos de análisis iniciales que puedan guiar al abordaje del tema, dentro la perspectiva de las condiciones de acceso que debe enfrentar un migrante para acceder al servicio de salud.

## 2. DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio utilizó un enfoque mixto (cuantitativo y cualitativo) tanto en la recolección de información, a través de las encuestas y entrevistas a los actores clave seleccionados y en la recolección de la información secundaria.

El proceso se inició con la identificación de los sectores de los cuales se seleccionarían los informantes clave que participarían de las encuestas y entrevistas. En base a reuniones de coordinación se tomaron en cuenta los siguientes sectores e instituciones para el estudio:

### 1. Sector Público:

- Programa Nacional de Control de la Tuberculosis
- Programas Departamentales de TB de Santa Cruz y Cochabamba
- Unidad de Gestión Financiera del Sistema Único de Salud
- Tres establecimientos de salud del primer nivel de atención en Santa Cruz

### 2. Cooperación Internacional

- UNICEF

### 3. ONG que trabajan en la problemática de la migración

- Visión Mundial Bolivia
- Cruz Roja Boliviana
- Fundación Scalabrini Bolivia

### 4. Sociedad Civil

- Asociación de personas afectadas con TB

### 5. Migrantes de nacionalidad extranjera

- 15 personas seleccionadas aleatoriamente

El proceso de levantamiento de información, para los cuatro primeros grupos de instituciones, excepto los establecimientos de salud, fue a través de cuestionarios en línea en pocos casos y cuestionarios enviados por correo electrónico. Una vez recibidos estos cuestionarios, se procedía a la revisión de contenidos y se complementaba la recolección de información con llamadas telefónicas para completar cualquier información que requería ser aclarada.



Para el caso de los establecimientos de salud y los migrantes extranjeros, los cuestionarios fueron aplicados de manera presencial. Contando con el previo consentimiento, estas entrevistas fueron grabadas en formato digital.

El diseño del estudio cualitativo contempló un descriptivo de 15 migrantes extranjeros utilizando la metodología de entrevista individual con un cuestionario semi estructurado. En cada entrevista se aplicaban preguntas orientadoras que permitieron profundizar sobre la situación socio económica del migrante, la manera en que enfrentaba sus necesidades de salud y sus expectativas sobre el tema.

El equipo entrevistador realizó también observaciones en los establecimientos de salud para conocer la experiencia de acceso a los servicios de los usuarios, además de tener las entrevistas con el personal de salud previamente seleccionados.

Los cuestionarios, de manera general, tenían el siguiente contenido de información, siempre en el ámbito de la población migrante: datos demográficos sobre los migrantes, acceso a los servicios de salud, políticas migratorias en el país, coordinación interinstitucional, necesidades en salud.

Toda la información recolectada tuvo carácter descriptivo, por lo que en ningún caso se realizaron análisis estadísticos de muestreo. La información recolectada sirvió para explicar fundamentalmente los problemas de acceso a los servicios de salud de la población migrante en general y de la población migrante con tuberculosis en particular.

La información estadística de fuentes secundarias, que cubre la primera parte del informe, fue recolectada básicamente de informes de la Dirección General de Migración (DIGEMIG), del Instituto Nacional de Estadística (INE) y se utilizaron las páginas web de bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial, la Organización para las Migraciones Internacionales (OIM), entre otras.

Para el análisis de información y la elaboración del informe, se realizó un análisis narrativo de contenido de las entrevistas y cuestionarios y se identificaron fragmentos con similares, para categorizarlas en variables comunes de análisis y posteriormente incorporarlas al documento.

### **3. OBJETIVO DEL DOCUMENTO**

#### **3.1. Objetivo general**

El objetivo general del estudio es “desarrollar el análisis nacional del contexto migratorio para el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes afectadas por TB en Bolivia y la elaboración de un manual para la articulación de su atención con el programa nacional de TB y para el apoyo del observatorio social de TB”.

#### **3.2. Objetivos específicos**

Los objetivos específicos para el presente estudio son:

- a. Analizar el contexto migratorio a nivel país en sus dimensiones política, económica, social y ambiental de la situación de los migrantes.
- b. Evaluar el acceso a los servicios de salud de las personas migrantes afectadas por TB.
- c. Elaborar un manual para la articulación de la atención de las personas migrantes afectadas por TB con el programa nacional de TB y para el apoyo de los observatorios sociales de TB, que identifique oportunidades de mejora, proponga estrategias que mejoren la vinculación de los migrantes afectados por TB a los servicios de salud públicos y orienten la intervención del observatorio social de TB en esta temática.

#### 4. PRINCIPALES DATOS DEL PAÍS

Bolivia es un país de diversidades culturales y geográficas que todavía transita por la senda que le permita salir de los niveles de pobreza que ha estado enfrentando. La siguiente tabla, muestra un resumen de las principales variables socio- económicas y de salud:

**Tabla 1: Bolivia, principales datos del país**

Bolivia	Datos
Población (2020)	11,677,406
Clasificación del Banco Mundial por ingresos per cápita	Medio / Bajo
Incidencia de Tuberculosis (2019)	106 x 100 mil hab.
Gasto en salud como porcentaje del PIB (2018)	6.3%
Crecimiento del Producto bruto interno – PBI (2019)	5.5%

Fuente: Elaboración propia en basa a datos INE, BM

Bolivia, situada en América del Sur y tiene una superficie de 1.098.580 Km<sup>2</sup>. Bolivia es la economía número 93 por volumen de Producto Interno Bruto (PIB).

#### 5. ANÁLISIS DEL CONTEXTO NACIONAL

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 ha sumido a la economía en una profunda recesión que indujo un repunte de la pobreza<sup>1</sup>. Las autoridades han desplegado diferentes iniciativas económicas para proteger a la población más vulnerable tales como transferencias en efectivo y diferimiento de créditos. Sin embargo, la crisis sanitaria desnudó algunas debilidades estructurales como la poca preparación del sistema de salud, la falta de focalización de los programas de protección social, la insuficiencia de los amortiguadores macroeconómicos y la alta informalidad laboral.

El Gobierno tiene por delante el desafío de amalgamar sus esfuerzos con la sociedad para enfrentar la crisis sanitaria internacional, con el propósito de contener nuevas olas de contagio, acelerar la vacunación y promover una recuperación de la

---

<sup>1</sup> Banco Mundial. Bolivia panorama general.  
<https://www.bancomundial.org/es/country/bolivia/overview>

actividad económica y el empleo. Sin embargo, el alto endeudamiento público y las modestas reservas internacionales podrían limitar los esfuerzos para dinamizar la economía mediante políticas fiscales expansivas, en especial si éstas no logran dinamizar al sector privado de manera sostenida.

## 5.1 Análisis del contexto social

La crisis de la COVID-19 desató en América Latina una aguda crisis económica y social, lo que trajo como consecuencias una fuerte disminución de la actividad económica y de los ingresos. Los niveles de pobreza nuevamente se han asomado en un número importante.

En el año 2019, en Bolivia la pobreza moderada aumentó de 31.1% a 37.5% y la pobreza extrema de 12.1% a 14.7%<sup>2</sup>, aspectos que fueron inducidos por la crisis sanitaria.

El valor del umbral que define quiénes son pobres extremos para el año 2019, es de aproximadamente 2.2 US \$ (persona/día) en el área urbana y de 1.8 US \$ en el área rural, en tanto que el umbral que define quiénes son pobres moderados o simplemente pobres, es en promedio de 4.5 US \$ en el área urbana y de 3.2 US \$ en el área rural, gasto que representa además de una canasta básica de alimentos otros bienes como vivienda, vestimenta, transporte, educación y salud, entre otros<sup>3</sup>.

Según estos valores, para el 2019 el 37.2% de la población boliviana vivía en pobreza, es decir, menos de cuatro de cada diez personas tenían ingresos suficientes para cubrir sus necesidades alimentarias, pero no necesariamente para cubrir otros servicios como por ejemplo vestimenta o transporte.

Ante estos niveles elevados de pobreza, expresados en desigualdad social y mercado laboral altamente informal, Bolivia implementó políticas de protección social muy agresivas que buscan consolidar un sistema de protección efectivo para la población más pobre y vulnerable.

En este punto, hubo un cambio de enfoque en el país, respecto al abordaje de las estrategias, pues con anterioridad se aplicaban políticas que solamente mitigaban los efectos de las coyunturas económicas sobre la población. En la actualidad la estrategia está enfocada a convertirse en un mecanismo para erradicar las causas estructurales de la pobreza, reducir la desigualdad, eliminar toda forma de exclusión y disminuir los factores de riesgo y vulnerabilidad de las familias y comunidades.

---

<sup>2</sup> CEPAL (2020). Panorama Social de América Latina.

<sup>3</sup> PNUD (2019). Una aproximación a la medición de la pobreza y su importancia en las políticas públicas.

Las estrategias de estos programas de protección social son cuatro:

- a. Estrategia de Generación de Oportunidades:** Entre los PPS de esta estrategia están el Programa Multisectorial Desnutrición Cero y el Programa Nacional de Atención a Niños y Niñas Menores de 6 años, los mismo que son transferencias no monetarias.

Dentro los programas de transferencias monetarias condicionadas, está el Bono Juana Azurduy el cual busca garantizar el acceso universal a los servicios de salud materno-infantil para las mujeres embarazadas y niños pequeños, desde la gestación hasta los dos años de vida. Otro programa en este grupo es el Bono Juancito Pinto el cual busca mejorar la permanencia escolar de niños y niñas en la escuela pública primaria.

Para la población joven, está la estrategia de generación de oportunidades de empleo. Incluye el programa Mi Primer Empleo Digno dirigido a incrementar la inserción laboral de jóvenes de escasos recursos, mejorando sus condiciones de empleabilidad en el mercado de trabajo, mediante programas de capacitación y pasantía.

- b. Estrategia de Protección de Grupos Vulnerables**

Uno de los principales programas de esta estrategia es la Renta Universal de Vejez o Renta Dignidad que busca garantizar un nivel mínimo de ingreso para todos los adultos mayores de 60 años, a través de una pensión vitalicia.

Otro programa de esta estrategia es la Renta Solidaria, que consiste en una transferencia monetaria anual para las personas con discapacidad grave o muy grave que cuentan con el carné de discapacidad entregado por el Ministerio de Salud y Deportes.

- c. Estrategia de Transición de Corto Plazo**

Esta estrategia incluye programas temporales dirigidos a resolver demandas de emergencia, principalmente a través de la creación de empleo temporal masivo y mejoramiento de las condiciones de infraestructura en zonas deprimidas o afectadas por desastres naturales. En esta estrategia se incluye el programa de Empleo Digno Intensivo de Mano de Obra (EDIMO) y el Programa de Lucha Contra la Pobreza e Inversión Solidaria (PROPAIS). Ambos forman parte de los programas definidos como generadores de empleo de corto plazo o de transición de la política de protección social.

#### **d. Estrategia de Desarrollo Integral Comunitario**

Esta estrategia busca tener impacto en las potencialidades productivas y capacidad de autogestión de las comunidades más pobres. Entre sus principales programas está el de Comunidades en Acción que tiene como objetivo generar oportunidades económico-productivas en las poblaciones más pobres y promover la construcción de un modelo comunitario con base en la identidad cultural y territorial, a través de la transferencia y administración directa de recursos para la autogestión de las comunidades rurales.

Desde el punto de vista del ingreso, en un análisis comparativo de la encuesta continua de hogares, MECOVI 2000 del Instituto Nacional de Estadística, en Bolivia en el año 2000 de cada 100 personas, 45.2% no tenían ingresos suficientes para adquirir los principales bienes de consumo y otros servicios básicos. Para finales de 2019 esta cifra se redujo a 12.9%, cifra que supone el nivel histórico más bajo.

La crisis sanitaria provocada por la COVID-19 amenaza nuevamente con elevar los niveles de pobreza, por cuanto se espera una drástica reducción de ingresos fiscales, lo cual puede comprometer la asignación de recursos para los programas sociales, entre ellos salud. En este año el estado está implementando Bonos especiales, como esquema de transferencia monetaria, a los segmentos más pobres de la población y a las familias con hijos en edad escolar.

Es muy probable que la pobreza monetaria, que se estima a partir de los ingresos del hogar, se haya incrementado en 2020. Esto puede deberse principalmente al hecho de que la caída del PIB ha inducido no solamente a un mayor desempleo, sino también, a un mayor subempleo con personas que trabajan menos horas de las que desearían y/o que reciben menos ingresos laborales. Estos ingresos laborales componen cerca del 90%<sup>4</sup> de los ingresos del hogar; por lo tanto, el desempeño de estos retornos incide directamente sobre la pobreza.

Las políticas estatales, como bonos y subsidios, ayudan a amortiguar los efectos de la caída de los ingresos, sin embargo, no son suficientes en una coyuntura de alto desempleo. La tasa de informalidad laboral todavía es muy alta en el país, pues la Organización Internacional del Trabajo estima que la misma se encuentra en 73.2%<sup>5</sup> de la población en edad de trabajar.

---

<sup>4</sup> INESAD. Cepal: Pobreza subió 6,4 puntos y afecta al 37,5% de la población.

<https://www.inesad.edu.bo/2021/03/22/cepal-pobreza-subio-64-puntos-y-afecta-al-375-de-la-poblacion/>

<sup>5</sup> OIT (2021). Bolivia, programa de acción 2020/2021.

Desde la perspectiva de la esperanza de vida en Bolivia, la misma subió hasta llegar a 71,53 años en 2019<sup>6</sup>. El indicador para las mujeres es más alto, con 74,1 años, mayor que la de los hombres que es de 68,3 años.

En lo que respecta a la tasa de analfabetismo, Bolivia ha tenido importantes avances en su erradicación. Esta tasa, entre el año 2001 y 2017, se ha reducido del 13.3% al 2.5%<sup>7</sup>. Esto fue debido a la implementación de los Programas de Alfabetización desde el 2006 y Post alfabetización de 2009.

La tasa de analfabetismo del 2.5% es la más baja de la historia de Bolivia, indicador que le ubica por encima de la mayoría de los países de Sudamérica y cumple ampliamente los acuerdos internacionales.

Entre el periodo 2006 y 2017 se alfabetizaron a más de un millón de personas, de las cuales el 74% son mujeres.

## 5.2 Análisis del contexto económico

La corriente económica en los últimos catorce años estuvo caracterizada por un capitalismo de Estado, con una alta intervención del Estado en las políticas económicas y en la propia Economía, a través del control de las empresas más grandes, como la estatal del petróleo y la empresa de telecomunicaciones, por ejemplo.

En este marco, durante los últimos años y hasta el 2019, Bolivia presentó importantes tasas de crecimiento de su economía. Para el año 2019 la economía crecía a una tasa de 5.5% anual, dando continuidad al crecimiento presentado entre los años 2016 – 2018 de 4.4% promedio anual.

De acuerdo al Banco Mundial<sup>8</sup>, Bolivia es la economía número 92 por volumen de PIB. Su deuda pública en 2019 fue de 11,267.6<sup>9</sup> millones de US \$, lo que representa una proporción del 27.1% respecto al PIB.

---

<sup>6</sup> Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, total (años) – Bolivia  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=BO>

<sup>7</sup> Ministerio de Educación. Encuentro Internacional de Educación Alternativa y Especial.  
[https://www.minedu.gob.bo/index.php?option=com\\_content&view=article&id=357:direccion-general-de-post-alfabetizacion&catid=191&Itemid=993](https://www.minedu.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=357:direccion-general-de-post-alfabetizacion&catid=191&Itemid=993)

<sup>8</sup> Banco Mundial (2020). Nuevas clasificaciones de los países elaboradas por el Banco Mundial según los niveles de ingreso: 2020-2021  
<https://blogs.worldbank.org/es/datos/nuevas-clasificaciones-de-los-paises-elaboradas-por-el-banco-mundial-segun-los-niveles-de-ingreso>

<sup>9</sup> Banco Central de Bolivia (2019). Informe de la deuda externa pública al 31 de diciembre de 2019.

El PIB per cápita, como un indicador referencial del nivel de vida, muestra que en 2019 fue de 3,552 US \$, lo que coloca al país en el puesto 153, de 230 países, según el ranking del Banco Mundial<sup>10</sup>.

Pese a la crisis sanitaria internacional, el Banco Mundial prevé que la economía boliviana crecerá en 4.7%<sup>11</sup> el año 2021. Estas estimaciones, incluidas en el último informe del Banco Mundial para América Latina y el Caribe, denominado “Volver a Crecer” señalan que: *“América Latina y el Caribe sufrió más daños a la salud y la economía a causa de la pandemia de COVID-19 que cualquier otra región, pero a medida que la región comienza a repuntar se abre la oportunidad de llevar a cabo una transformación significativa en sectores clave”*.

Respecto al desempleo, al mes de marzo de 2021, la tasa de desocupación en el área urbana disminuyó a 8.1%, siendo la más baja desde el pico de la pandemia de la COVID-19 en julio de 2020 (11.6%)<sup>12</sup>.

En términos de la inflación, al mes de cierre de 2020, el Índice de Precios al Consumidor registró una variación positiva de 0.22% respecto al mes de noviembre. La variación acumulada para toda la gestión fue de 0.67%<sup>13</sup>. La inusual caída de precios de diferentes productos, tras varios meses de la pandemia de la COVID-19 con variaciones porcentuales negativas, generó que Bolivia cierre en 2020 con una inflación que representó ser la más baja en la última década.

Producto de la crisis sanitaria, Bolivia incrementó su presupuesto para salud de 2,989 millones de US \$ en 2020 a 3,278 millones de US \$ en 2021. Estos fondos adicionales, serán destinados a la compra de medicamentos, insumos y a todo un programa de inversión para la construcción, equipamiento, fortalecimiento y mejoramiento de los establecimientos de salud del país.

---

<sup>10</sup> Banco Mundial (2021). PIB per cápita (US\$ a precios actuales).  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>

<sup>11</sup> Mundo Economía (2021). Banco Mundial prevé que el PIB de Bolivia aumentará un 4,7% en 2021  
<https://www.aa.com.tr/es/econom%C3%ADa/banco-mundial-prev%C3%A9-que-el-pib-de-bolivia-aumentar%C3%A1-un-4-7-en-2021/2193072>

<sup>12</sup> INE (2021). Disminuye la tasa de desocupación urbana a marzo de 2021.  
<https://www.ine.gob.bo/index.php/diminuye-la-tasa-de-desocupacion-urbana-a-marzo-de-2021/>

<sup>13</sup> INE (2021). Boletín informativo.  
<https://www.ine.gob.bo/index.php/en-diciembre-de-2020-el-indice-de-precios-al-consumidor-registro-variacion-positiva-de-022/>



### 5.3 Análisis del contexto demográfico y ambiental

De acuerdo al INE, el Estado Plurinacional de Bolivia tiene una población aproximada de 11.6 millones de habitantes para 2020, de los cuales 50.7% son mujeres y 49.3%, hombres. La estructura de la población por grupos de edad, establece que 29.8% de los habitantes en el país tiene entre 0 y 14 años, 58.4% pertenece al rango de edad de 15 a 59 años y 11.8% son población de 60 años o más.

La tasa anual de crecimiento intercensal de la población a nivel nacional alcanza a 1.7%, de acuerdo al Censo Nacional de Población y Vivienda de 2012. Estos resultados comparados con el censo anterior determinan que la población urbana creció a un ritmo anual de 2.4% promedio, en tanto que la población del área rural creció en 0.5% respectivamente.

Los valores de la Tasa Global de Fecundidad de las mujeres en Bolivia presentan una reducción moderada, de 3.5 a 2.9 hijos en promedio por mujer a lo largo de su vida fértil, en un período de ocho años, conforme al estudio comparativo realizado entre las encuestas de Demografía y Salud ENDSA 2008 y EDSA 2016<sup>14</sup>.

Poco más de 71% de la población se concentra en tres de los nueve departamentos del país: 28.3% en Santa Cruz, 25.7% en La Paz y 17.6% en Cochabamba. En general, la densidad poblacional es baja (10 habitantes por km<sup>2</sup>). Las zonas urbanas en Bolivia incrementaron su importancia demográfica, pues concentran al 69.4% de la población total.

Según Datos del Censo 2012, 67.3% de la población del país habita en áreas urbanas y 32.7% en áreas rurales.

En el ámbito de la educación, en Bolivia la matrícula educativa para el año 2019 fue de 2,901,316<sup>15</sup> estudiantes, lo que representó que 9 de cada 10 niños en edad escolar asistió a un centro educativo. De esta matrícula, 70.6% correspondió al área urbana y 29.3% al área rural.

Respecto a los pueblos indígenas en Bolivia, existen 36 pueblos reconocidos, siendo el Quechua y el Aymara los mayoritarios en los andes occidentales. El Chiquitano, el Guaraní y el Moxeño son los siguientes más numerosos, formando parte de los 34 pueblos indígenas que viven en las tierras bajas de la región oriental del país.

---

<sup>14</sup> INE (2018). Las tasas de fecundidad presentan un comportamiento descendente. <https://www.ine.gob.bo/index.php/las-tasas-de-fecundidad-presentan-un-comportamiento-descendente/>

<sup>15</sup> Ministerio de Educación. Dirección General de Planificación. <http://seie.minedu.gob.bo/reportes/estadisticas/grupo1/matricula>

En términos de condiciones de vida en Bolivia, de acuerdo a los datos evidenciados en los censos de población y vivienda de los años 1992, 2001 y 2012, casi el 70% de los jefes de hogar son propietarios de sus propias viviendas.

