



ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA

A. Lorena Prieto
Camilo Cid



**Banco
Interamericano de
Desarrollo**

División de la
Protección Social y
Salud

NOTAS TÉCNICAS

IDB-TN-163

Agosto 2010

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD DE BOLIVIA

A. Lorena Prieto
Camilo Cid



Banco Interamericano de Desarrollo

2010

© Banco Interamericano de Desarrollo, 2010
www.iadb.org

Las “Notas técnicas” abarcan una amplia gama de prácticas óptimas, evaluaciones de proyectos, lecciones aprendidas, estudios de caso, notas metodológicas y otros documentos de carácter técnico, que no son documentos oficiales del Banco. La información y las opiniones que se presentan en estas publicaciones son exclusivamente de los autores y no expresan ni implican el aval del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representan.

Este documento puede reproducirse libremente a condición de que se indique que es una publicación del Banco Interamericano de Desarrollo.

Este análisis fue realizado a solicitud de la División de Protección Social y Salud (SCL/SPH) del BID, bajo la supervisión técnica de Julia Johannsen (jjohannsen@iadb.org).

Autor para correspondencia: A Lorena Prieto, lprieto@esan.edu.pe

TABLA DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Antecedentes.....	1
1.2 Objetivos del informe	1
1.2.1 <i>Objetivo general</i>	1
1.2.2 <i>Objetivos específicos</i>	2
1.3 Estructura del informe	2
2. ANTECEDENTES GENERALES DE BOLIVIA	3
2.1 Situación sociodemográfica y geografía.....	3
2.2 Contexto económico	9
2.3 Contexto político	12
3. SITUACIÓN DE SALUD DE BOLIVIA	13
3.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados a la salud.....	14
3.1.1 <i>Objetivo 1–Meta2: Reducir a la mitad la proporción de la población que sufre de hambre</i>	15
3.1.2 <i>Objetivo 4–Meta 5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de la niñez</i>	18
3.1.3 <i>Objetivo 5–Meta 6: Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna</i>	26
3.1.4 <i>Objetivo 6–Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA</i>	30
3.1.5 <i>Objetivo 6–Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes</i>	31
3.2 Mortalidad en Bolivia.....	32
3.2.1 <i>Mortalidad todas las causas en Bolivia y comparaciones internacionales</i>	32
3.2.2 <i>Mortalidad en adultos en Bolivia y comparación internacional</i>	35
3.3 Morbilidad en Bolivia.....	37
3.3.1 <i>Morbilidad del adulto en Bolivia</i>	37
3.3.2 <i>Morbilidad de las consultas externas</i>	38
4. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD	40
4.1 Leyes, normas y rectoría.....	40
4.2 Visión general del sistema de salud.....	45
4.3 Flujo de recursos financieros y de servicios de salud	46
4.4 Estructura, organización y funcionamiento	49
4.4.1 <i>Atención primaria de salud (APS)</i>	49
4.4.2 <i>Atención secundaria y terciaria de salud</i>	49
4.5 Sistemas de información.....	50
4.5.1 <i>Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE)</i>	50
4.5.2 <i>Encuestas</i>	51
4.5.3 <i>Registros</i>	52
5. REFORMA DEL SECTOR SALUD	53
5.1 Objetivos generales de la reforma	54
5.2 El nuevo enfoque	54
5.3 Avances en la implementación de la reforma	55
5.3.1 <i>Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien</i>	55
5.3.2 <i>Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010</i>	56
5.3.3 <i>Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)</i>	58
5.4 Sigüientes etapas de la reforma	59
5.4.1 <i>Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2010-2020: Hacia la salud universal</i>	59
5.4.2 <i>Propuesta para el Sistema Único de Salud</i>	63
5.5 Análisis de la reforma	64

6. PRINCIPALES POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD	65
6.1 Programas nacionales y seguros públicos.....	65
6.2 Programa Desnutrición Cero	65
6.3 Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy)	66
6.4 Programa Extensa	67
6.5 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).....	68
6.6 Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)	69
6.7 Observaciones sobre los programas y seguros públicos	70
7. FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD	70
7.1 Gasto en salud.....	71
7.1.1 Gasto total en salud.....	71
7.1.2 Distribución del gasto total en salud.....	72
7.1.3 Gasto público en salud	74
7.1.4 Gasto privado en salud.....	75
7.1.5 Gasto de bolsillo en salud	77
7.2 Fuentes de financiamiento	79
7.3 Aseguramiento.....	80
8. PROVISIÓN DE Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD	83
8.1 Disponibilidad de servicios y redes de salud	83
8.2 Recursos humanos para salud en Bolivia	88
8.3 Análisis de equidad en el acceso	91
9. CONCLUSIONES	96
BIBLIOGRAFÍA	104
ANEXO A. AGENDA DE REUNIONES CON ACTORES DEL SECTOR SALUD	108
ANEXO B. EXPORTACIONES DE BOLIVIA	109
ANEXO C. INDICADORES MACROECONÓMICOS Y DEL SECTOR PÚBLICO DE BOLIVIA	110
ANEXO D. CRECIMIENTO ECONÓMICO	112
ANEXO E. INCIDENCIA DE LA POBREZA EN BOLIVIA	115
ANEXO F. COEFICIENTE DE LA BRECHA DE POBREZA	118
ANEXO G. MORBILIDAD HOSPITALARIA.....	119
ANEXO H. MORBILIDAD DE LAS EMERGENCIAS HOSPITALARIAS	122
ANEXO I. PRINCIPALES ENDEMIAS EN ADULTOS	123
ANEXO J. COBERTURA DE VACUNACIÓN Y ATENCIÓN DE PARTOS, EH 2007	124

SIGLAS

AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BM	Banco Mundial
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, Versión 10 (de la OMS)
CONAN	
DILOS	Directorio Local de Salud
EH	Encuesta de Hogares
ENDSA	Encuesta de Demografía y Salud
FPS	Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social
HIPC	<i>Highly Indebted Poor Countries</i> – Países Pobres Altamente Endeudados
IDA	<i>International Development Association</i> – Asociación Internacional del Fomento del BM
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
IHAMN	Hospitales Amigos de la Madre y el Niño
INASES	Instituto Nacional de Seguros de Salud
INE	Instituto Nacional de Estadística de Bolivia
MSD	Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organismo no gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PND	Plan Nacional de Desarrollo
PSD	Plan Sectorial de Desarrollo
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SBS	Seguro Básico de Salud
SEDES	