La seguridad alimentaria también es un tema relevante. Según el Mapa Mundial del Hambre, elaborado por el Programa Mundial de Alimentos, Bolivia tiene un riesgo “moderadamente alto” debido a diferentes factores. Del poco más de 11 millones de habitantes que tiene el país, 2,4 millones son personas con insuficiente alimentación. Además, el país es uno de los 15 focos de riesgo de deterioro en seguridad alimentaria a nivel mundial<sup>16</sup>.

En lo que respecta a riesgos de desastres naturales, el Índice de Riesgo Climático Global, creado con el apoyo del Instituto de Medio Ambiente y Seguridad Humana de la Universidad de las Naciones Unidas (UNU-EHS), es un instrumento que se utiliza para determinar el riesgo de desastre como consecuencia de los fenómenos naturales extremos. Para el período 1999-2018, el índice sitúa a Bolivia en la posición 28 entre los países más vulnerables frente a los riesgos de desastres naturales<sup>17</sup>.

En el año 2019, Bolivia atravesó uno de los desastres medio ambientales más importantes, en términos de conservación de bosques y vegetación en la Chuiquitania. Más de 6,4 millones de hectáreas de vegetación en el territorio nacional fueron devoradas por el fuego. El 31% de la superficie afectada es bosque, mientras el resto es vegetación arbustiva y pastizales. Los departamentos más afectados por los incendios fueron Santa Cruz y Beni con 65 y 29 por ciento del área quemada, respectivamente.

El origen de estos incendios, es la extendida práctica de realizar los chaqueos (quemados para preparar el terreno para la siembra o para la crianza de ganado) que generan muchas veces estos focos de calor que pueden salirse de control. Pero a diferencia de temporadas anteriores, el año 2019, un polémico decreto aprobado por el Estado, que promueve la ampliación de la frontera agrícola y permite la “quema controlada” en áreas de uso forestal, ha detonado en esta situación sin precedentes.

---

<sup>16</sup> Naciones Unidas Bolivia. Nota de prensa.

<http://www.nu.org.bo/noticias/seguridad-alimentaria-el-20-de-los-bolivianos-acceden-suficiente-comida-2/>

<sup>17</sup> Greening EU cooperation (2020). Perfil Ambiental País de Bolivia. Actualización 2020

## 5.4 Análisis del contexto político

Bolivia, en medio de la pandemia de la COVID-19, atravesó un torbellino político con los preparativos y las elecciones generales que se llevaron a cabo el 18 de octubre de 2020, después de tres postergaciones. Estas elecciones fueron consideradas accidentadas por la crisis sanitaria desatada por la pandemia y por la crisis político institucional por la que atravesaba el país. Con ambas circunstancias tuvo que lidiar la autoridad electoral, además de su propia imagen que mostraba una débil legitimidad institucional frente a la población.

Pese a este panorama, la jornada electoral transcurrió de forma tranquila, con la asistencia a las urnas de más del 80% de la población votante. La celebración de estas elecciones y el tono conciliador del ganador y de los principales partidos de oposición, mostró el apoyo de los bolivianos al partido ganador Movimiento al Socialismo, actualmente gobernante, lo que contrastaba fuertemente con un país que hace un año se encontraba con un vacío de poder, una marcada polarización, una alta conflictividad y un grave riesgo para la democracia.

Todo este proceso se vio complementado con las elecciones subnacionales de 2021 donde se eligieron gobernadores departamentales y alcaldes en todo el país.

La agenda política para los siguientes años, una vez que ya se eligieron las autoridades nacionales, departamentales y municipales, es enfrentar la crisis en cuatro frentes de trabajo:

- a. Enfrentar la crisis sanitaria de la COVID-19 a través de la meta de vacunar, según el plan diseñado por el Gobierno, a por lo menos 7.5 millones de personas mayores de 18 años, con más de 15 millones de dosis, para alcanzar la inoculación total en septiembre de este año. Una meta que parece poco probable de lograr por situaciones logísticas y una creciente confrontación con el sector médico por la nueva Ley de Emergencia Sanitaria.
- b. Implementar medidas económicas ante la crisis, para lo cual el gobierno, en seis meses de gestión, ha dejado claro que una de sus prioridades es la recuperación económica, para la cual anunció medidas sociales, financieras, fiscales y sectoriales.
- c. Implementar medidas en el sistema educativo para mejorar la educación virtual, ante la decisión de no permitir las clases presenciales por la crisis sanitaria. La llegada de la pandemia solo acentuó una problemática que tiene muchos años de postergación y que ahora trata de salir a flote con el nuevo modelo de educación a distancia.
- d. Mantener la gobernabilidad ante la creciente polarización de las fuerzas políticas y en cierta manera ante cambios en las reglas del juego.

No se espera grandes cambios en la política económica y social del país, dado que el partido en el gobierno, que ya vino gobernando el país desde el año 2006, dará continuidad al modelo, donde el Estado es el principal promotor y regulador de la economía.

La siguiente tabla, resume las características del contexto social, económico, demográfico/ambiental y político en Bolivia.

**Tabla 2: Bolivia, análisis de contexto por características favorables o desfavorables para los migrantes**

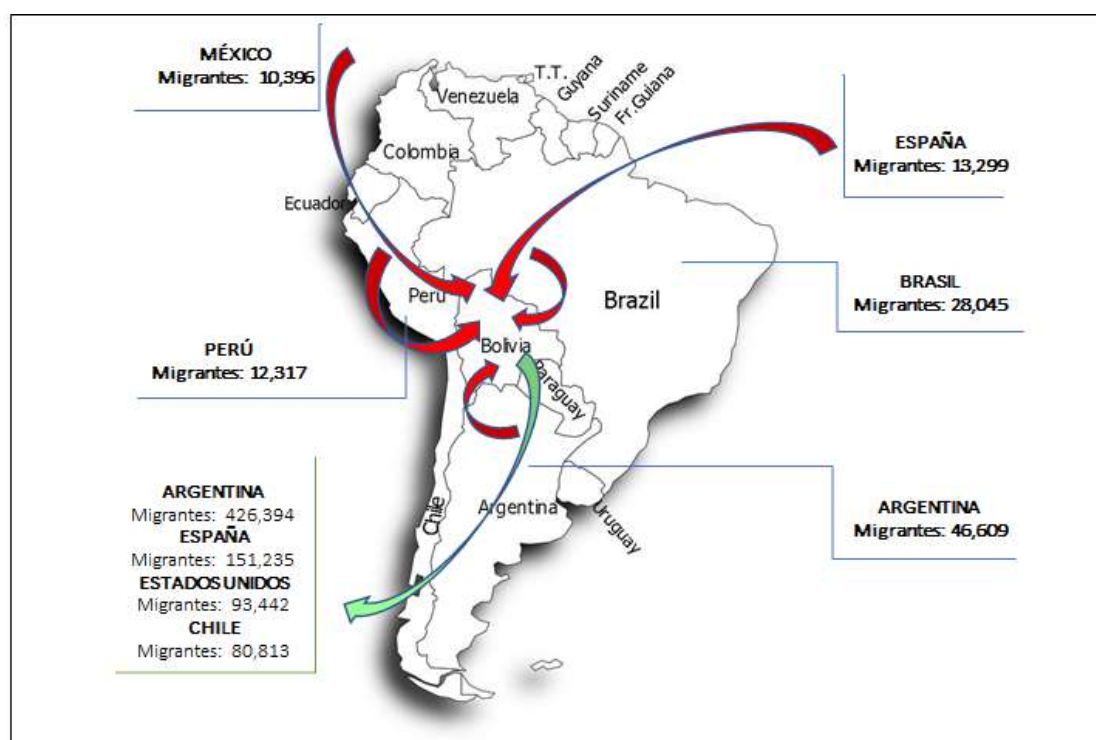
Contexto	Favorables	Desfavorables
Social	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El programa de Protección Social en Salud (SUS) incluye específicamente a los migrantes como beneficiarios.</li> <li>• No existe inseguridad ciudadana en niveles preocupantes para el acceso a los servicios de salud.</li> <li>• Sistema de atención en salud descentralizado, lo que facilita que los programas locales de TB (departamentales y municipales) tomen iniciativas propias de atención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ningún otro Programa de Protección Social incluye a los migrantes como beneficiario.</li> </ul>
Económico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El financiamiento del SUS está garantizado en cierta medida. Su presupuesto está consolidado a nivel nacional, departamental y municipal.</li> <li>• El migrante recibe el tratamiento para TB precio cero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No existe financiamiento adicional para ampliar la infraestructura de atención a nivel nacional. Los establecimientos de salud están saturados.</li> <li>• El gasto público en salud de Bolivia, como porcentaje del PIB, es uno de los más bajos de Sudamérica. Mientras el promedio de la zona es 2.5%, Bolivia está en 1.9%. Esto limita el financiamiento de mayor infraestructura, contratación de más personal médico, etc.</li> </ul>
Demográfico y ambiental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una concentración demográfica de los casos de TB en Bolivia. Los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y La Paz concentran el 79% de los casos. Esto facilita focalizar las intervenciones en salud.</li> <li>• Los aspectos medioambientales no son un factor que impide el acceso a los servicios de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los tres departamentos de alta incidencia de TB, existe una relación de 4,980 personas por cada establecimiento de salud. El SUS creará más demanda de servicios sin la perspectiva de infraestructura nueva para contener la misma.</li> </ul>
Político	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El país vive un proceso democrático con una alta participación social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflictos por reivindicaciones sociales permanentes.</li> </ul>

## 5.5 Flujos migratorios en el país

En Bolivia para el año 2019, residían 156,114<sup>18</sup> migrantes internacionales, lo que representaba el 1.4% de la población total. Esto significó un incremento del 24% respecto a los datos mostrados por el Censo de Población y Vivienda de 2012<sup>19</sup>. Los datos del censo mostraron que al momento de la encuesta residían en el país 119,033 extranjeros, lo que representaba un 1.2% de la población total. De estos residentes, 52.3% eran hombres y 47.7% mujeres.

La siguiente Infografía muestra la relación de los principales países de donde provienen la migración hacia Bolivia y los principales países de destino de los ciudadanos bolivianos.

### Infografía 1 : Bolivia, principales flujos migratorios



Fuente: STATISTA

Desde el punto de vista de la migración internacional hacia Bolivia, para el año 2019, Argentina es el principal país de origen de migrantes con 46,609 ciudadanos, lo que representa el 30% del total. Los cinco países con mayor número de ciudadanos

<sup>18</sup> STATISTA. Número de inmigrantes con residencia legal en Bolivia en 2019, por nacionalidad.

<https://es.statista.com/estadisticas/1190370/poblacion-extranjera-de-bolivia-por-nacionalidad/>

<sup>19</sup> Instituto Nacional de Estadística (2015). Censo de Población y Vivienda 2012. Características de la Población

residiendo en Bolivia, además de Argentina, son Brasil, España, Perú y México que en conjunto representan el 71% de residentes extranjeros.

Respecto a los bolivianos que migraron del país, para el año 2019 se reporta un número de 878,211<sup>20</sup> ciudadanos. Argentina es el principal país de destino con casi el 50% del total de migrantes bolivianos. España, Estados Unidos y Chile son los otros tres destinos principales que, conjuntamente con Argentina, fueron el destino del 86% de ciudadanos bolivianos que migraron del país.

No existe información oficial, en términos de boletines o memorias anuales, de la Dirección General de Migración respecto a la situación de migrantes en Bolivia en situación irregular, ni estudios que establezcan sus condiciones de vida o situación laboral. La mejor aproximación en términos de análisis, es el documento Perfil Migratorio de Bolivia de la Organización Internacional para las Migraciones, pero data del año 2011.

## **6. CARACTERÍSTICAS DE LA MIGRACIÓN EN BOLIVIA**

En este capítulo se hará un análisis de los flujos migratorios hacia el país, considerando los principales puntos de acceso, las características de esta población migrante, como grupos de edad, género y las migraciones producto de las solicitudes de refugio y por causas humanitarias.

### **6.1 Principales rutas de migración a nivel país y lugares de tránsito**

El Instituto Nacional de Estadística en su último reporte<sup>21</sup> disponible para el año 2019, muestra la siguiente relación de ingresos de ciudadanos extranjeros al país por nacionalidad.

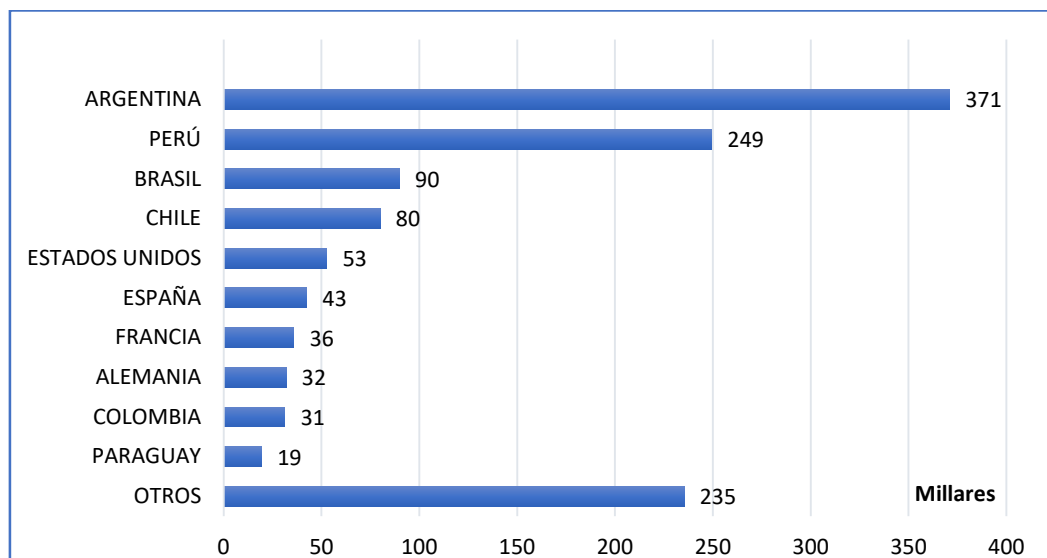
---

<sup>20</sup> Portal EXPANSIÓN.

<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/bolivia>

<sup>21</sup> Instituto Nacional de Estadística (2020). Actividad de turismo 2019. Boletín estadístico

**Gráfico 1: Bolivia, llegada de migrantes internacionales, según nacionalidad, 2019**



Fuente: INE

En la gestión 2019, ingresaron al país 1,239,281 ciudadanos extranjeros. Los diez primeros países del gráfico, por volumen, representaron el 81% de los ingresos y un 11% representaron el ingreso de ciudadanos de 20 países diferentes.

Es interesante observar que en la gestión 2019, se mantiene la tendencia de que los migrantes de nacionalidad argentina son quienes ingresan en mayor número al país, con 370,931 ciudadanos, que representan el 30% del total de ingresos.

No existe un estudio o un análisis que explique la razón de la alta tasa de ciudadanos argentinos que ingresan a Bolivia. Una aproximación de esta realidad podría explicarse por dos aspectos: primero, por un Acuerdo Bilateral Bolivia – Argentina en el que se establece que el Estado boliviano autoriza la residencia permanente a personas extranjeras de nacionalidad argentina, que cuenten con una residencia mínima de 2 años dentro de los tres (3) meses previos al vencimiento de la residencia temporal indicada y así lo soliciten expresamente<sup>22</sup>.

Es decir, a los ciudadanos argentinos se les otorga mayores facilidades para acceder a la residencia permanente, respecto a otros ciudadanos. Un segundo aspecto, puede explicarse por la dinámica económica y comercial del Departamento de Santa Cruz de la Sierra y especialmente la ciudad de Santa Cruz, que la hace atractiva para los migrantes.

A diferencia de otros Departamentos donde hay factores de expulsión de población, Santa Cruz es un polo de atracción gracias a su dinamismo económico, cuya relevancia

<sup>22</sup> DIGEMIG. <https://migracion.gob.bo/index.php?r=page/detail&id=118>



económica se expresa en su PIB que bordeó los 12.185 millones de US \$ en 2019, aportando con 30% al PIB nacional y más del 40% al PIB agropecuario boliviano. El PIB per cápita de este Departamento es 5,330 US \$, mientras que el PIB promedio, de los otros ocho departamentos del país, llega a 3,190 US \$. Estos y otros factores, hacen de Santa Cruz un destino atractivo para los migrantes de los países vecinos. De hecho, el 44% de los migrantes que residen en Bolivia, se encuentran afincados en el Departamento de Santa Cruz.

En general, los tres primeros países de donde proceden los migrantes, Argentina, Perú y Brasil representan el 57% de ingresos totales de ciudadanos extranjeros y coincidentemente son los que mantienen una amplia frontera geográfica con el país, de aproximadamente 2,345 km.

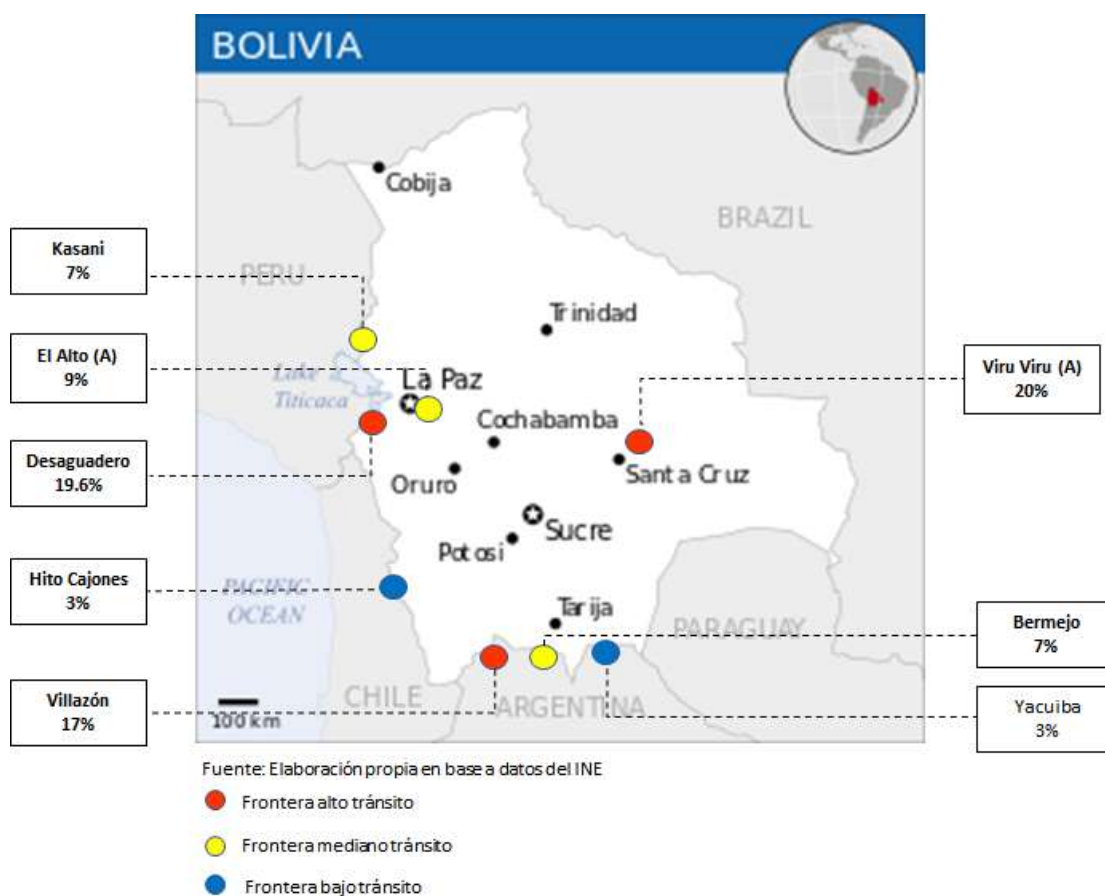
La situación de los países de donde proceden los migrantes tienen diversas características. Argentina ya atravesaba una profunda crisis económica antes del comienzo de la pandemia, por lo que fue uno de los países más golpeados por la crisis sanitaria. Llevaba dos años de recesión y tenía una inflación, en el año 2019, de 53.55%, además una de las monedas más devaluadas del mundo.

Perú ya venía pasando por una ralentización de su economía, pues La actividad económica en el 2019 cerró con un crecimiento de 2.16%, Esta tasa, se convierte en el porcentaje de crecimiento más bajo de los últimos 10 años. Este bajo crecimiento estuvo influenciado por la caída en la producción de tres sectores claves para la economía: pesca, manufactura y minería e hidrocarburos.

La economía brasileña prosiguió su lenta senda de recuperación del crecimiento en 2019. Su tasa de crecimiento del PIB fue de 1.1%, levemente menor al 1.3% de expansión registrado en 2017 y en 2018. A su vez, la tasa de inflación en los 12 meses transcurridos de 2019 fue de 4.5%.

Todo el movimiento migratorio hacia Bolivia ingresa por diferentes puntos geográficos del país. Son ocho los principales puntos de ingreso, por los cuales accedieron el 86% de ciudadanos extranjeros, como muestra la siguiente Infografía.

## Infografía 2: Bolivia, fronteras de acceso al país



Estos ocho puntos de acceso se clasificaron como los de alto tránsito (mayor a 15% del total de ingresos), mediano tránsito (mayor a 5% y menor a 15% del total de tránsito) y los de bajo tránsito (menores a 5%).

El principal punto de acceso a Bolivia es el aeropuerto internacional de Viru Viru, en la ciudad de Santa Cruz de la sierra, por el cual ingresó el 20% del total de ciudadanos extranjeros al país.

El segundo punto de acceso es la frontera terrestre del Desaguadero, frontera con el Perú, al oeste del país, por el cual ingresaron 243,001 ciudadanos extranjeros (19.6% del total). Al ser los ciudadanos argentinos los de mayor ingreso al país (ver gráfico 1), la frontera de Bolivia con Argentina presenta tres puntos fronterizos de paso (Villazón Bermejo y Yacuiba) los cuales en conjunto suman 336,473 ingresos, lo que representa en conjunto el 27% del total de ingresos de ciudadanos al país, el más alto de todos los límites fronterizos geográficos por país.

La siguiente tabla muestra la relación de puntos geográficos de paso y el número de ingresos.

**Tabla 3: Bolivia, puntos geográficos de ingreso al país**

Punto de Ingreso	Número	Departamento	%
Viru Viru (A)	248,284	Santa Cruz	20%
Desaguadero	243,001	La Paz	19.6%
Villazón	205,490	Potosí	17%
El Alto (A)	110,270	La Paz	9%
Kasani / Copacabana	91,312	La Paz	7%
Bermejo	89,032	Tarija	7%
Yacuiba	42,221	Tarija	3%
Hito Cajones	41,233	Potosí	3%
Pisiga	29,914	Oruro	2%
Puerto Suarez	25,399	Santa Cruz	2%
J. Wilsterman (A)	24,417	Cochabamba	2%
Otros	88,708	-	7%
<b>TOTAL</b>	<b>1,239,281</b>	-	<b>100%</b>

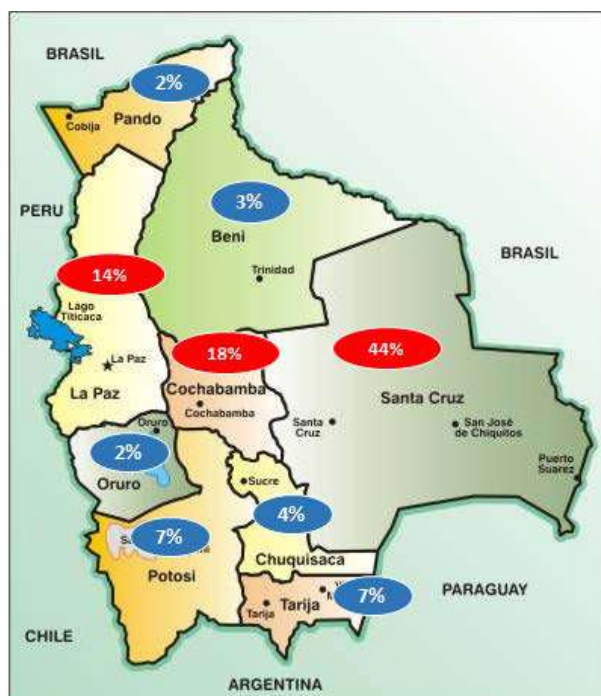
Fuente: Elaboración propia en base a datos del INE  
A. Aeropuerto

En general ingresaron al país 382,971 personas por vía aérea (31% del total) y 856,310 por vía terrestre (60% del total), haciendo el total de 1,239,281 personas para la gestión 2019.

## 6.2 Lugar de residencia de los migrantes, por Departamento

Los migrantes en general se distribuyen en los nueve departamentos del país de acuerdo al siguiente detalle de información del siguiente infografía.

### Infografía 3: Bolivia, % de población migrante internacional, por departamento de residencia habitual



Fuente: INE

Existe una alta concentración del lugar de residencia por Departamento, pues Santa Cruz, La Paz y Cochabamba representan el 76% de lugar de permanencia del migrante extranjero. Santa Cruz, indudablemente, es el mayor Departamento receptor de migrantes, pues alberga a 44 de cada 100 migrantes que vive en el país.

Según el área de residencia, ocho de cada 10 migrantes viven en el área urbana y dos de cada 10 en el área rural. Esta proporción de distribución por Departamento puede no haberse modificado sustancialmente en 2019, pues para ese año la población extranjera representa el 1.4% de la población total (contra 1.2% de 2012) y porque además Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, como capitales de Departamento, siguen concentrando la actividad económica y política del país, por lo tanto, sigue siendo más atractivo elegir estos destinos.

Un punto especial a considerar es la migración venezolana, que si bien a nivel sudamericano tiene un alto impacto, en Bolivia todavía no es significativo. El informe *situación de los migrantes y refugiados venezolanos en Bolivia*, de la Oficina de la Secretaría General para la Crisis de Migrantes y Refugiados Venezolanos de abril de 2020, señala que 17,243 ciudadanos venezolanos ingresaron a Bolivia en el año 2019, lo que representa el 1.4% del total de ingresos para ese año (ver relación de ingresos gráfico 1).

Un total de 405 ciudadanos venezolanos solicitaron refugio, de los cuales 57 fueron aprobados, lo que eleva a 185 refugiados venezolanos que viven en Bolivia para 2019. La mayoría de los migrantes venezolanos se encuentran en las ciudades de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz.

Al no ser (todavía) un problema crítico para el país, no existe un estudio de la caracterización del ingreso de venezolanos a Bolivia. Lo más probable es que sea una población que está de paso hacia Chile, pues en este país ya se reportan graves problemas en el número de ingresos de venezolanos por día<sup>23</sup>.

Desde agosto de 2020 se observó un cambio en la ruta migratoria de los migrantes venezolanos que viajan hacia Chile. Muchos migrantes viajan hasta la localidad de Pisiga, en Oruro, Bolivia y cruzan por pasos no autorizados a la localidad de Colchane, Chile. Según información de la Oficina Regional de Migración de Oruro, en diciembre de 2020 y enero de 2021 se registró un incremento en la llegada de ciudadanos venezolanos que buscan cruzar la frontera.

La Dirección Nacional de Migración estima que más de 2.000 migrantes cruzaron la frontera de manera irregular en enero de 2021, utilizando chamberos (personas de la comunidad que cobran entre 30 y 300 bolivianos, dependiendo del tamaño del grupo, para guiar a los migrantes hacia los puntos irregulares de cruce de la frontera).

Del total de venezolanos que llegan al país, menos del 5% decide quedarse, según los registros de la Pastoral Social Cáritas<sup>24</sup>.

Pese a esta situación, el Estado boliviano ha hecho, sin embargo, algunos esfuerzos para facilitar el acceso de los migrantes venezolanos al país. El año 2020 aprobó la Resolución Ministerial 148/2020 la cual facilita la entrada y regularización migratoria de familias venezolanas. Esta resolución fue producto del trabajo de abogacía de varias instituciones de la sociedad civil y cooperación internacional, sin embargo, la implementación de la resolución no ha sido continua y tuvo algunas dificultades como su falta de difusión.

---

<sup>23</sup> INFOBAE. Una crisis humanitaria desborda a pequeños pueblos del norte de Chile por la masiva llegada de migrantes venezolanos.

<https://www.infobae.com/america/america-latina/2021/02/03/crisis-humanitaria-en-pequenos-pueblos-del-norte-de-chile-desbordados-por-la-masiva-llegada-de-migrantes-venezolanos/>

<sup>24</sup> Opinión. Nota de prensa (2019). Menos del 5% de venezolanos que llega a Bolivia decide quedarse <https://www.opinion.com.bo/articulo/pais/menos-5-venezolanos-llega-bolivia-decide-quedarse/20191007095952730274.html>

## 6.3 Características de la población migrante

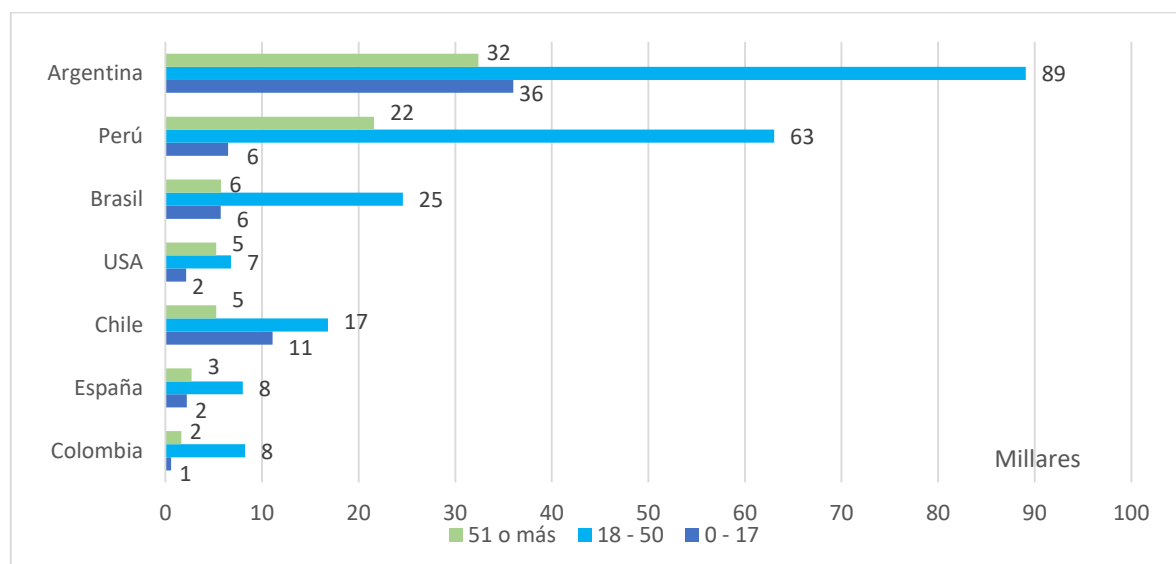
En este apartado, se hace una breve referencia a ciertas características de la población migrante en el país.

### 6.3.1 Ingresos al país por rango de edad

El último reporte disponible de la Dirección General de Migración<sup>25</sup>, para el periodo noviembre 2019 a febrero 2020, muestra que ingresaron al país 355,387 personas.

El siguiente gráfico muestra los ingresos por rango de edad, de ciudadanos procedentes de los siete países más representativos en términos de número, mismo que representan el 74% del total.

**Gráfico 2: Bolivia, ingresos al país por rango de edad de países de mayor tráfico**



Fuente: Elaboración propia en base a información de la DGMIG

El grupo de edad predominante es de 18 a 50 años, con el 61% del total de ingresos para este grupo de países. Solamente los ciudadanos argentinos representan el 41% del total de personas para este grupo de edad.

Los migrantes, en general, se caracterizaron por la presencia mayoritaria de una población en edad de trabajar. Una de las finalidades del proceso inmigratorio fue la de insertarse en la economía mediante el acceso a puestos de trabajo.

<sup>25</sup> DIGEMIG (2020). Flujos migratorios y libertades humanas. Boletín 1.

### 6.3.2 Ingreso al país por género

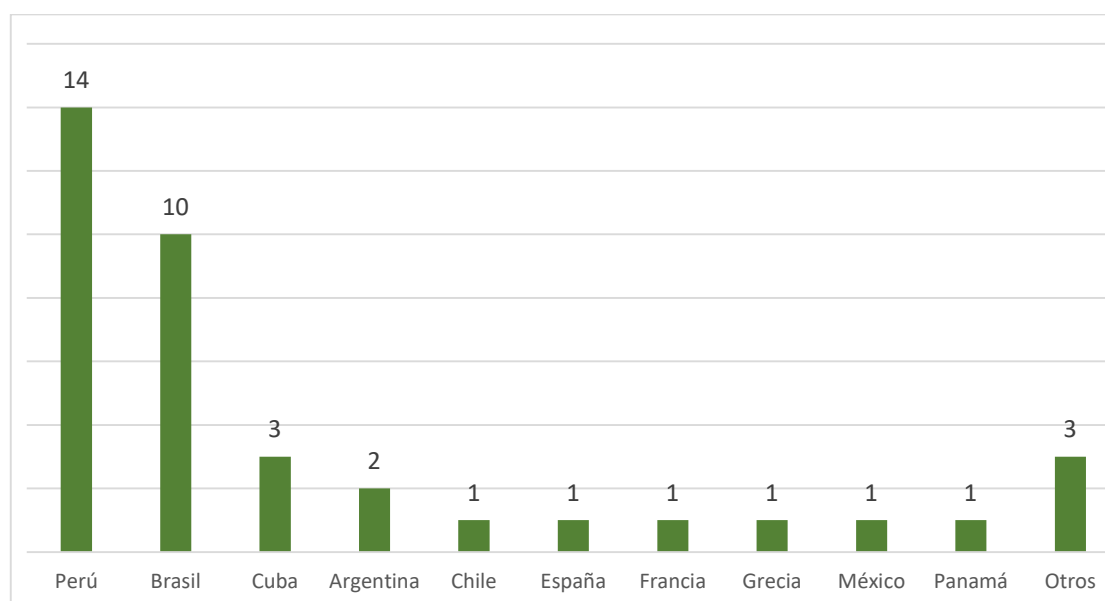
Existe una interesante paridad de género en la sumatoria del total de migrantes que ingresaron al país. Un 51% corresponden a varones y un 49% a mujeres. Esta relación se mantiene estable, pues en el último censo realizado en el país (2012) la proporción era 52.3% varones y 47.7% mujeres para los migrantes residentes en el Bolivia.

### 6.3.3 Ingreso de refugiados

Como refugiados, se define a las personas que huyen de conflictos armados o persecución<sup>26</sup>. Según el Banco Mundial<sup>27</sup>, el año 2019 Bolivia tenía 863 refugiados en el país.

El informe de la DIGEMIG para el periodo noviembre 2019 y febrero 2020, da una interesante aproximación de la procedencia de los refugiados.

**Gráfico 3: Bolivia, refugiados por país de procedencia**



Fuente: DIGEMIG

<sup>26</sup> ACNUR. ¿'Refugiado' o 'Migrante'? ¿Cuál es el término correcto?

<https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html>

<sup>27</sup> Banco Mundial. Población de refugiados por país o territorio de asilo – Bolivia.

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.REFG?locations=BO>

En los cuatro meses, el reporte de la DIGEMIG muestra que se presentaron 38 casos de solicitudes de refugio. La mayor parte de los que solicitaron refugio fueron ciudadanos peruanos (14), seguidos de Brasil (10).

Las solicitudes provienen sobre todo de jóvenes de 18 a 50 años (74% de las solicitudes) seguido de personas con más de 51 años (16%).

Desagregada la información por género, han sido las mujeres quienes en una leve proporción mayor han solicitado refugio. El 53% mujeres y el 47% varones, respectivamente.

### **6.3.4 Ingreso por causas humanitarias**

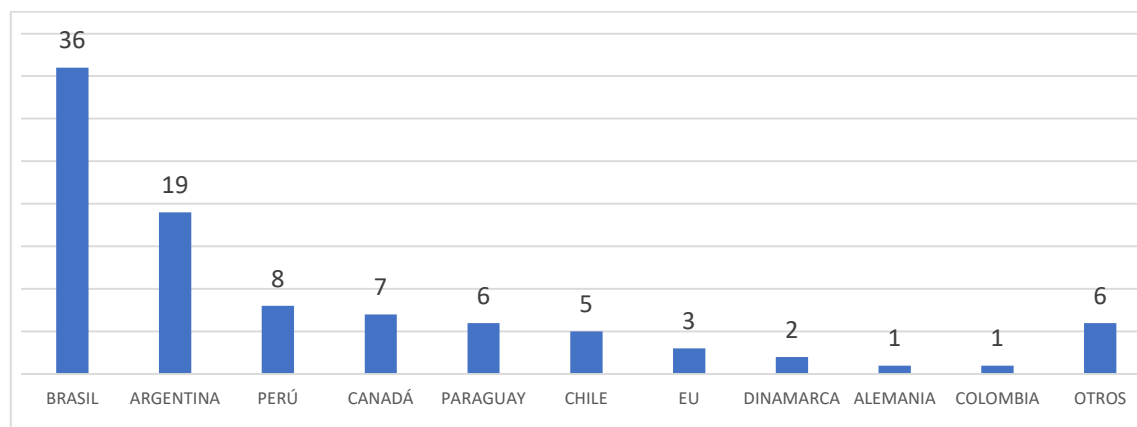
En Bolivia, la Ley N° 370 de Migración, otorga residencia temporal por las siguientes razones humanitarias:

- a. Necesidad de protección internacional, amparada por el principio de no devolución.
- b. Ser víctima de trata de personas o tráfico de migrantes u otras formas de explotación.
- c. Ser acompañante de persona enferma que requiera tratamiento médico.
- d. Haber obtenido su libertad en territorio boliviano, durante el proceso penal seguido en su contra o durante la ejecución de la pena hasta su cumplimiento.

La DIGEMIG reporta que en el periodo noviembre 2019 a febrero de 2020, ingresaron al país 94 personas por razones humanitarias, como muestra el siguiente gráfico.



**Gráfico 4: Bolivia, ingresos por razones humanitarias**



Fuente: DIGEMIG

La solicitud de ingresos por razones humanitarias es más baja respecto a los ingresos de refugiados. La mayor parte de los solicitantes de refugio provienen de Brasil, con 36 solicitudes.

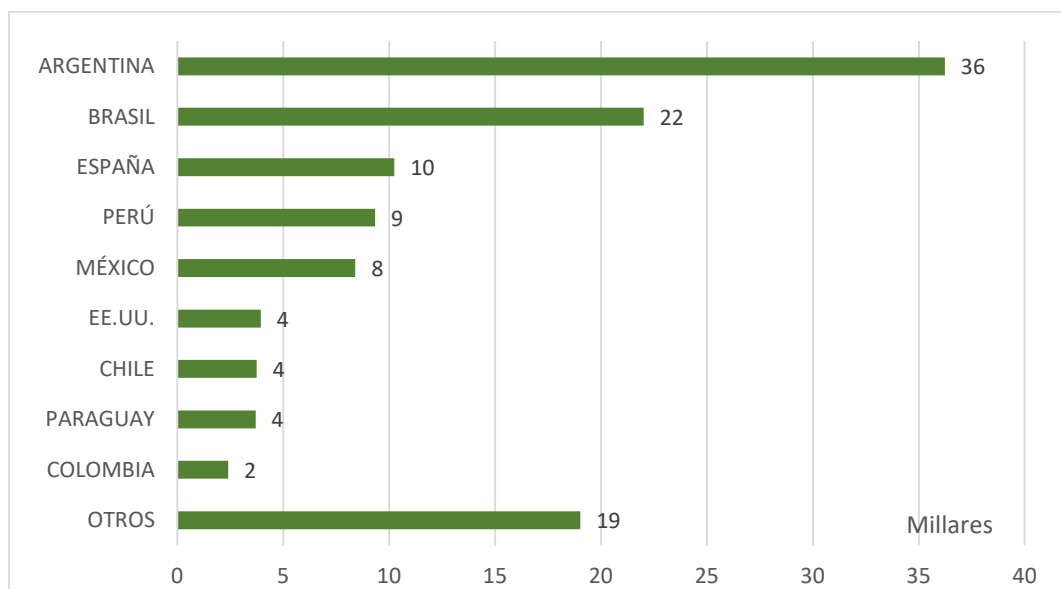
El rango de edad de mayores solicitudes oscila entre los 18 a 50 años de edad (63% de los casos), 12% para personas de 0 a 17 años y el 25% de los casos para personas mayores de 60 años. Llama la atención que la mayor cantidad de solicitudes es de mujeres, con el 59% y el 41% de varones respectivamente.

### 6.3.5 Migrantes residentes en el país, base Censo 2012

Esta población, son personas nacidas en el exterior, residentes en Bolivia y empadronadas al momento de efectuarse el último censo realizado en el país (2012).

El siguiente gráfico muestra los residentes extranjeros por país de procedencia.

### Gráfico 5: Bolivia, población migrante residente, por país de origen



Fuente: INE

Las personas nacidas en el exterior, residentes en Bolivia y empadronadas en el Censo 2012, llegan a 119,033 (1.2% de la población total). De ese total, los hombres representaron el 52.3% y las mujeres el 47.7%<sup>28</sup>.

En cuanto al área de residencia, ocho de cada 10 migrantes viven en área urbana (77.6%) y dos de cada 10, en área rural (22.4%).

El Censo 2012 registra un mayor número de migrantes menores de 14 años con 34.7% y la población entre 15 y 64 años nacida en el exterior disminuye en 3.9 puntos porcentuales en comparación con el Censo 2001.

Los tres principales países de nacimiento de los migrantes empadronados en el Censo 2012 son Argentina 30.4%, Brasil 18.5% y España 8.6% respectivamente.

Para el año 2019, respecto al Censo 2012, hubo un incremento de migrantes residentes en Bolivia de 0.2%, respecto a la población total. La siguiente tabla muestra esta relación.

<sup>28</sup> INE (2015). Censo de Población y vivienda 2012.

**Tabla 4: Bolivia, número de migrantes con residencia en Bolivia, por nacionalidad**

País	Censo 2012	Año 2019*	Variación %
Argentina	36,230	46,609	29%
Brasil	22,013	28,045	27%
España	10,242	13,299	30%
Perú	9,332	12,317	32%
México	8,400	10,396	24%
EE.UU.	3,946	5,345	35%
Chile	3,752	5,614	50%
Paraguay	3,694	4,678	27%
Colombia	2,397	3,236	35%
Otros	19,027	26,575	40%
<b>TOTAL</b>	<b>119,033</b>	<b>156,114</b>	<b>31%</b>
<b>% de la Población</b>	<b>1.2%</b>	<b>1.4%</b>	<b>0.2%</b>

Fuente: INE

\* Fuente: STATISTA. <https://es.statista.com/estadisticas/1190370/poblacion-extranjera-de-bolivia-por-nacionalidad/>

Argentina, Brasil, España Perú y México siguen constituyéndose, en ese orden, en los cinco principales países cuyos ciudadanos tienen residencia en Bolivia, representando el 71% del total. Entre 2012 y 2019 hubo un incremento de 37,081 ciudadanos más residiendo en el país. La tasa de migrantes extranjeros, respecto al total de la población, sigue siendo todavía baja (1.4% para 2019) mientras que a nivel mundial esta tasa es de 3.6%<sup>29</sup>.

### 6.3.6 Situación socioeconómica de los migrantes

El fenómeno de la migración en Bolivia no es un tema ampliamente estudiado, pues no existen estudios actualizados que describan, por ejemplo, su situación socioeconómica. La falta de datos estadísticos confiables y la gran distancia de tiempo existente entre los censos generales en Bolivia (el último fue realizado el año 2012), impiden describir con exactitud sus características. El documento más reciente que describe sus características es el de la Organización Internacional para las Migraciones pero que, sin embargo, data de 2011.

---

<sup>29</sup> Portal de Datos Mundiales sobre la Migración.

[https://migrationdataportal.org/es?i=flows\\_abs\\_immig1&t=2013](https://migrationdataportal.org/es?i=flows_abs_immig1&t=2013)

## 7. TUBERCULOSIS Y EL SISTEMA DE SALUD

En este capítulo se describen las características generales del sistema de salud de Bolivia, su organización y cobertura, sus fuentes de financiamiento y gasto en salud, los recursos físicos, materiales y humanos de los que dispone, las actividades de rectoría que desarrolla. También se describe las políticas de protección social en salud más recientes.

### 7.1 El Sistema de Salud en Bolivia

El sistema de salud boliviano es una estructura fragmentada con tres subsectores proveedores de servicios de salud: público, la seguridad social de corto plazo y el privado.

#### a. Subsector público

Este subsector comprende al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y establece cuatro ámbitos de gestión:

- i) **Nacional:** correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes.
- ii) **Departamental:** correspondiente al Servicio Departamental de Salud (SEDES), dependiente de la Gobernación<sup>30</sup>.
- iii) **Municipal:** correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS).
- iv) **Local:** correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigadas móviles como nivel operativo.
- v) **Medicina tradicional:** ámbito oficialmente reconocido desde el 6 de marzo de 2006 por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

#### b. Subsector de la seguridad social de corto plazo<sup>31</sup>

La gestión de la salud está encomendada en Bolivia a las cajas de salud, que son de carácter público. La conforman las cajas de salud e incluyen: Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, Caja de Salud de la Banca Estatal, Caja de Salud de Caminos, Caja de Salud de las Corporaciones de Desarrollo y el Seguro Integral Empleado de Cordecruz), Caja de Salud privada (Caja de Salud de la Banca Privada), la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y ocho seguros universitarios.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> En Bolivia existen nueve gobernaciones, una por cada Departamento del país.

<sup>31</sup> La seguridad social de largo plazo se refiere a las pensiones.

<sup>32</sup> El Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es una entidad Desconcentrada del Ministerio de Salud y Deportes, que fiscaliza a los entes gestores del Sistema de Seguros de Salud.

### c. Subsector privado

Este subsector es la compra de servicios a través de convenios de proveedores privados de las aseguradoras privadas o a través de convenios con otros privados. Entre los proveedores se encuentran aquellos administrados por la Iglesia, organizaciones no gubernamentales y otros.

La siguiente tabla resume las características más importantes de estos tres subsectores:

**Tabla 5: Bolivia, subsectores del sistema de salud**

Subsector	Público	Seguridad Social	Privados
Fuente de Financiamiento	Recursos del gobierno nacional y con recursos externos	Contribuciones de los empleadores, los trabajadores y el gobierno	Gasto de bolsillo de hogares/cuotas (seguros privados)
Proveedores	Red pública de servicios	Infraestructura propia	Prestador de servicios y seguros
Beneficiarios / Usuarios	Personas sin cobertura de corto plazo	Personas con cobertura de protección	Personas con ingresos medios y altos con capacidad de pago
Cobertura	18.4%	28.4%	10.0%
Gasto en Salud (US \$)*	1,105,046,070	742,993,560	769,366,973

Fuente: Elaboración propia  
\*MINSA: Cuentas de Salud 2016

Bajo este esquema de fragmentación, no existe una única articulación ni coordinación entre los diferentes subsectores del sistema de salud. Una de las consecuencias de esta fragmentación, desde el punto de vista de la provisión de servicios de salud, es la limitada participación social en salud. Sólo un 28.4% de la población tiene un seguro formal a través de la seguridad social y un 10% puede financiar, a través del gasto de bolsillo, sus necesidades de salud.

La falta de integralidad del sistema y la falta de la participación social, presumiblemente esté ocasionando la alta tasa de personas que no cuentan con un seguro de salud. En Bolivia se estima que cerca de 5.8 millones de personas no cuentan con cobertura de salud<sup>33</sup> (51% del total de la población).

<sup>33</sup> OPS. Portal de noticias  
[https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2194:el-sus-en-bolivia-arrancara-con-un-presupuesto-inicial-que-esta-en-parametros-razonables&Itemid=481](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2194:el-sus-en-bolivia-arrancara-con-un-presupuesto-inicial-que-esta-en-parametros-razonables&Itemid=481)

Par enfrentar esta importante falta de cobertura de salud, el estado boliviano instruye la implementación de un Programa de Protección Social denominado Sistema Único de Salud, lo que constituye un significativo avance hacia el objetivo de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible del Milenio, en términos de cobertura universal para la población.

## 7.2 El Sistema Único de Salud, como programa de protección social para el acceso universal a los servicios de salud

El Sistema Único de Salud es creado bajo la Ley N° 1152 del 20 de febrero de 2019, denominada “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO”. El objetivo de este PPS, es brindar atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a toda aquella población que no cuente con ningún tipo de seguro de salud.

Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud las siguientes poblaciones:

- a. Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- b. Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo.
- c. Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto; mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; niñas y niños menores de cinco años de edad; mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad; personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente

Desde su lanzamiento el 20 de febrero de 2019, el SUS ha tenido un alto impacto en las personas que están accediendo al Sistema, como se muestra a continuación.

**Tabla 6: Bolivia, personas inscritas al SUS, por año**

Año	2019	2020	2021	TOTAL
Personas inscritas	3,953,284	918,269	345,894	5,217,447

Fuente: Unidad de Gestión del SUS

Solamente en el año de lanzamiento del SUS, 2019, se tuvieron 3.9 millones de personas inscritas al Sistema. En el año 2021 (al momento del presente informe) el número de inscritos era de 5.2 millones de personas, representando el 44% del total de la población boliviana.

El Sistema Único de Salud, a través de la Ley 1152, también permite que el migrante extranjero pueda acceder al mismo cumpliendo ciertos requisitos. La siguiente tabla muestra datos del número de extranjeros, por nacionalidad, inscritos al SUS hasta el año 2021.

**Tabla 7: Bolivia, extranjeros inscritos al SUS hasta el año 2021**

Ciudadanía	# Ciudadanos	%
Argentina	3,496	41%
Brasileña	1,518	18%
Peruana	669	8%
Venezolana	373	4%
Colombiana	310	3.7%
Chilena	250	3%
Cubana	228	2.7%
Otros	1,590	19%
<b>TOTAL</b>	<b>8,434</b>	<b>100%</b>

Fuente: Unidad de Gestión del SUS

Hasta el mes de abril de 2021, se inscribieron 8,434 ciudadanos extranjeros al SUS, siendo los de origen argentino los ciudadanos más significativos en número. Sólo entre estos ciudadanos y los de Brasil, representan casi el 60% del padrón de inscripción.

Este total de extranjeros inscritos (8,434), representan solamente el 0.2% del total de inscritos al SUS y solamente el 5% del total de extranjeros residentes en el país.

Respecto al financiamiento del Sistema, la Resolución Ministerial N° 0132 del 27 de marzo de 2019 establece claramente los lineamientos: las prestaciones del SUS en el Primer y Segundo Nivel de Atención será financiado con el 15.5% de Coparticipación Tributaria para Salud (15.5%) que gestionan los Gobiernos Municipales Autónomos. El tercer Nivel de Atención recibirá financiamiento a través de los Gobiernos Autónomos Departamentales con recursos recibidos del Ministerio de Salud.

### 7.3 Cumplimiento de las funciones esenciales de la salud pública

Las Funciones Esenciales de Salud Pública, describen el espectro de competencias y acciones necesarias por parte de los sistemas de salud para alcanzar el objetivo central

de la salud pública, que es el mejorar la salud de las poblaciones<sup>34</sup>. La siguiente tabla resume el cumplimiento de estas funciones en Bolivia.

**Tabla 8: Bolivia, funciones esenciales de la salud pública**

Etapas	Funciones Esenciales de la Salud Pública	Cumplimiento
Evaluación	Monitoreo y Evaluación	El Ministerio de Salud gestiona el Sistema Nacional de Información en Salud - Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE). Es la unidad responsable de proveer al país y al sector salud de datos e información para la gerencia y la vigilancia epidemiológica que permitan tomar decisiones adecuadas y oportunas en la planificación, ejecución y evaluación de políticas públicas en el ámbito de la salud. Proporciona información sectorial y extra sectorial de los recursos existentes en la red de servicios en los diferentes niveles del sistema de salud, que permita el análisis contextual de las condicionantes y determinantes de la situación de salud.
	Vigilancia, control y gestión de riesgos	la Ley Nro. 602 y el Decreto Supremo Nro. 2342 de Gestión de Riesgos que establece y organiza el Sistema Nacional de Reducción del Riesgo de Desastres (SISRADE) y la Ley Marco de Autonomías 031, Andrés Ibáñez, que define competencias para todas las entidades territoriales autónomas en materia de gestión de riesgos, define que cada nivel de gestión territorial autónoma es responsable de la planificación a corto, mediano y largo plazo según procedimientos establecidos en la Ley del Sistema de Planificación Integral del Estado (SPIE).
	Investigación y gestión del conocimiento	Ninguna referencia de esta función
Acceso	Acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad	Se implementó Ley N° 1152 "hacia el sistema único de salud, universal y gratuito" del Sistema Único de Salud, busca como principios: Eficacia, Equidad, Gratuidad, Integralidad, Interculturalidad, Intra culturalidad, Intersectorialidad, Oportunidad, Preeminencia de las Personas, Progresividad, Solidaridad, Universalidad, Acceso Universal a Medicamentos y Tecnologías en Salud.
	Acceso equitativo a intervenciones que buscan promover la salud	En Bolivia, la Constitución Política, establece que toda persona tiene derechos fundamentales a la vida, la salud y la seguridad y que se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios. En Bolivia se aplica impuestos al tabaco y alcohol y cuya recaudación beneficia y financia actividades del sector salud.
	Intervenciones sobre factores contextuales de la salud	Para los factores estructurales de tipo socioeconómico como salud, educación, mercado y seguridad laboral, el país ha implementado Programas de Protección Social específicos.
Desarrollo de políticas	Políticas, legislación y marcos regulatorios	Si bien existen importantes avances, como la estrategia para la universalización de la salud, todavía las políticas de salud no han podido enfrentar de manera consistente la problemática de la fragmentación del sistema de salud, lo que eventualmente sigue ocasionando servicios de salud con baja calidad técnica, uso ineficiente de recursos y la todavía insatisfacción de los usuarios frente a los servicios que se les proporciona.

<sup>34</sup> OPS. La Salud Pública en las Américas - Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Iniciativa La Salud Pública en las Américas.



Etapas	Funciones Esenciales de la Salud Pública	
	Funciones Esenciales de la Salud Pública	Cumplimiento
	Participación y movilización social	En Bolivia está vigente la Ley de Participación y Control Social (Ley No. 341). La ley tiene como eje central la participación social en la gestión pública. La ley establece el marco general de la participación y control social definiendo los fines, principios, atribuciones, derechos, obligaciones y formas de su ejercicio.
Asignación de recursos	Desarrollo de recursos humanos para la salud	Una de las variables, entre otras, que puede medir esta función es la tasa de densidad de recursos humanos en salud. En Bolivia esta tasa es de 15.4 por cien mil habitantes. La OPS señala 25 profesionales por 10.000 habitantes es una meta ideal.
	Medicamentos y otras tecnologías de la salud	Bolivia cuenta con la siguiente normativa sobre medicamentos: Constitución Política del Estado, Ley del Medicamento 1737, Reglamento de la Ley del Medicamento D.S. 252354, Sistema Nacional y Único de Suministros D.S. 26873, Reglamento del Sistema Nacional y Único de Suministro R.M., Manual para la Administración de la Farmacia Institucional Municipal, Manual de Prestaciones de Seguros del Ministerio de Salud.
	Financiamiento de la salud	Bolivia: Gasto en salud como porcentaje del PIB: 4.6% Región de las Américas: 6.6% (dato del Banco Mundial)

Fuente: Elaboración propia

Los retos para el avance en estas funciones esenciales todavía son importantes. La base de este proceso en Bolivia indudablemente es la universalización de sistema de salud, lo cual, de una manera dinámica, está obligando a todos los niveles de gestión del sector salud a redoblar esfuerzos, tanto desde la perspectiva técnica de atención, como desde los aspectos materiales, humanos y financieros.

## 7.4 Prestaciones de salud para las personas con TB

En Bolivia, mediante Decreto Ley No 7145 del 30 de abril de 1965, se establece que la atención a toda persona con tuberculosis es de carácter gratuito en todo el territorio nacional. Esta Ley declara a las enfermedades transmisibles como el problema de primera prioridad dentro los programas del sector salud que requiere de una pronta y decidida acción para su eliminación y control.

Posteriormente, el control de la tuberculosis fue declarada prioridad nacional por resolución ministerial 0-400 del 18 de julio de 2003. A partir del año 2016, se planteó como objetivo eliminar la tuberculosis mediante la implementación de la “Estrategia Fin a la Tuberculosis”, adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 2014 y cuyos objetivos se encuentran vinculados a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

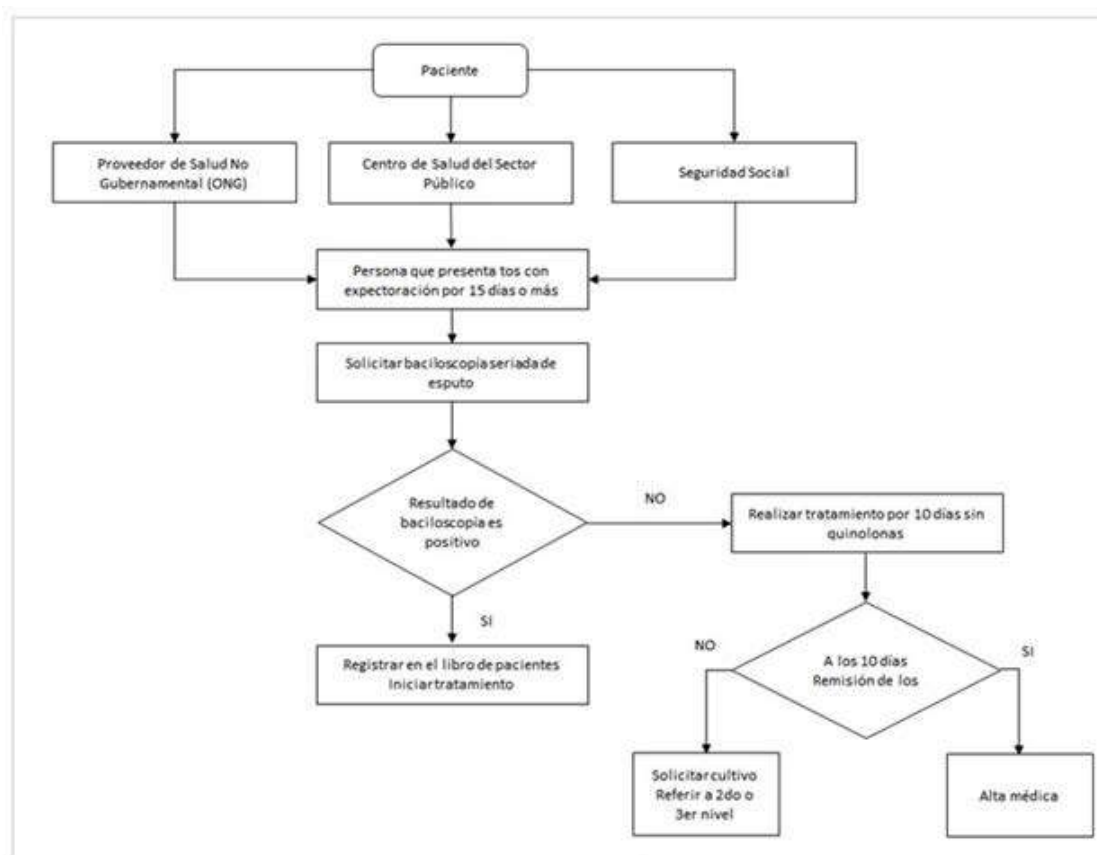
La cobertura de atención al paciente con TB en general y al paciente migrante con TB en particular, en el sector público, incluye de manera gratuita:

- ✓ Consulta ambulatoria

- ✓ Pruebas de Laboratorio
- ✓ Rayos X
- ✓ Medicamentos
- ✓ Internación

El siguiente diagrama muestra el flujo de acceso de un paciente con TB al sistema de salud y su resolución.

**Diagrama 1: Bolivia, flujo de acceso al sistema de atención del sintomático respiratorio**



Fuente: PNCT

Las ONG proveedoras de servicios, también cumplen el papel de puerta de entrada al sistema, para una persona con TB, pues una vez que se confirma el caso, es referido a un establecimiento del sector público para su tratamiento.

El PNCT es el responsable de garantizar y financiar el abastecimiento de medicamentos para los tratamientos y cubrir el costo de los insumos para los análisis de laboratorio. Estos dos componentes representaron el 84% del presupuesto total del programa para el año 2019. Todos los demás rubros como consulta ambulatoria,

servicios de diagnóstico e internación, son cubiertos por el Sistema Único de Salud y la seguridad social cuando corresponda.

Todo el sistema de atención de las personas con TB, cuenta con una estructura de instrumentos de registro, todavía a nivel manual, estructurados de la siguiente manera:

**a) Instrumentos de captación**

- Formulario de solicitud de exámenes de laboratorio.
- Reporte de examen bacteriológico de la tuberculosis (baciloscopia).
- Reporte de resultados de cultivo de micobacterias.
- Formulario de consentimiento informado y compromiso de tratamiento.
- Ficha de tratamiento (TB sensible).
- Ficha de Quimioprofilaxis (tratamiento preventivo).
- Reporte de pruebas de sensibilidad y resistencia.
- Tarjeta de tratamiento TB-DR.
- Ficha de notificación de casos sospechosos y/o confirmados TB-DR.
- Tarjeta amarilla de farmacovigilancia.
- Formulario de referencia y/o transferencia de pacientes con tuberculosis.
- Formulario de transferencia internacional.

**b) De sistematización**

- Libro de sintomáticos respiratorios.
- Libro de registro de laboratorio (baciloscopia).
- Libro de registro de pruebas de biología molecular.
- Cuaderno de registro de cultivo y prueba de sensibilidad y resistencia.
- Formulario de registro de resultado de prueba rápida para VIH.
- Formulario de registro de resultado de prueba de glucemia.
- Libro de registro de pacientes.
- Libro de registro de pacientes TB-DR.

**c) De consolidación**

- Informe de notificación de casos de TB.
- Informe de resultado de tratamiento (Cohorte)
- Formulario de información anual de actividades (laboratorio)
- Formulario de solicitud de medicamentos.

La puerta de acceso al sistema de salud de un paciente con TB es por el 1er. nivel de atención obligatoriamente. Existe toda una estructura de referencia para que los pacientes puedan acceder al 2do. y 3er. nivel de atención cuando así se requiera.

## 7.5 Situación de la tuberculosis en Bolivia

En Bolivia, en los últimos años, el porcentaje de pacientes con TB que tuvieron un tratamiento exitoso todavía no es el que se esperaba. Las recomendaciones se enfocan a mejorar el seguimiento de los pacientes para asegurar su adherencia al tratamiento y de esta manera evitar los importantes porcentajes de abandono.

La tuberculosis en el país continúa siendo un problema de salud pública de gran relevancia. La siguiente tabla muestra el número de casos de TB por departamento, para la gestión 2019.

**Tabla 9: Bolivia, Número de Casos TB 2019**

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	TOTAL CASOS	% de Casos
Santa Cruz	3,297,483	3,274	43%
La Paz	2,904,996	1,646	21%
Cochabamba	1,999,933	1,142	15%
Tarija	573,331	378	5%
Beni	474,257	372	5%
Potosí	894,466	345	4%
Chuquisaca	631,608	243	3%
Oruro	544,608	186	2%
pando	149,214	105	1%
<b>BOLIVIA</b>	<b>11,469,896</b>	<b>7,691</b>	<b>100%</b>

Fuente: PNCT - PDCT

La gestión 2019 reportó 7.691 personas enfermas con tuberculosis. Los departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba (principalmente las capitales de departamento) concentran el 79% de los casos totales en el país.

El Programa Nacional de TB reporta que en 2020 se presentaron 5,671 casos, es decir, casi 36% menos que en la gestión 2019. Esta es una caída muy pronunciada de casos que todavía requiere análisis. A la fecha del presente informe, el Programa todavía no ha realizado una evaluación nacional de la información de la gestión 2020, para discutir y confirmar esta situación.

En Bolivia, se ha registrado una tendencia decreciente en la tasa de incidencia de la tuberculosis en todas sus formas (TB TSF), a una tasa de 2.4% promedio anual, desde 87.3 x 100.000 habitantes en 2007 hasta 65.1 el año 2019. Este porcentaje (2.4%), sin embargo, todavía es inferior al 4.5% anual requerido para alcanzar la meta fijada en la Estrategia Fin a la tuberculosis.

La tendencia de la distribución de casos por edad en ambos sexos no ha variado en los últimos años, pues el impacto mayor de la enfermedad sigue estando en la población de 15 a 44 años (59% del total) lo que evidencia que el contagio de la enfermedad se inicia a edades tempranas y sigue afectando notablemente a la población en edad productiva. También se observa que la TB es predominantemente masculina, existiendo una razón de 1.7 hombres por cada mujer contagiada. El grupo menos vulnerable a la enfermedad es el de 0 a 14 años, que sólo representan el 3.3% del total.

La tasa de curación para la TBP BAAR (+), para la cohorte del periodo 2007 - 2018, muestra un leve crecimiento de 0.5% promedio entre el año 2007 y 2014, presentándose sin embargo una caída en el porcentaje de personas curadas del 11.2% (acumulada) para el periodo 2015-2018.

El PNCT no registra de manera oficial el número de migrantes extranjeros que recibieron tratamiento de TB en Bolivia, por lo que este dato no está disponible. Sin embargo, su número es significativamente bajo. De acuerdo a los registros de los Programas Departamentales de 2019, en Santa Cruz se atendieron 10 migrantes extranjeros con TB, uno en La Paz y ninguno en Cochabamba.

También es importante destacar que Bolivia es parte de iniciativas regionales para la lucha contra la TB. La primera corresponde al MERCOSUR, con el cual se firmó un acta de entendimiento en noviembre de 2013, en el cual los países decidieron realizar el Plan Estratégico para el Control de la TB que apunta a establecer líneas prioritarias de acción para el control integral de la TB en la Región y como tal implica un compromiso de adhesión y cumplimiento para cada uno de los Estados parte y asociados del MERCOSUR. A la fecha este sistema se limita a un sistema de notificación de casos que van desde y hacia los países, denominadas “transferencias internacionales”. Sin embargo, todavía no se puede dimensionar la utilidad ni funcionamiento de este mecanismo, por el muy bajo número de casos de transferencias internacionales desde y hacia Bolivia.

Con el Grupo Andino, y en el marco de la subvención regional del Fondo Mundial, se tiene un acuerdo para fortalecer la red de laboratorios de TB de la región. Esta iniciativa está dirigida fundamentalmente a los laboratorios de referencia de tuberculosis de 17 países y está enfocada a sistematizar una serie de brechas que afectan a las redes de laboratorios de TB en los países y a nivel regional.

## 8. ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN MIGRANTE

El acceso a los servicios de salud, entendidos de forma amplia desde la promoción y prevención hasta los aspectos curativos, resulta ser la expresión final de los esquemas implementados para garantizar el financiamiento y la provisión de servicios en un contexto determinado, así como de los elementos que determinan los resultados del acceso en términos de salud de la población.

La OPS señala que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad<sup>35</sup>.

En los siguientes puntos, se hace un análisis de los factores identificados por el estudio que están eventualmente impidiendo el acceso de los migrantes a los servicios de salud, especialmente a los servicios de atención de tuberculosis.

### 8.1. Aspectos legales

En Bolivia, la situación de los migrantes extranjeros está normada por la Ley N° 370 “LEY DE MIGRACIÓN”, promulgada el 8 de mayo de 2013, la cual tiene como objetivo principal, regular el ingreso, tránsito, permanencia y salida de personas en el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia y fundamentalmente establecer espacios institucionales de coordinación que garanticen los derechos de las personas migrantes, de conformidad a la Constitución Política del Estado, los instrumentos internacionales en materia de Derechos Humanos ratificados por el Estado y normas vigentes.

Bolivia también es signataria de varios acuerdos internacionales sobre temas migratorios: sobre el sistema universal de derechos económicos, sociales y de derechos humanos es signataria de tres acuerdos; un acuerdo a nivel de sistema interamericano; catorce acuerdos sobre instrumentos específicos de derechos humanos; ocho acuerdos bilaterales sobre controles fronterizos; cinco acuerdos sobre permanencias y residencias; siete acuerdos regionales con la Comunidad Andina de Naciones y quince acuerdos con el Mercado Común del Sur<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> OPS. Cobertura Universal de Salud.

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

<sup>36</sup> DIGEMIG. Normativa internacional.

<https://migracion.gob.bo/index.php?r=page/detail&id=95>

Sobre la ley nacional N° 370 “LEY DE MIGRACIÓN”, se establece derechos muy específicos del migrante en el ámbito social, representados por los siguientes aspectos:

Derecho a:

- La salud, derechos sexuales y reproductivos
- Un hábitat y vivienda adecuada
- Un trabajo, a la seguridad social, a los servicios y prestaciones sociales básicas
- Ejercer una actividad remunerada por cuenta propia o ajena
- Al acceso a una enseñanza básica y superior
- Que se prevenga la violencia de género y situaciones de vulnerabilidad que pueda sufrir la mujer por su condición de migrante.

Todos estos derechos están sustentados si el migrante extranjero cumple con los requisitos y condiciones que el Estado exige para el ingreso, tránsito, permanencia y salida del país. Este cumplimiento se basa en obtener y mantener vigente el visado que autoriza su permanencia en el país y a regularizar su condición migratoria cumpliendo los requisitos y procedimientos establecidos en el ordenamiento jurídico vigente.

Existe, sin embargo, una excepción a esta norma pues Bolivia firmó con Argentina un convenio de cooperación el 25 de febrero de 2019, para la atención recíproca en beneficio de las personas no residentes y que se encuentran en tránsito. Este convenio tiene tres ejes: la asistencia médica brindada en establecimientos públicos de salud, la cooperación en los sistemas de vigilancia epidemiológica y las acciones integradas de salud en áreas fronterizas. El citado convenio refiere la asistencia médica a ciudadanos argentinos no residentes en el país y garantiza la gratuidad y oportunidad de los tratamientos en casos de urgencias y emergencias independiente del estatus migratorio de una persona, en todos los establecimientos del sector público del país.

Para este acuerdo bilateral se tomó en cuenta el Convenio Sanitario entre la Argentina y Bolivia suscrito en 1978, el Protocolo de Intenciones entre ambos Ministerios del año 2006 y el acuerdo interinstitucional de cooperación firmado en julio de 2015.

En general, para todos los demás casos, la situación legal del migrante en el país le otorga el derecho de adscribirse al Sistema Único de Salud, para recibir atención gratuita en todos los establecimientos públicos del país. La Ley N° 1152 del SUS establece textualmente los siguientes derechos del migrante para el acceso a los servicios de salud del sector público, de acuerdo al “Capítulo II Beneficiarias y beneficiarios, productos, prestaciones y acceso a la atención integral de salud” de la citada Ley:

## ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIOS).

*“b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley.*

*c) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales:*

- 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto;*
- 2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva;*
- 3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad;*
- 4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad;*
- 5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente.”*

Sin embargo, pese a estas condiciones, el SUS es todavía un Programa de Protección Social muy restrictivo por cuanto establece tres condiciones al migrante para su inscripción:

- Ser residente legal en el país
- Está orientado solamente a personas menores de 5 años, mayores de 60 años, mujeres gestantes, mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva y personas con discapacidad
- Para que el SUS sea universal a todo ciudadano extranjero, Bolivia debe tener firmado un acuerdo de reciprocidad con el país de procedencia del migrante. A la fecha sólo se tiene este acuerdo con la República Argentina

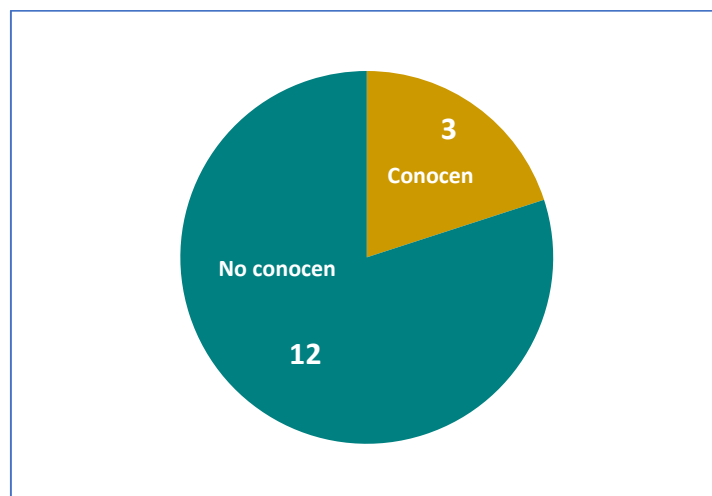
Esta situación, sin embargo, parece que se está aplicando de manera parcial en la realidad, pues se verificó en la base de datos de extranjeros inscritos al SUS, que aproximadamente 1,209 migrantes varones (no argentinos), no pertenecen a los rangos de edad establecidos por el SUS y sin embargo están inscritos.

Estas restricciones de edad y grupo poblacional parecen explicar el bajo porcentaje de extranjeros inscritos al Sistema Único de Salud, pues estos representan sólo el 5% de los residentes legales en el país, aunque también, el aspecto de comunicación puede estar jugando un papel importante por cuanto solamente un 8% de los migrantes argentinos, residentes legales en el país, acceden al SUS.

Una vez que se estableció que existe una normativa específica que describe el derecho a los migrantes para acceder a los servicios de salud de manera gratuita, cumpliendo ciertos requisitos, mediante la encuesta se incluyó una pregunta para establecer si el migrante entrevistado conocía de la existencia del Sistema Único de Salud. Los resultados:



**Gráfico 6: Bolivia, Migrantes que conocen el SUS**



Fuente: Elaboración propia

De los quince migrantes encuestados, sólo tres manifestaron conocer el SUS. Las tres personas que respondieron afirmativamente son estudiantes de medicina de nacionalidad brasileña y por permanente contacto con los establecimientos de salud, afirman conocer el SUS.

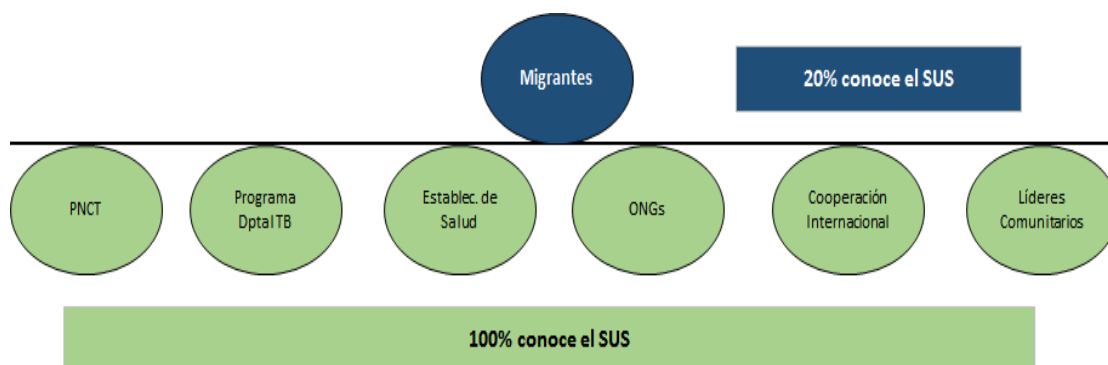
Esta situación del no conocimiento de la existencia del SUS es relevante por dos aspectos:

Primero, porque doce, de los quince entrevistados, manifestaron que su permanencia en el país será de largo plazo, por lo que en algún momento requerirán de servicios de salud y no tienen la opción del SUS como disponible; más aún, si estas personas son del sexo femenino, pues el Sistema da más opciones a las mujeres para su atención.

Segundo, porque al menos el 50% de los entrevistados manifestó que no tiene condiciones económicas para acceder a un servicio de salud y estos son los que justamente manifestaron su desconocimiento sobre la existencia del SUS.

El conocimiento de la Ley N° 1152 del SUS, o por lo menos el objetivo que persigue, que es el aseguramiento gratuito a personas que no tengan ningún tipo de seguro y que cumplan los criterios de edad y grupo poblacional establecidos, también fue identificado en las encuestas por tipo de organización o actor social, como muestra el siguiente diagrama.

**Diagrama 2: Bolivia, conocimiento del SUS por sector**



Llama la atención que toda la estructura de organizaciones sobre la que descansa las oportunidades de acceso del migrante al SUS, en términos de servicios e información, conocen en su totalidad la existencia del Sistema Único de Salud, sin embargo, sólo un 20% de los migrantes manifestaron conocer el Sistema.

Con todos estos antecedentes existen dos conclusiones preliminares que se deben considerar, en términos de acceso a los servicios de salud desde el punto de vista legal: primero, que el SUS es un PPS muy restrictivo, por cuanto sólo permite el acceso a dos grupos de edad y tres grupos poblacionales. Esto significa, por grupo de edad, de acuerdo a la estructura del censo 2012, que solamente un 25% de migrantes residentes en el país tendrían posibilidades de acceso al SUS, excepto los ciudadanos argentinos, que por el acuerdo de reciprocidad, pueden acceder al Sistema sin restricciones.

En segundo lugar, el SUS es sólo para aquellos migrantes que tienen residencia legal en el país, quedando al margen todos los ciudadanos extranjeros que permanecen en el país en situación irregular y/o temporal y con cuyos países Bolivia no tenga un acuerdo de reciprocidad.

En el caso específico de las personas extranjeras que recibieron tratamiento contra la TB, igualmente se reporta un número muy bajo de atenciones, alcanzando en el año 2019 once personas atendidas en los Departamentos de Santa Cruz, La Paz y Cochabamba, Departamentos que en conjunto tienen el 79% de casos de TB en el país.

¿Pero, qué pasa en una situación puntual en que un migrante en situación irregular necesite acceder a un servicio de salud para un diagnóstico de TB y eventualmente para iniciar el tratamiento?

Para el caso de los ciudadanos argentinos (que son casi la tercera parte de ciudadanos que ingresan al país) la situación está resuelta, pues no necesitan

demostrar, por el convenio entre países que se verá más adelante, su situación legal en el país ni estar previamente inscritos en el SUS, por lo que su atención es inmediata.

Para los ciudadanos no argentinos y en situación irregular, el personal de salud de los establecimientos entrevistados y los Directores Departamentales de TB manifestaron que la falta de documentación que demuestre su situación legal o el hecho de que la persona no esté inscrita al SUS, por su situación irregular, no es impedimento para el diagnóstico ni tratamiento de un paciente con TB.

Algunos centros de salud que reciben un migrante sin documentos y sin recursos para pagar la consulta y laboratorios, para poder atenderlos son clasificados como indigentes o son atendidos sin ingresarlos al sistema de información, es decir sin generar una historia clínica.

En el caso de un migrante irregular con posibilidad de pago, debe cancelar 20 Bs, (3 US \$) por la consulta y por los análisis de laboratorio. El costo promedio aproximado de atención de un caso de tuberculosis sensible a medicamentos de primera línea es de 240 Bs.<sup>37</sup> (34 US \$).

Si es detectado con TB, recibe el tratamiento con medicamentos y no debe pagar por los mismos durante todo el proceso.

El criterio básico de atención a un migrante con TB es lograr que el personal de salud identifique oportunamente al paciente sintomático respiratorio sospechoso de TB, se solicite inmediatamente el estudio de BAAR e inicie a la brevedad el tratamiento. La idea del personal de TB es no perder ninguna oportunidad de diagnóstico y tratamiento, más allá de los aspectos administrativos y legales.

Ni el aspecto legal, ni la capacidad de pago son barreras para que un migrante pueda ser atendido y reciba el tratamiento.

Sin embargo, desde una perspectiva formal, debe quedar claro que eventualmente la situación legal del migrante en el país puede comenzar a jugar un papel determinante, como barrera de acceso al sistema de salud, dado que el incremento de migrantes extranjeros al país, producto de la crisis sanitaria mundial, se ha incrementado.

Las ONG de apoyo a migrantes en Bolivia que fueron entrevistadas tienen muy clara esta situación, pues manifiestan que el desafío principal para que los migrantes se integren socioeconómicamente al país y puedan acceder a programas de protección social, como el de salud, es su regularización migratoria en condiciones accesibles, pues este proceso presenta dificultades en el cumplimiento de algunos requisitos y

---

<sup>37</sup> Ministerio de Salud y Deportes. Tuberculosis: Una Enfermedad de Alto Riesgo <https://www.minsalud.gob.bo/363-tuberculosis-una-enfermedad-de-alto-riesgo>

costos elevados de los trámites, a comparación de otros países de la región. Aún en situación regular, los migrantes comparten las mismas dificultades que los nacionales, cuando se trata de acceder a políticas públicas, relacionadas a salud, educación, trabajo, vivienda, siendo el mayor de los desafíos precisamente la inclusión de los migrantes a las políticas públicas ya existentes en el país

El país, sin embargo, ya tiene algunos avances al respecto. Con Argentina se firmó un convenio de cooperación el 25 de febrero de 2019, para la atención recíproca en beneficio de las personas no residentes y que se encuentran en tránsito. Este convenio tiene tres ejes: la asistencia médica brindada en establecimientos públicos de salud, la cooperación en los sistemas de vigilancia epidemiológica y las acciones integradas de salud en áreas fronterizas. El citado convenio refiere la asistencia médica a ciudadanos argentinos no residentes en el país y garantiza la gratuidad y oportunidad de los tratamientos en casos de urgencias y emergencias independiente del estatus migratorio de una persona, en todos los establecimientos del sector público del país.

Para este acuerdo bilateral se tomó en cuenta el Convenio Sanitario entre la Argentina y Bolivia suscrito en 1978, el Protocolo de Intenciones entre ambos Ministerios del año 2006 y el acuerdo interinstitucional de cooperación firmado en julio de 2015.

También se implementaron medidas temporales, como la Resolución Administrativa N° 148/2020, de la Dirección General de Migración, que reconoce el certificado y registro de nacimiento como documento supletorio de niñas, niños y adolescentes venezolanos para el ingreso a Bolivia. Recién desde el año 2020 se está visibilizando en el país la situación del migrante venezolano, aunque ya se ha manifestado que estos ciudadanos usan a Bolivia como un país de paso hacia Chile. En 2019 habían 843<sup>38</sup> ciudadanos venezolanos residiendo en el país y 373 venezolanos registrados en el SUS.

Queda, sin embargo, todavía un importante camino por recorrer pues como manifiesta el líder de las personas con TB en Santa Cruz en término reflexivo: *“los migrantes que entren al país de forma legal o ilegal deberían tener las mismas condiciones de acceso a los servicios públicos de atención, especialmente al de tuberculosis”*.

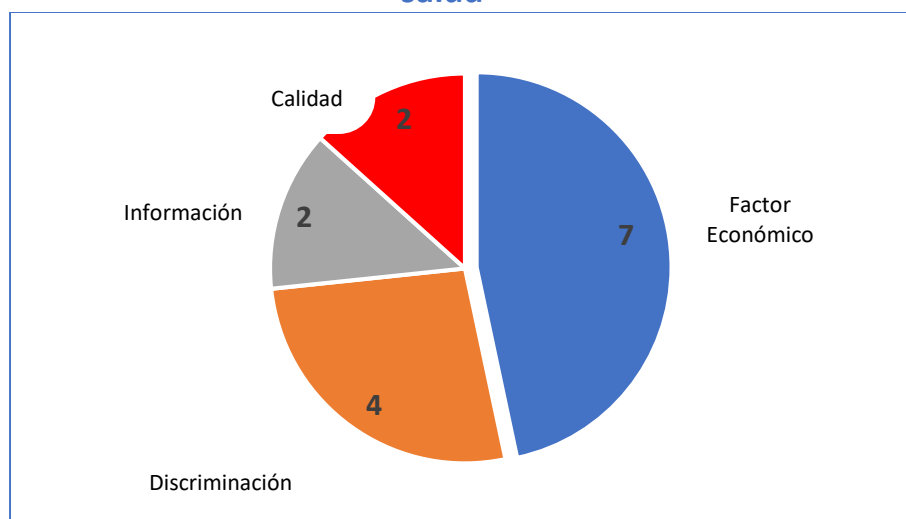
---

<sup>38</sup> STATISTA. Número de inmigrantes con residencia legal en Bolivia en 2019, por nacionalidad. <https://es.statista.com/estadisticas/1190370/poblacion-extranjera-de-bolivia-por-nacionalidad/>

## 8.2. Aspectos contextuales

Los migrantes entrevistados manifestaron los siguientes aspectos como las barreras que enfrentan para acceder a un servicio de salud en general.

**Gráfico 7: Bolivia, barreras de acceso de los migrantes a los servicios de salud**



Fuente: Elaboración propia, en base a resultados de encuesta

La barrera más importante es indudablemente la económica, es decir, no contar con los recursos necesarios para responder a una necesidad de salud. La segunda más relevante manifestada por los entrevistados es el factor de discriminación, es decir, no recibir la mejor atención posible sólo por el hecho de ser extranjeros. Dos encuestados manifestaron que una barrera importante es la calidad de atención en el sector público, por lo que prefieren acceder a servicios de carácter privado y finalmente dos personas manifestaron la falta de información respecto a cuáles servicios de salud pueden acceder.

El factor económico, que expresa casi el 50% de los entrevistados como la barrera más importante de acceso a los servicios de salud, es consistente con la implementación de un sistema de salud universal y es una de las principales razones para su implementación. Este hecho lo expresa la OPS de una manera muy explícita:<sup>39</sup>

*“El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional,*

<sup>39</sup> OPS (2014). Cobertura Universal de Salud.

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

**de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad”**

Sin embargo, una barrera que podría estar constituyéndose en una de las variables más importantes de acceso de los migrantes al Sistema Único de Salud es el de comunicación e información.

Existe todo un esquema de comunicación e información desarrollado por el Ministerio de Salud, respecto a lo que es el Sistema Único de Salud y los beneficios que otorga. Su impacto fue significativo, pues como se había mencionado, en casi dos años de vigencia ya se adscribieron 5,2 millones de personas. Sin embargo, esta estrategia parece no tener los mismos resultados para los migrantes extranjeros, que es el otro grupo beneficiario del Sistema, pues se observa que en todos los contenidos de promoción del SUS no se hace mención alguna a la población migrante como beneficiaria del Sistema. Por ejemplo, si se accede a la página web del Ministerio de Salud, se tiene la siguiente información sobre el Sistema y a quién beneficia, entre otras:

### Imagen 1: Bolivia, promoción del Sistema Único de Salud

**MINISTERIO de SALUD**

# SUS

Sistema Único de Salud  
*Universal y Gratuito*

## ¿Qué es el SUS?

Es la manera que el Estado garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana.

## ¿A quién beneficiará?

A toda la población sin seguro de salud como gremiales, trabajadores por cuenta propia, cocineros, panaderos, meseros, albañiles, agricultores, artesanos, transportistas, trabajadoras del hogar, estudiantes, lustracalzados, entre otros.

## ¿Cómo debes registrarte al SUS?

- 1** La persona debe acudir al establecimiento de salud más cercano a su domicilio presentando los siguientes documentos:
  - Carnet de Identidad vigente.
  - Última factura de luz o agua.
- 2** En el Establecimiento de Salud se habilitará un Punto de Registro de las personas beneficiarias al SUS.
- 3** Si los datos son correctos el personal de salud, procederá a llenar el **Formulario de Registro Único de las Personas al SUS**.  
Una vez registrada la persona podrá acceder a la atención médica gratuita.

## Conozca las 8 verdades del Sistema Único de Salud

1. Brindará atención médica gratuita.
2. Su implementación será paulatina.
3. Es dirigida a personas sin seguro médico.
4. No perjudicará a las Casas de Salud.
5. Atenderá enfermedades más relevantes.
6. Ya lo aplicaron 63 países.
7. La inscripción iniciará la primera semana de enero 2019.
8. Los Centros de Salud servirán para inscripción.

*Construyamos juntos el Sistema Único de Salud*

Fuente: <https://www.minsalud.gob.bo/46-sus>

Este y otro material promocional, brinda importante información respecto a los beneficios y requisitos del SUS, sin embargo, no se hace mención de la población migrante como beneficiaria.

Esto es indicativo para que 12 de los 15 migrantes entrevistados respondan que NO conocen el SUS y las tres personas que respondieron afirmativamente, conocen el Sistema posiblemente porque todas ellas son estudiantes de medicina y tienen relación con los establecimientos de salud.

Esta falta de información se refuerza por el hecho de que tanto el Programa Nacional de TB como los Programas Departamentales de TB, no cuentan con presupuesto ni actividades específicas para migrantes, como promoción de los servicios, por ejemplo. De hecho, la actual subvención de TB del Fondo Mundial también no tiene considerada ninguna actividad con esta población clave.

Esta falta de información, o información parcial que se está manejando, inclusive está llegando a algunos otros sectores los cuales fueron entrevistados. Una ONG y un establecimiento de salud manifestaron, por ejemplo, que solamente las personas migrantes extranjeras menores de 5 años, mujeres en periodo de gestación y personas mayores de 60 años pueden acceder al SUS. Este hecho fue consultado con la Unidad de Gestión del SUS y se ratificó que evidentemente la norma señala que las mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto, mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; niñas y niños menores de cinco años de edad; mujeres y hombres a partir de los sesenta años de edad y personas con discapacidades tienen acceso al SUS, pero esto NO significa que los otros grupos de edad no tengan el mismo derecho de acceso, siempre y cuando cumplan con el requisito de estadía legal en el país.

Este aspecto puede estar ocasionando que se entregue mensajes incompletos al momento de brindar información a los migrantes, respecto a sus derechos de acceso al SUS. Esto se vuelve más crítico, dado que en los propios establecimientos de salud de primer nivel es donde se inscribe a las personas al SUS.

Este proceso de inscripción es muy simple. El ciudadano boliviano o extranjero, debe presentar simplemente, en original y copia, su documento de identificación o cédula de identidad además del original y una copia del comprobante de pago de cualquier servicio público sea: luz, agua, gas, entre otros, para verificar la dirección de su domicilio. El personero que hace la inscripción, realiza una serie de preguntas relacionadas al trámite, las cuales el interesado debe responder para poder crear la afiliación al sistema. Luego de una comprobación, que toma unos días, donde se verifica que la persona no pertenece a la Seguridad Social y que la situación del migrante es regular, se procede a la confirmación de la inscripción del usuario.



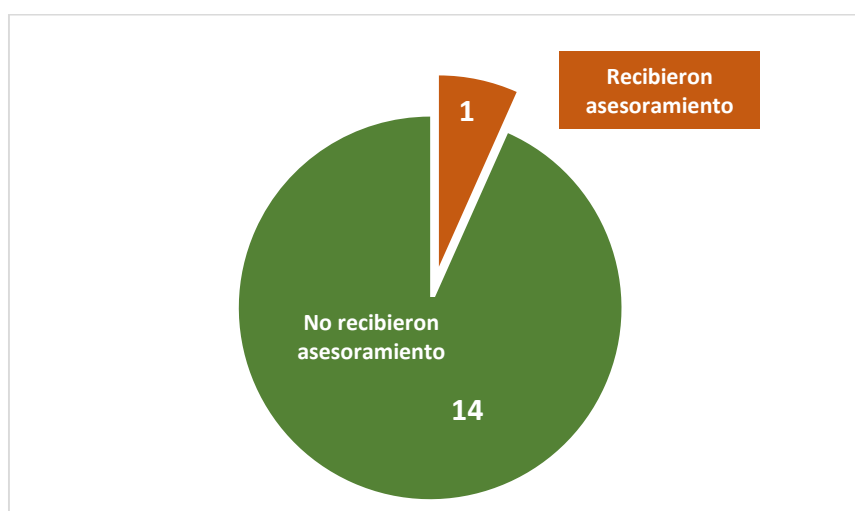
Finalmente, existen los suficientes indicios para determinar que la falta de información y comunicación es la principal barrera de acceso de los migrantes al Sistema Único de Salud.

Esta afirmación se apoya en los siguientes argumentos ya expuestos:

- Encuestas muestran bajo número de migrantes que conocen el SUS
- Existe una baja tasa de inscripción de migrantes al SUS, respecto a su población residente en el país.
- El PNCT, como los Programas Departamentales de TB, no tienen presupuesto consignado para actividades de promoción de los servicios de TB para migrantes.
- Bajos casos de TB de migrantes que recibieron tratamiento.

Otro aspecto importante que apoya esta conclusión es el hecho de que los migrantes reciben apoyo institucional muy escaso, en términos de información, sobre el hecho de ejercer sus derechos a la salud en el país. Así lo muestra los resultados de la encuesta.

### Gráfico 8: Bolivia, apoyo institucional a los migrantes



Fuente: Elaboración propia, en base a resultados de encuesta

Catorce de los entrevistados manifestaron que no recibieron ningún tipo de asesoramiento cuando requirieron acceder a algún servicio de salud. La única persona que respondió afirmativamente, fue una estudiante brasileña de medicina y la información que ella requería fue proporcionada por su profesor.

Los Programas Departamentales de TB de Santa Cruz y La Paz, ante la pregunta si tenían información sobre los servicios de apoyo que brindan la OIM, el ACNUR u otras ONG de apoyo a migrantes en el Departamento, manifestaron que no tienen ningún tipo de conocimiento al respecto y que no hubo ningún tipo de coordinación ni



contacto con estas instancias para organizar alguna actividad específica con los migrantes. Igual situación acontece con el PNCT.

Sin embargo, ACNUR, OIM, UNICEF, Visión Mundial, Fundación Scalabrini, Cruz Roja Boliviana y algunas otras organizaciones de apoyo a los migrantes, conforman una mesa de trabajo denominada sub grupo de necesidades básicas y salud, donde se comparten de manera mensual las actividades que cada una de estas organizaciones realiza en el ámbito de apoyo a los migrantes<sup>40</sup>.

Finalmente es importante considerar que la falta de información y/o desinformación, puede considerarse como un factor de riesgo y de vulneración a los derechos del migrante, cuando las normas y leyes de un país le brindan la oportunidad de ejercerla. Parece que esta situación está aconteciendo en Bolivia respecto al derecho del migrante de acceder al Sistema Único de Salud.

La desinformación y el desconocimiento de sus derechos debilita la capacidad del migrante para hacer frente a sus necesidades de salud. La vulnerabilidad se potencia cuando su situación de salud va acompañada por la condición de irregularidad migratoria (falta de documentos migratorios).

El sistema de información, en el caso de salud y del SUS ya existe, sólo es dar el paso para incorporar al migrante en los mensajes que informen sobre sus derechos de beneficiarse del Sistema.

En general, la posición del gobierno respecto a los migrantes no va más allá de lo avanzado hasta la fecha. Es decir, la política gubernamental sólo estuvo orientada a emitir normas para beneficiar a las personas extranjeras que se encontraban en territorio boliviano en situación migratoria irregular. Exceptuando el SUS, no se ha extendido los beneficios de los programas de protección social a esta población.

La emergencia de la COVID-19 impulsó al gobierno a implementar tres nuevos programas temporales de transferencia de efectivo: Bono Familia, Bono Canasta Familiar y el Bono Universal que, en conjunto, proveen apoyo económico a los hogares afectados por la pandemia del COVID-19. Como se mencionó, estos programas no alcanzaban a la población migrante en el país.

### **8.3. Aspectos relacionados con la organización del sistema de salud**

---

<sup>40</sup> El consultor principal del estudio fue gentilmente invitado a participar de estas reuniones en calidad de oyente.

A continuación, se hará una descripción sobre los problemas de acceso de los migrantes, desde la propia perspectiva de los servicios de salud.

### **8.3.1. Disponibilidad de los servicios de salud: personal médico, infraestructura, laboratorios y medicamentos**

La situación del personal de salud en Bolivia todavía es insuficiente, sobre todo para enfrentar el nuevo modelo de aseguramiento como es el Sistema Único de Salud. El país cuenta con 15,4<sup>41</sup> profesionales en salud por cada 10.000 habitantes cuando, según la OMS, son necesarios cerca de 25 profesionales<sup>42</sup> (entre médicos generales, enfermeras, especialistas, etcétera) para que probablemente se alcancen las tasas de cobertura adecuadas para las intervenciones clave de atención primaria de salud que son prioritarias en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Sólo considerando profesionales médicos (generales y especialistas), existen 1.61 médicos por cada 1,000 habitantes en Bolivia, inferior por ejemplo a la tasa de 2.2 médicos que presentan los países limítrofes con el país.

Respecto a la infraestructura, en Bolivia existe una importante red de establecimientos del sector público a nivel nacional, al cual pueden acceder las personas que requieren atención en TB. Esta red lo conforman 3,301 establecimientos de salud en todo el país.

En el mediano plazo, si se considera que con el SUS accederán aproximadamente el 62% (7.2 millones de personas) de la población al sistema público, la cantidad de establecimientos de salud respecto a esta población todavía es muy baja. En efecto, por cada establecimiento de salud se tiene 2,193 personas. Esto se vuelve más crítico cuando se considera solamente Santa Cruz, Cochabamba y La Paz, los tres departamentos donde se concentra el 79% de los casos de TB en Bolivia. La relación establecimiento de salud y población sube a 4,980 personas por cada establecimiento de salud.

Esta situación se corrobora con las respuestas de los migrantes entrevistados, respecto a cuál subsector de salud acuden cuando tienen necesidades de salud.

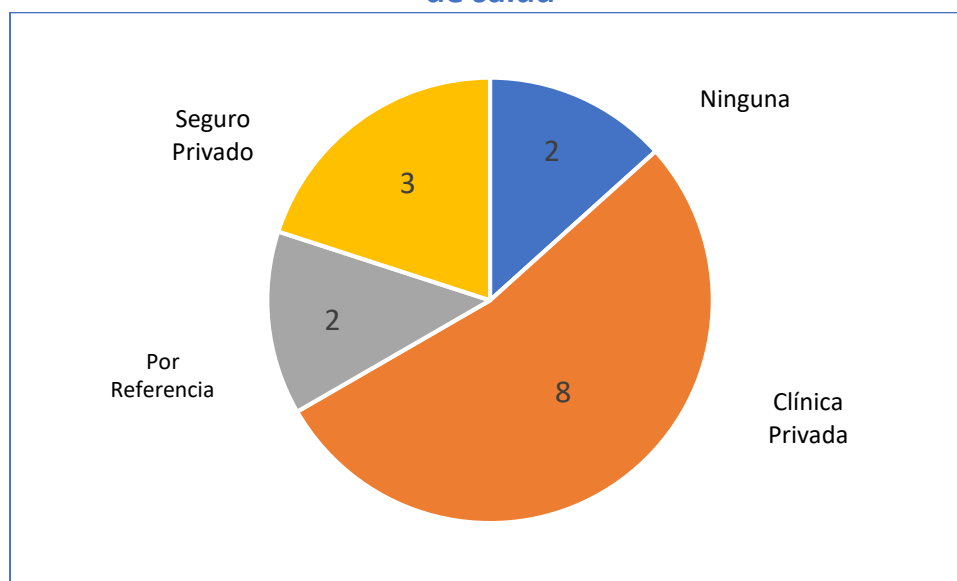
---

<sup>41</sup> Revista Panamericana de Salud Pública (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7655060/>

<sup>42</sup> OPS (2011). Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las de Recursos Humanos para la Salud.

**Gráfico 9: Bolivia, lugar donde asiste el migrante para solicitar servicios de salud**



Fuente: Elaboración propia, en base a resultados de encuesta

Once de los quince encuestados manifiestan que utilizan el sector privado para cubrir sus necesidades de salud. En ningún caso se hizo una referencia específica sobre el asistir a un establecimiento del Sector Público. Esto puede deberse a la baja percepción de calidad de los servicios públicos y a la actual situación de saturación en la atención que se vive con la crisis de la COVID-19.

Respecto a la disponibilidad de medicamentos, el PNCT es el responsable de garantizar y financiar el abastecimiento de medicamentos para los tratamientos y cubrir el costo de los insumos para los análisis de laboratorio. Estos dos componentes representaron el 84% del presupuesto total del programa para el año 2019. Todos los demás rubros como consulta ambulatoria, servicios de diagnóstico e internación son cubiertos por los municipios y gobernaciones y la seguridad social cuando corresponda.

Tanto los Programas Departamentales de Control de Tuberculosis de Santa Cruz y La Paz, como los tres establecimientos de salud entrevistados manifestaron que por lo menos en los dos últimos años no tuvieron problemas de abastecimiento de medicamentos, lo que garantiza la continuidad de los tratamientos y la confiabilidad del servicio.

El otro gran componente, en la prestación de servicios para TB, es laboratorio. En el país existe una red de 810 laboratorios para atender, entre otros, los requerimientos de análisis para el componente tuberculosis.

En un diagnóstico realizado por el Proyecto de Fortalecimiento de Control a la Tuberculosis en Bolivia 2020 -2022, desarrollado por el Programa de Las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se establecieron las brechas que debe enfrentar el

país para mejorar las condiciones de funcionamiento de los laboratorios de referencia de TB. Entre las más importantes:

1. Estructura y funcionamiento de la Red de Laboratorios de TB no responde a las necesidades.
2. La Red Nacional de Laboratorios carece de condiciones mínimas de Bioseguridad (infraestructura, planta física, certificación de CSB).
3. Red Nacional de Laboratorios con personal insuficiente.
4. Deficiente sistema de transporte de muestras hacia los laboratorios de la Red.

Respecto a este último punto, el presidente de ASPACONT comenta: *“se debe mejorar el nivel de coordinación entre el programa de TB, las gobernaciones y municipios. Esta falta de coordinación está llevando a que los pacientes incurran en costos no previstos. Un ejemplo de esto, es que existen periodos de tiempo en que el personal del municipio deja de transportar las muestras de los centros de 1er. nivel hacia los laboratorios de referencia. Esto implica que, ante esta situación, el propio paciente y/o familiar debe encargarse de llevar la muestra al propio laboratorio para garantizar su procesamiento y días después retornar para recibir los resultados y trasladarlos al centro de 1er nivel”*.

Una de las limitaciones del Sistema Único de Salud, es que se implementó sin considerar de manera inmediatamente la ampliación de la capacidad instalada. Esto está generando una fuerte presión de demanda sobre los servicios existentes. Esto puede verse reflejado en la opinión de los usuarios: *“Hasta ahora no consigo una ficha, ya son tres días que vengo y cuando llego a la ventanilla me dicen que no hay. Mi esposa necesita urgente atención de hematología, tendré que venir más temprano”*, relató Timoteo Sejas, que se trasladó desde Carcaje, en el kilómetro 20, carretera antigua a Santa Cruz, e hizo fila desde las 5:00<sup>43</sup>.

Si bien existe la disponibilidad de los cuatro elementos clave para la atención a las personas con TB, personal médico, infraestructura, laboratorios y medicamentos, con excepción de este último, todavía el país muestra muchas limitaciones respecto a la disponibilidad de los mismos. Estas limitaciones no solamente debe enfrentarlas el migrante, sino en general todas las poblaciones clave que quieren ingresar al sistema para su atención, además de la población en general.

---

<sup>43</sup> Chambi Fabiola (2019). Bolivia, lejos de un servicio de calidad en la salud pública. Los Tiempos. <https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190806/bolivia-lejos-servicio-calidad-salud-publica>.

### 8.3.2. Capacidad de los servicios para ser utilizados

Con la crisis de la COVID-19, la capacidad de los servicios de salud para atender a los pacientes con TB se ha visto sobrepasada. Esta situación, sin embargo, ya se venía presentando antes de la actual crisis sanitaria que vive el país y que indudablemente se vio agravada.

Las personas con TB entrevistadas<sup>44</sup> en un estudio anterior, manifestaron que la principal necesidad que requieren sea cubierta por el Estado, a través del Sistema Único de Salud, es la total disponibilidad de los servicios de salud cuando los pacientes con TB así lo requieran. Esta es una situación que no se estuvo dando de una manera regular antes de la pandemia y que con la COVID-19 se vio agravada.

En la actualidad, en muchos establecimientos de salud de la ciudad de Santa Cruz, por ejemplo, los días de atención para personas con TB son muy restringidos. Existen establecimientos que sólo asignan dos días a la semana para la atención a los pacientes con TB.

Esto se ve agravado por el hecho de que tanto en el 1er. como 2do. nivel de atención no existen médicos neumólogos, por lo que el sistema de referencia crea una fuerte presión sobre el 3er. nivel de atención. Todos estos aspectos muestran que el sistema de atención de salud no está todavía adaptado a las necesidades de la población con TB.

La falta de coordinación también se está dando entre los diferentes niveles de atención. El caso más crítico es el sistema de referencia entre el 1er. y 3er. nivel de atención. Los pacientes con TB, cuando son referidos al 3er. nivel con un formulario de referencia, por ejemplo, para la atención con un neumólogo, deben enfrentar todo el problema de saturación en la atención de los hospitales y en muchos de los casos terminan no haciendo la consulta requerida y retornan al 1er. nivel sin haber resuelto el problema. No existe ningún criterio de priorización sobre estos pacientes.

La actual coyuntura de la COVID-19 ha agravado la capacidad de atención de los servicios de salud. Ante la saturación de los hospitales, las personas con TB en estado grave están optando por internarse en clínicas del sector privado, a un costo insostenible para su situación económica. En las actuales circunstancias, los hospitales priorizan mucho menos la atención a personas con TB lo que conlleva, por ejemplo, a no considerar el tener la disponibilidad de un número mínimo de camas para estas personas en estado grave<sup>45</sup>.

---

<sup>44</sup> Socios en Salud (2020). Grupo focal del estudio: mapeo de programas de protección social que benefician a las personas afectadas por TB y evaluación de sus brechas de acceso – Bolivia

<sup>45</sup> Socios en Salud (2020). Ibid.

Existe una fuerte percepción entre las personas que pasaron por la enfermedad, de que la TB no es prioridad para las autoridades de salud. Se plantea realizar un mayor activismo social para incorporar el control de la tuberculosis en las agendas de salud de las autoridades nacionales, departamentales y municipales, incluyendo la aplicación de medidas regulatorias para mejorar la calidad de atención y el involucramiento de los diferentes actores y proveedores de salud de las ciudades

La sociedad civil en Santa Cruz, representada por la asociación de personas afectadas con tuberculosis, plantea que, dada la actual situación en el Departamento, debería ya considerarse la construcción de un hospital especializado en TB.

### 8.3.3. Resultados en términos de salud

Ante el número muy poco significativo de migrantes extranjeros atendidos con TB y ante la falta de información respecto a los casos potenciales de personas migrantes con la enfermedad, no es posible hacer una evaluación de los resultados de salud logrados en el ámbito de la atención a estas personas.

El Programa Departamental de TB de Santa Cruz proporcionó dos números telefónicos de personas extranjeras que habían recibido tratamiento en el pasado. Se trató reiteradamente de contactar a estas personas para entrevistarlas y tener una idea del proceso de tratamiento que habían recibido. Lastimosamente no se dio la comunicación y lo más probable es que estas personas ya abandonaron el país.

No se debe descartar tampoco el hecho de que el bajo número de migrantes atendidos con TB, puede estar dándose porque los países de procedencia de los mismos tienen una tasa de incidencia de TB muy inferior a Bolivia, excepto Perú. La siguiente tabla muestra esta relación.

**Tabla 10: Bolivia, incidencia de casos de TB, 2019**

Países	Ingresos	TB X 100 mil h.
ARGENTINA	370,931	29
PERÚ	249,400	119
BRASIL	89,850	18
CHILE	79,980	18
ESTADOS UNIDOS	52,764	3
<b>BOLIVIA</b>		<b>106</b>

Fuente: Banco Mundial. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.TBS.INCD>

Este grupo de cinco países, que representan casi el 70% de ciudadanos que ingresaron al país, tienen en general una tasa más baja de incidencia de TB que Bolivia. Exceptuando Perú, estos países tuvieron, en promedio, seis veces menos casos de TB que Bolivia el año 2019. Solamente Perú tiene una incidencia más alta y dos de cada diez ingresos a Bolivia son de ciudadanos peruanos.

Esto no significa, sin embargo, la ausencia de tuberculosis como un problema latente y potencial en la población migrante, aspecto que podría no estar visibilizado, todavía.

Un personal responsable del programa de TB en un establecimiento de salud lo manifiesta muy gráficamente: *“...he tenido migrantes (pacientes), me di cuenta que viven en hacinamiento y al no tener documentos que los pueda respaldar, están prácticamente viviendo con varias personas y esa es la preocupación que tenemos.....se convierten en una bomba (por su enfermedad)”*.

Esta es una clara referencia del peligro latente que puede estar generándose en personas migrantes que están con TB, que viven en hacinamiento y no están informadas para acceder a un servicio de salud.

Existen algunas referencias de estudios sobre esta realidad. La evaluación del Programa de Control de la Tuberculosis de Chile muestra en un estudio un creciente aumento de casos de tuberculosis en pacientes extranjeros en las comunas de Santiago de mayor incidencia de esta enfermedad. Mediante la evaluación de los casos diagnosticados durante una década se comprobó un creciente aporte de casos de tuberculosis en el grupo de migrantes, desde cerca de 10% el año 2005 hasta cerca de 30% en 2014<sup>46</sup>.

Ya se ha comentado que el aspecto de situación migratoria irregular, no ha sido impedimento para la atención de un paciente en el caso específico de TB, por la implicación que significa tener una oportunidad perdida de atención, dado el alto grado de contagio de la enfermedad.

Como comenta una personera del programa de TB en un establecimiento de salud sobre los procesos administrativos: *“...para nosotros lo importante es erradicar de una vez esta enfermedad y que el paciente inicie lo más pronto posible su tratamiento”*. El personal de salud considera que los aspectos administrativos no deben sobreponerse a los aspectos médicos y de tratamiento, en el caso de la tuberculosis.

---

<sup>46</sup> Peña, Camaño, otros (2016). Aporte de los inmigrantes a la tuberculosis en un servicio de salud de Chile.

## 8.4. Factores determinantes de la situación de la población migrante frente a la TB

El proceso migratorio de una persona, cuando se instala en otro país ya sea de manera temporal o permanente, puede exponerla a diferentes circunstancias de salud que pueden poner en riesgo su bienestar. Es decir, el propio proceso migratorio no es el que genera riesgos y vulnerabilidades en salud para el migrante, sino son las circunstancias a las que debe enfrentarse.

El proceso migratorio por sí mismo no genera problemas de salud, sino más bien son las barreras legales e institucionales que debe enfrentar en el país de destino cuando se generan las necesidades de salud. El no poder enfrentar estas barreras, coloca al migrante en una situación de riesgo y vulnerabilidad para su salud.

Con todo el análisis precedente, el estudio ha identificado tres determinantes de la situación del migrante frente a la tuberculosis y que eventualmente podría estar exponiéndola a los riesgos y vulnerabilidades mencionados.

- 1. Desconocimiento de los migrantes sobre sus derechos de acceso a la salud:** si bien las normas del SUS son claras respecto a los derechos del migrante extranjero para acceder a los servicios de salud, estas podrían no estar siendo comunicadas al interesado de manera efectiva, lo que demuestra, por ejemplo, que solamente un 20% de los migrantes encuestados conocen el SUS.

Todo el material promocional del Sistema Único de Salud que promueve el Ministerio de Salud, no hace referencia alguna sobre los derechos del migrante para adscribirse al mismo.

Igualmente se constató que todas las instituciones, tanto las gubernamentales de salud, como las de sociedad civil y cooperación tienen un pleno conocimiento de la implementación del Sistema Único, sin embargo, esto no contrasta con el porcentaje de migrantes entrevistados que la conocen (20%). Un indicio de esta situación es que solamente el 5% de la población extranjera con residencia legal en Bolivia está inscrita al SUS.

Existe igualmente información parcial que puede estar distorsionando el mensaje que se transmite al migrante. En un establecimiento de salud entrevistado, donde además se realiza la inscripción al SUS, se maneja el concepto que solamente los menores de 5 años, mujeres gestantes y mayores de 60 años pueden adscribirse al Sistema Único, sin embargo, la norma establece claramente que no existe ninguna restricción de edad, salvo el estatus migratorio legal en el país. Esto puede estar ocasionando, por ejemplo, que se estén rechazando solicitudes de admisión en grupos de edad que si pueden acceder al Sistema.



- 2. Estatus legal del migrante en el país:** el aspecto legal podría constituyéndose de todas maneras en una importante barrera de acceso a los servicios de salud. La norma es muy clara en señalar que solamente las personas extranjeras con residencia legal en el país pueden acceder al SUS. No se tiene ningún dato respecto a la cantidad de ciudadanos extranjeros que residen de manera ilegal en Bolivia, sin embargo, puede estimarse que no necesariamente es alta por cuanto el país no se constituye en un destino atractivo para el migrante económico, por su alta fragilidad socio económica y nivel de pobreza. Es por esta razón que Bolivia recibe migración extranjera en un porcentaje de 67% menos del promedio internacional.

realmente se vuelve relevante y plantea cuestionamientos importantes que deben ser abordados en un futuro inmediato, en términos de normativa, cuando se trata de personas con TB. Es decir, ¿una persona con situación migratoria ilegal en el país y con diagnóstico presuntivo de TB, debería ser rechazado en un servicio de salud? ¿Primero está la norma legal o primero está la situación de salud pública? Los Programas Departamentales de TB y los establecimientos de salud ya están priorizando el tema de salud pública, pues en ningún caso es rechazada la atención de una persona con diagnóstico presuntivo de TB o que requiera seguir el tratamiento.

Este aspecto indudablemente, debe ser tomado en cuenta como una excepción a la normativa, por tratarse la TB de una enfermedad altamente contagiosa.

- 3. Disponibilidad y acceso a los servicios de salud:** la situación legal del migrante y su adscripción al SUS no le garantiza por sí mismo un acceso al sistema de salud en condiciones normales. Bolivia, con anterioridad a la crisis sanitaria de la COVID-19, ya presentaba serios problemas en cuanto a disponibilidad de infraestructura y personal médico. El SUS, con sus 5.2 millones de personas inscritas a la fecha, fue implementado sin fortalecer significativamente toda la red de establecimientos de salud y la disponibilidad de personal médico del sector público. Esta situación, complementada por la crisis sanitaria de la COVID-19 prácticamente ha colapsado los establecimientos de salud del sector público. El número de camas destinadas para pacientes con TB en los hospitales se han reducido drásticamente, incluido los horarios de atención en los establecimientos de 1er. nivel de atención.

Esta realidad es indistinta para cualquier grupo poblacional y es un aspecto que está amenazando la continuidad en los tratamientos de las personas con TB.

En base a las encuestas y entrevistas a los diferentes informantes clave, la siguiente tabla resume las barreras de acceso de los migrantes, de acuerdo al ciclo de atención en TB

**Tabla 11: Bolivia, barreras de acceso a los servicios de salud por ciclo de atención en TB**

Ciclo de atención	Barreras
Recibir apoyo para la detección ante síntomas (SR)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Algún personal de salud y organizaciones de apoyo a migrantes tienen información parcial respecto al derecho de atención en el SUS por parte de los migrantes con residencia legal. No existe restricciones de edad, sexo o nacionalidad.</li> <li>• El migrante no tiene información de que puede acceder a los servicios de TB de manera gratuita.</li> </ul>
Recibir diagnóstico correcto y oportuno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La oferta de servicios del sector público está sobrepasada, por lo que el acceso a un diagnóstico oportuno es difícil en las actuales circunstancias. El paciente de TB debe atravesar muchas veces por largos periodos de espera para realizar una consulta y/o utilizar los servicios de diagnóstico.</li> </ul>
Recibir tratamiento supervisado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilidad y acceso a los servicios de salud están restringidos en las actuales circunstancias. De todas maneras, los pacientes tienen acceso a los medicamentos y al tratamiento supervisado.</li> </ul>
Recibir apoyo para la adherencia al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La disponibilidad y acceso a los servicios de salud están limitados en este momento. Las visitas de supervisión, a los pacientes, no están disponibles por falta de personal.</li> </ul>
Recibir atención posterior al tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La falta de disponibilidad de personal en los servicios de salud limita las opciones de recibir atención post tratamiento.</li> </ul>

Bajo el mismo criterio de los resultados de las encuestas y entrevistas, la siguiente tabla resume los factores que influyen en la atención en salud de los migrantes afectados por TB u otras dolencias.

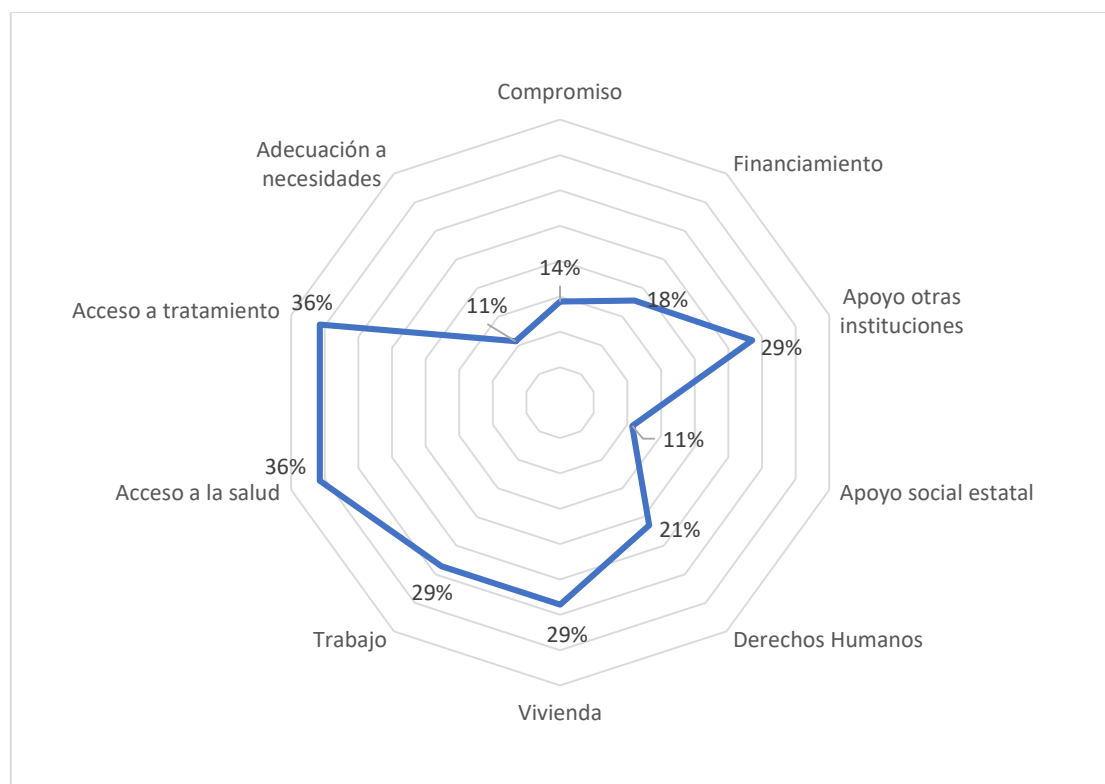
Tabla 12: Bolivia, factores que influyen en la demora en la atención en salud de migrantes afectados por TB u otras dolencias.

Concepto	Factores encontrados
Reconocimiento de síntomas relacionados con la enfermedad	No determinado en el estudio.
Relacionada con tomar la decisión de buscar atención en salud.	Las entrevistas a migrantes determinaron que 13 de los 15 entrevistados buscaron resolver sus problemas de salud en instituciones privadas. El sector público, donde está inserto el Programa de TB, no es la primera opción de atención, ni en todos los casos por cualquier dolencia.
Relacionada con todos aquellos factores y recorridos una vez se tomó la decisión de buscar atención en los servicios de salud.	El hecho de ser migrante y no tener residencia legal, demora o impide su atención en un establecimiento del sector público, por no cumplir este requisito básico para acceder al SUS. Sin embargo, este requisito no se aplica para un paciente con TB, quien recibe la atención independientemente a su situación migratoria.
Tiene que ver con las experiencias de atención en la institución de salud, desde el momento en que la persona asume una posición de paciente o usuario.	Los migrantes entrevistados valoran más la atención en el sector privado. Existe poca confiabilidad, por la calidad de servicios, en el sector público y porque, además, como variable central, no están informados que pueden acceder de manera gratuita a el SUS y especialmente al Programa de TB, en este último caso, independientemente de su situación migratoria en el país.

## 9. ANÁLISIS DE BRECHA

Los resultados globales de la encuesta para medir las expectativas de los migrantes, muestran en general una baja percepción de los aspectos que está jugando a favor de los migrantes en términos de políticas que apoyen a mejorar su situación. El siguiente gráfico muestra la relación de las variables de análisis propuestas.

**Gráfico 10: Bolivia, análisis de brechas socioeconómicas**



Fuente: Elaboración propia, en base a resultados de encuesta

Cada punto muestra el porcentaje de encuestados que manifestaron estar de acuerdo o muy de acuerdo con el enunciado de las preguntas. Es decir, la diferencia de este porcentaje, respecto al 100%, es la brecha (carencia) que se presenta para cada variable. Los puntos interiores son los que presentan más brechas que los puntos exteriores.

Dos son las variables que muestran las mayores brechas. Primero la variable “apoyo social estatal” (11%), la cual refleja a plenitud los hallazgos encontrados en el estudio. Es decir, el Estado no tiene ningún programa de protección social, excepto el SUS, que beneficie a la población migrante. Este bajo porcentaje, sin embargo, puede verse condicionado por el hecho de que 12 de los 15 migrantes entrevistados no conocen la

existencia del SUS y por lo tanto perciben en mayor medida que el Estado no les brinda ningún tipo de apoyo social.

La otra variable con mayor brecha es “adecuación a necesidades”, aspecto que tiene que ver no solamente con el tema de salud, sino, como manifestaron las ONG y cooperación internacional, el hecho de implementar políticas que se adecuen además a las otras necesidades de los migrantes como educación y acceso al trabajo, entre otras.

La tercera variable de mayor brecha es “compromiso” (14%), la misma que refleja la percepción de que no existe un verdadero empuje del gobierno para apoyar las necesidades de los migrantes. Esto, sin embargo, puede estar condicionado por el hecho de que los migrantes encuestados, en su mayoría, no tienen conocimiento del SUS y sus derechos de acceder al Sistema y por lo tanto su percepción de que el Estado no está comprometido con sus necesidades es más alto.

Dos son las variables que presentan las menores brechas. Primero la variable “acceso a tratamiento” (36%) valor que está influenciado por el hecho de que todos los sectores, excepto la mayoría de los migrantes, tienen conocimiento de que al SUS es un programa de protección social al cual pueden acceder todos los migrantes para su tratamiento de TB de manera gratuita. La otra variable, con el mismo porcentaje de brecha es “acceso a la salud”, la cual se explica por el mismo argumento que la anterior.

Mediante este análisis se puede concluir que todavía existe una brecha significativa que el país debe superar para lograr situar a los migrantes como un protagonista de las prioridades nacionales. Esta brecha, que en promedio es del 77%, muestra que se deben implementar políticas, desde las comunicacionales para que los migrantes accedan al SUS, hasta políticas que garanticen al migrante acceder a otros beneficios, como flexibilidad jurídica para regularizar su situación migratoria, políticas que le permita acceder al mercado de trabajo en condiciones igualitarias y acceso a otros programas de protección social.

Dentro de esta estructura, el eslabón más débil es el eje de “sostenibilidad”, con una brecha de 82%. Este eje tiene que ver con las políticas de apoyo del Estado, incluida financiamiento, y el apoyo que brindan las organizaciones de sector no gubernamental y de cooperación internacional hacia los migrantes.

El otro eje de mayor brecha es “eficiencia” con 74% y este tiene que ver con las políticas que deben acompañar a las de salud, como acceso al trabajo, vivienda y los temas relativos a la discriminación.

El eje menos comprometido, aunque significativo todavía, es el de “equidad” con una brecha de 63%. Consistente con el hecho de que se están implementado políticas de acceso a los servicios de salud, el SUS es el más claro ejemplo, pero que sin embargo persisten algunas barreras en las que el Estado y la sociedad civil deben trabajar, para facilitar el acceso a los migrantes a este beneficio.

## 10. CONCLUSIONES

1. Bolivia es un país que a lo largo de la historia no tuvo flujos importantes de inmigración. En la actualidad los migrantes extranjeros en el país representan el 1.4% de la población total, mientras que la media internacional se sitúa en 3.6%. Esta baja tasa de población extranjera puede tener su explicación por las condiciones de fragilidad socio económica del país y las todavía importantes tasas de pobreza, que no la hace un destino atractivo principalmente para el migrante económico, posiblemente con excepción de Santa Cruz de la Sierra por algunos matices de dinamismo económico. Bolivia se ha caracterizado más por ser un país de migrantes al exterior. Los datos muestran que por cada migrante extranjero que ingresa al país para residir, salen casi 6 ciudadanos bolivianos que busca un país diferente para vivir.
2. La migración en Bolivia está muy marcada por la relación con los países con los que comparte frontera geográfica. Un poco más del 62% de la migración internacional que vive en Bolivia proviene de los cinco países limítrofes, siendo Argentina, y Brasil los más importantes, pues solamente ambos países contribuyen con casi el 50% de migrantes que viven en el país.
3. Un reciente fenómeno en Latinoamérica, como es la migración venezolana, todavía no es significativo en el país, ya que en el año 2019 sólo representaron el 1.4% del total de ingresos de ciudadanos extranjeros. Al no ser (todavía) un problema crítico en Bolivia, no existe un estudio de la caracterización de esta migración. Lo más probable es que sea una población que está de paso hacia Chile, pues en este país ya se reportan graves problemas en el número de ingresos de venezolanos por día. Estimaciones del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, señalan que los venezolanos son el grupo más grande de migrantes en Chile (30,5%), seguido de peruanos (15,8%) y haitianos (12,5%).
4. Todavía no existe un impacto significativo de los migrantes sobre el número de caso de TB en el país, pues solamente representan el 0.1% (11 casos) de los casos totales en el año 2019. Sin embargo, esto no implica que pueda existir una situación potencial de nuevos casos de migrantes con TB, dado que el PNCT, en su diagnóstico del Plan de control de la TB 2016-2020, ya manifestaba que no existe evidencia que la ampliación de la vigilancia y control de la tuberculosis esté llegando a poblaciones vulnerables como la población indígena, migrantes y fuerzas armadas.

No debe descartarse el hecho de que el bajo número de casos de migrantes con TB atendidos, puede deberse también, a que los países limítrofes con Bolivia tienen, en promedio, seis veces menos incidencia de casos de TB, exceptuando Perú.

5. El estudio ha establecido que son tres los principales determinantes que dificultan a los migrantes el acceso a los servicios de salud. Primero, es el desconocimiento sobre sus derechos de acceso a la salud. Todos los elementos de comunicación e información, sobre el Sistema Único de Salud, están orientados a la población boliviana como beneficiaria del Sistema, sin embargo, los migrantes, como el segundo grupo poblacional beneficiario, no es tomado en cuenta en los contenidos comunicacionales. En la encuesta se evidenció que solamente el 20% de los entrevistados tenían conocimiento del SUS.
6. Segundo, el SUS como Programa de Protección Social de acceso universal a la salud, es muy restrictivo para la población migrante, por cuanto sólo permite el acceso a dos grupos de edades y tres grupos poblacionales. Esto significa que, por grupo de edad (menores de 5 años y mayores de 60 años), sólo un 25% de la población migrante residente legal en el país, tiene acceso al Sistema.
7. Tercero, es el estatus legal del migrante en el país, es decir, la adscripción al SUS está condicionado, en todos los casos, a que el ciudadano extranjero deba tener obligatoriamente residencia legal en el país. Fuera de esta norma, ningún migrante tiene derecho a la atención gratuita en ningún establecimiento de salud público, exceptuando los casos de urgencias y emergencias, en las que el migrante no está obligado a presentar su documento de identidad y su atención debe ser inmediata y para todo ciudadano argentino, que por el acuerdo de reciprocidad entre países, pueden acceder al SUS sin restricciones.
8. Estos dos últimos determinantes, sin embargo, parecería que no se están aplicando en el caso de la atención de pacientes migrantes con tuberculosis. En la encuesta a los Programas Departamentales de TB y establecimientos de salud, se determinó que la atención a un migrante con diagnóstico presuntivo de TB es independiente a su situación migratoria, aspecto que igualmente se aplica a toda la fase de tratamiento. Todo este proceso es de carácter gratuito. El criterio básico que se aplica es que no puede rechazarse la atención a una persona portadora de una enfermedad altamente contagiosa.
9. Con respecto a la disponibilidad y capacidad de uso de los establecimientos de salud, el cumplir con los requisitos legales para adscribirse al SUS no le da al migrante, por sí mismo, la facilidad para acceder a los servicios de salud. El ciudadano extranjero debe enfrentar, al igual que los conciudadanos bolivianos, todas las importantes limitaciones que tiene la estructura de atención en el sector público.



10. Finalmente, el estudio se ha planteado una interesante dicotomía de conceptos: ¿una persona con situación migratoria ilegal en el país y con diagnóstico presuntivo de TB, debería ser rechazado en un servicio de salud? ¿Primero está la norma legal o primero está la situación de salud pública?

En la práctica, los Programas Departamentales de TB y los establecimientos de salud en Bolivia, están resolviendo esta dicotomía priorizando la atención a los pacientes con TB, independientemente de la situación migratoria de la persona. Como se había mencionado, el criterio básico que se aplica es el no rechazar la atención a una persona portadora de una enfermedad altamente transmisible.

## 11. RECOMENDACIONES

El estudio propone tres intervenciones concretas en función a los hallazgos del estudio.

1. Para atenuar la barrera de comunicación e información que tienen los migrantes, respecto al conocimiento del SUS, se debe coordinar entre la Unidad de Comunicación Social del Ministerio de Salud y Deportes, el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis y las Asociación de Personas con Tuberculosis Bolivia, una reunión técnica para la revisión de los contenidos promocionales del Sistema Único de Salud. Los resultados deben estar orientados a incluir, en todos estos contenidos ya existentes, a la población migrante como la segunda beneficiaria del Sistema, en por lo menos los siguientes aspectos.

- Proceso de inscripción al SUS
- Requisitos para la inscripción
- Proceso de atención en casos de emergencia
- Atención en casos presuntivos de TB

Esta revisión debe incluir todo el material promocional e informativo de la página web del Ministerio de Salud y la información que se brinda a través de la línea gratuita 800-100070 habilitada para tal efecto.

2. Respecto a las barreras legales para acceder a los servicios de salud, por la situación migratoria irregular, se debe iniciar un importante activismo político, ya sea a través de la Asociación de Personas con TB y/o a través del Mecanismo de Coordinación de País del Fondo Mundial para lograr una excepción a la Ley 1152 del Sistema Único de Salud, en la cual se establezca que una persona con diagnóstico presuntivo de TB, independientemente de su estatus legal migratorio en el país, deba recibir inmediata atención e inicio de tratamiento, con todas las ventajas que goza cualquier paciente de tuberculosis en situación regular y sin

necesidad de adscribirse al Sistema Único de Salud, hecho que se justificaría por ser la tuberculosis una enfermedad altamente transmisible.

3. Se debe establecer un canal de comunicación urgente y necesario entre el PNCT y la plataforma de salud y migración, esta última conformada por organizaciones de las Naciones Unidas como ACNUR, OIM, UNICEF, PMA y ONGs internacionales como Caritas, Visión Mundial, Fundación Scalabrini y otros, las cuales están trabajando activamente en el apoyo a migrantes en situación de vulnerabilidad y muy especialmente en actividades de apoyo para que los migrantes puedan adscribirse al Sistema Único de Salud. La coordinación entre el PNCT y esta plataforma puede ayudar a direccionar la atención en casos en que se presenten migrantes con diagnóstico presuntivo de tuberculosis.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. INESAD (2018). La mayoría de los bolivianos no tiene cobertura de ningún seguro de salud.
2. Banco Central de Bolivia (2019). Informe de la deuda externa pública al 31 de diciembre de 2019.
3. PNUD (2019). Una aproximación a la medición de la pobreza y su importancia en las políticas públicas.
4. Instituto Nacional de Estadística (2015). Censo de Población y Vivienda 2012. Características de la Población.
5. Instituto Nacional de Estadística (2020). Actividad de turismo 2019. Boletín estadístico.
6. DIGEMIG (2020). Flujos migratorios y libertades humanas. Boletín 1.
7. Fajardo-Dolci, Gutiérrez, García-Saisó (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud.
8. OPS (2011). Manual de Medición y Monitoreo. Indicadores de las de Recursos Humanos para la Salud.
9. OPS, AECID (200). Exclusión en Salud. estudios de caso Bolivia, El salvador, Nicaragua, México y Honduras.

10. Ministerio de Salud, Bolivia (2017). Plan Nacional de Control de la Tuberculosis en Bolivia 2016 – 2020.
11. Peña, Camaño, otros (2016). Aporte de los migrantes a la tuberculosis en un servicio de salud de Chile.
12. CEPAL (2020). Panorama Social de América Latina
13. Greening EU cooperation (2020). Perfil Ambiental País de Bolivia. Actualización 2020
14. OIT (2021). Bolivia, programa de acción 2020/2021.
15. Banco Mundial (2020). Nuevas clasificaciones de los países elaboradas por el Banco Mundial según los niveles de ingreso: 2020-2021  
<https://blogs.worldbank.org/es/datos/nuevas-clasificaciones-de-los-paises-elaboradas-por-el-banco-mundial-segun-los-niveles-de-ingreso>
16. Banco Mundial (2021). PIB per cápita (US \$ a precios actuales)  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>
17. Mundo Economía (2021). Nota de Prensa. Banco Mundial prevé que el PIB de Bolivia aumentará un 4,7% en 2021  
<https://www.aa.com.tr/es/econom%C3%ADa/banco-mundial-prev%C3%A9-que-el-pib-de-bolivia-aumentar%C3%A1-un-4-7-en-2021/2193072>
18. INE (2018). Las tasas de fecundidad presentan un comportamiento descendente  
<https://www.ine.gob.bo/index.php/las-tasas-de-fecundidad-presentan-un-comportamiento-descendente/>
19. Expansión – Datos Macro.  
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/bolivia>
20. Portal de Datos Mundiales sobre la Migración  
[https://migrationdataportal.org/es/data?cm49=68&focus=profile&i=flows\\_abs\\_immig1&t=2013](https://migrationdataportal.org/es/data?cm49=68&focus=profile&i=flows_abs_immig1&t=2013)
21. ACNUR. ¿'Refugiado' o 'Migrante'? ¿Cuál es el término correcto?  
<https://www.acnur.org/noticias/noticia/2016/7/5b9008e74/refugiado-o-migrante-cual-es-el-termino-correcto.html>

22. Banco Mundial. Población de refugiados por país o territorio de asilo – Bolivia.  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.REFG?locations=BO>
23. Portal de Datos Mundiales sobre la Migración.  
[https://migrationdataportal.org/es?i=flows\\_abs\\_immig1&t=2013](https://migrationdataportal.org/es?i=flows_abs_immig1&t=2013)
24. OPS. Portal de noticias  
[https://www.paho.org/bol/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2194:el-sus-en-bolivia-arrancara-con-un-presupuesto-inicial-que-esta-en-parametros-razonables&Itemid=481](https://www.paho.org/bol/index.php?option=com_content&view=article&id=2194:el-sus-en-bolivia-arrancara-con-un-presupuesto-inicial-que-esta-en-parametros-razonables&Itemid=481)

25. OPS. La Salud Pública en las Américas - Nuevos Conceptos, Análisis del Desempeño y Bases para la Acción Iniciativa La Salud Pública en las Américas.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=fr](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4036:salud-publica-en-americas-nuevos-conceptos-analisis-desempeno-bases-para-accion&Itemid=2080&lang=fr)
26. OPS. Cobertura Universal de Salud.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)
27. INESAD. Cepal: Pobreza subió 6,4 puntos y afecta al 37,5% de la población.  
<https://www.inesad.edu.bo/2021/03/22/cepal-pobreza-subio-64-puntos-y-afecta-al-375-de-la-poblacion/>
28. Banco Mundial. Esperanza de vida al nacer, total (años) – Bolivia  
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN?locations=BO>
29. Ministerio de Educación. Encuentro Internacional de Educación Alternativa y Especial.  
[https://www.minedu.gob.bo/index.php?option=com\\_content&view=article&id=357:direccion-general-de-post-alfabetizacion&catid=191&Itemid=993](https://www.minedu.gob.bo/index.php?option=com_content&view=article&id=357:direccion-general-de-post-alfabetizacion&catid=191&Itemid=993)
30. INE (2021). Boletín informativo.  
<https://www.ine.gob.bo/index.php/en-diciembre-de-2020-el-indice-de-precios-al-consumidor-registro-variacion-positiva-de-022/>
31. Ministerio de Educación. Dirección General de Planificación.  
<http://seie.minedu.gob.bo/reportes/estadisticas/grupo1/matricula>
32. Naciones Unidas Bolivia. Nota de prensa.  
<http://www.nu.org.bo/noticias/seguridad-alimentaria-el-20-de-los-bolivianos-acceden-suficiente-comida-2/>
33. TATISTA. Número de inmigrantes con residencia legal en Bolivia en 2019, por nacionalidad.  
<https://es.statista.com/estadisticas/1190370/poblacion-extranjera-de-bolivia-por-nacionalidad/>
34. Portal EXPANSIÓN.  
<https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/emigracion/bolivia>

35. INFOBAE. Una crisis humanitaria desborda a pequeños pueblos del norte de Chile por la masiva llegada de migrantes venezolanos.  
<https://www.infobae.com/america/america-latina/2021/02/03/crisis-humanitaria-en-pequenos-pueblos-del-norte-de-chile-desbordados-por-la-masiva-llegada-de-migrantes-venezolanos/>
36. Revista Panamericana de Salud Pública (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7655060/>
37. Chambi Fabiola (2019). Bolivia, lejos de un servicio de calidad en la salud pública. Los Tiempos.  
<https://www.lostiempos.com/actualidad/pais/20190806/bolivia-lejos-servicio-calidad-salud-publica>
38. OPS (2014). Cobertura Universal de Salud.  
[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9392:universal-health-coverage&Itemid=40690&lang=es)

# Anexos

## Anexo 1: Lista de entrevistados, por sector

N°	Sector	Sector o Tipo de Organización	Nombre de la Organización	Siglas	Socio de ACNUR (Si o No)
1	Público	Salud	Programa Nacional de Control de la TB	PNCT	No
2	Público	Salud	Unidad de Gestión Financiera del SUS	-	No
3	Público	Salud	Programa Departamental de Control de TB La Paz	PDCT La Paz	No
4	Público	Salud	Programa Departamental de Control de TB Santa Cruz	PDCT STC	No
5	Público	Establecimiento de Salud	C.S. 10 de octubre	-	No
6	Público	Establecimiento de Salud	Red Centro	-	No
7	Público	Establecimiento de Salud	Hospital Antofagasta	-	No
8	Público	Salud	Unidad de Gestión Financiera del SUS	-	No
9	Cooperación Internacional	Naciones Unidas	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF	Si
10	Cooperación Internacional	ONG internacional	Visión Mundial Bolivia	-	Si
11	Cooperación Internacional	ONG internacional	Cruz Roja Boliviana	-	Si
12	Cooperación Internacional	ONG internacional	Fundación Scalabrini Bolivia	-	Si
13	Sociedad civil	OBC (Organización de base comunitaria)	Asociación de personas afectadas con TB	ASPACONT	No



## Anexo 2: Análisis de entrevistas y grupos focales (agrupado por sectores)

Casi la mitad de los migrantes entrevistados, manifestó que el aspecto económico era determinante para acudir a un establecimiento de salud ante una necesidad de atención. Sin embargo, el 80% manifestó no conocer el Sistema Único de Salud como Programa de Protección Social del Estado, que le permite acceder de manera gratuita a la atención médica en los establecimientos del sector público. Si bien uno de los requisitos para acceder a este programa es ser residente legal en el país se pudo evidenciar, sin embargo, que en el caso de las personas con TB la atención, desde el proceso de diagnóstico hasta el proceso de tratamiento, es gratuita, independientemente de su situación migratoria en el país.

En el ámbito de las instituciones del sector público, las mismas consideran que el compromiso de las autoridades para enfrentar la problemática de la migración todavía no es suficiente. Esfuerzos adicionales requieren de recursos que en la actualidad el Estado no cuenta, por la crisis sanitaria. Sin embargo, el incorporar a los migrantes regulares al SUS es un buen comienzo. Manifiestan, sin embargo, que las organizaciones no gubernamentales y de cooperación internacional deben apoyar más activamente al PNCT y a los Programas Departamentales de TB, en actividades e iniciativas concernientes a la detección de casos en migrantes.

Los establecimientos de salud tienen una positiva percepción respecto a que el programa de TB, tanto desde la fase de diagnóstico hasta la fase de tratamiento sean gratuitos. En ninguna situación se hacen cobros al paciente y en el caso de los migrantes, se garantiza su atención independientemente de su estatus migratorio. Las necesidades de salud, desde el punto de vista de este personal, están por encima de las circunstancias migratorias de un paciente, dado que la tuberculosis se trata de una enfermedad infecciosa y no puede rechazarse su atención.

Las organizaciones no gubernamentales y de cooperación, coinciden en manifestar que el Estado está apoyando con algunas iniciativas a los migrantes, pero que sin embargo este apoyo todavía no es limitado. El SUS, como programa de protección social, no es suficiente para las necesidades del migrante. También existen necesidades en el ámbito de la salud y en el económico, especialmente el que tiene que ver con la incorporación de esta población a la fuerza laboral del país, para lo cual se debe trabajar en destrabar los procesos migratorios para regularizar la estadía en el país.

Existe la desinformación, en este grupo de organizaciones, de que al SUS es solamente para las mujeres gestantes, menores de 5 años y personas de la tercera edad. El estudio aclaró que el acceso no se limita a ninguna población y que el único requisito que se debe cumplir es la situación migratoria regular en el país.

### Anexo 3: Análisis de encuesta para medir las expectativas de población migrante

Eje	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Análisis
Sostenibilidad	1. Hay compromiso de las autoridades en apoyar a los migrantes.	7	17	4	0	Casi el 86% de los entrevistados manifiesta que no hay un compromiso del Estado para apoyar a los migrantes. Si bien el SUS es un programa específico que beneficia a esta población, los entrevistados consideran que no es suficiente, pues también el acceso a la educación y a las oportunidades económicas también son importantes. Se deben considerar políticas más dinámicas para lograr que los migrantes regularicen su situación en el país y de esta manera darles oportunidad para acceder a los Programas de Protección Social.
	2. El gobierno ha destinado presupuesto para atender las necesidades de los migrantes	9	14	4	1	El 82% de los entrevistados manifiesta que el Estado no ha destinado presupuesto específico para esta población. Esta realidad podría ser parcial, pues en la actualidad el Estado central, gobernaciones y municipios financian el Sistema Único de Salud del cual esta población es beneficiaria. Si bien en el país el gasto en PPS es importante en términos de % del PIB, estos beneficios, sin embargo, no contempla a la población migrante.
	6. Los migrantes reciben apoyo de instituciones privadas y religiosas principalmente.	11	9	8	0	Existe una alta percepción (71%) de que no se recibe ningún tipo de apoyo de instituciones privadas o no gubernamentales para apoyar actividades que tengan que ver con la promoción de los servicios de TB para migrantes o para apoyar la situación económica de esta población.

Eje	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Análisis
	10. Lo migrantes reciben apoyo social (canastas, bonos u otros) del Gobierno.	17	8	1	2	Casi un 90% de los entrevistados manifiesta que los migrantes no reciben, de parte del Estado, apoyo social ya sea como transferencias monetarias y/o en especie. Esta situación coincide con la realidad, pues ningún Programa de Protección Social, excepto salud, incorpora a la población migrante como beneficiaria.
	<b>Global</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	Se puede concluir que sólo un 18% de los entrevistados percibe que existe el compromiso del Estado para apoyar a los migrantes, tanto en términos de financiamiento para el sector como el acceso a PPS. Es baja también la percepción de que existe apoyo de otras instituciones de la sociedad civil. La brecha del 82% en estas variables, muestran que ni el estado ni las organizaciones de la sociedad civil están prestando la debida atención, especialmente a la problemática de la TB. El PNCT no tiene el suficiente presupuesto para encarar campañas de promoción de acceso a los servicios de TB por parte de los migrantes ni, como indicaba una personera de un establecimiento de salud, iniciar intervenciones en el diagnóstico de la enfermedad en este grupo poblacional.

Eje	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Análisis
Eficiencia	3. Los migrantes sufren de discriminación constante por la población nacional.	9	13	5	1	Sólo un 21% de los entrevistados considera que existe algún nivel de discriminación hacia los migrantes. De hecho, se identificó en las entrevistas a los migrantes que esta discriminación es económica, es decir, por el sólo hecho de ser extranjeros, los migrantes consideran que cuando requieren servicios de salud, los precios por la atención son diferenciados para ellos.
	8. Es difícil conseguir viviendas para arrendar por el hecho de ser migrante.	11	9	3	5	Si bien, por referencias del personal de salud, eventualmente se está dando el hacinamiento entre las personas migrantes en algunas ciudades, este es otro punto que no está documentado y no existen estudios actualizados sobre esta situación. La migración venezolana, que en los últimos meses se ha incrementado considerablemente y en la que podría darse esta situación, por el deterioro económico por el que pasan estos migrantes, tampoco es una referencia, pues esta población solamente utilizan el país como punto de cruce hacia la frontera con Chile.
	9. Es más difícil para los migrantes de sexo masculino conseguir trabajo.	9	11	5	3	Un 71% de los entrevistados afirma tener esta percepción la cual, sin embargo, puede estar condicionada por el hecho de que será más difícil para un migrante en situación irregular conseguir un trabajo con todos los derechos laborales que esto supone. No existe información o estudios actualizados que describan esta realidad en el país.

Eje	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Análisis
	<b>Global</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	El eje de eficiencia presenta una brecha menos significativa, pues es apenas del 26%. Esto puede deberse a la valoración estadística que se dio a estas tres preguntas (eran preguntas inversas) y esto puede estar distorsionando los resultados finales de este eje.

Eje	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Análisis
Equidad	4. Los migrantes tienen acceso a la salud gratuitamente.	6	12	8	2	Un 64% considera que la atención a los migrantes no es del todo gratuita. Esto puede deberse a dos factores: primero, porque la mayoría de los migrantes no tiene conocimiento de que existe el SUS, al cual pueden acceder de manera gratuita si son residentes legales y segundo, que muchas organizaciones, como las ONG, consideran que el SUS es sólo para un segmento de la población migrante. Definitivamente, la falta de información sobre los derechos a la salud de los migrantes está distorsionando esta realidad.
	5. Los migrantes que tienen TB reciben la atención y medicamentos gratuitamente.	9	9	6	4	Este punto está muy relacionado al anterior. Sin embargo, aquí debe mencionarse que para la atención de una persona con TB en un establecimiento del sector público, no existe el criterio de si el migrante es regular o irregular. Por el sólo hecho de que una persona sea portadora de una enfermedad contagiosa, elimina este requisito migratorio para el personal de salud lo que implica que toda persona debe ser diagnosticada y recibir su tratamiento sin costo alguno.
	7. El nivel de salario de los migrantes en todos los casos es menor que los trabajadores nacionales.	7	10	8	3	Esta es una variable no explorada a profundidad, por cuanto no existen estudios sobre la inserción laboral de los migrantes en la economía del país.

Eje	Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Análisis
	<b>Global</b>	<b>7</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>3</b>	<p>Existe en general una percepción de que el eje Equidad no es consistente en Bolivia. Es decir, existe una brecha de 63% que percibe que el acceso a la salud no es gratuita y que la actual situación sanitaria de la COVID-19 está encareciendo esta realidad. Aquí nuevamente debe plantearse la salvedad de que la información de los derechos del migrante para acceder a los servicios de salud, no les está llegando. Por otro lado, las ONG de apoyo a esta población e inclusive algunos establecimientos de salud manejan la información parcial de que al SUS es sólo para ciertas poblaciones de migrantes (menor de 5 años, mujeres gestantes y personas de la tercera edad) cuando la realidad indica que es para todas las poblaciones, con el único requisito de tener la residencia legal en el país.</p>

## Anexo 4: Principales definiciones utilizadas

**Emigración:** Acto de salir de un Estado con el propósito de asentarse en otro. Las normas internacionales de derechos humanos establecen el derecho de toda persona de salir de cualquier país, incluido el suyo. Sólo en determinadas circunstancias, el Estado puede imponer restricciones a este derecho. Las prohibiciones de salida del país reposan, por lo general, en mandatos judiciales.

**Estigma:** Condición, atributo, rasgo o comportamiento que hace que su portador sea incluido en una categoría social hacia cuyos miembros se genera una respuesta negativa y se les ve como culturalmente inaceptable o inferior. Es un proceso dinámico en el que las personas son devaluadas en razón de atributos que de fondo son arbitrarios.

**Familias fragmentadas:** Unidades familiares que quedan en la comunidad de origen y poseen algún miembro residiendo en el exterior del país. Separación familiar por razones migratorias. De este modo, el concepto de “fragmentadas” tendrá un sentido positivo en relación con otras situaciones que se caracterizan por una ruptura irreversible (separación por defunción) o conflictiva. En este contexto, la fragmentación está motivada por la búsqueda de un mejoramiento de las condiciones de vida de sus miembros.

**Inmigrante:** Persona que llega a un país o región diferente de su lugar de origen para establecerse en él, temporal o definitivamente.

**Migrante:** Este término se aplica a las personas y a sus familiares que van a otro país o región con miras a mejorar sus condiciones sociales y materiales, así como sus perspectivas y las de sus familias

**Migración internacional:** Movimiento de personas que dejan su país de origen o en el que tienen residencia habitual, para establecerse temporal o permanentemente en otro país distinto al suyo. Estas personas para ello han debido atravesar una frontera. Si no es el caso, serían migrantes internos.

**Retornados/as:** Personas que regresan a su país de origen. En el presente documento se consideran dos formas de retorno:

**Tasa de migración neta (TMN):** Para una región dada, es la diferencia entre la tasa de inmigración y la tasa de emigración.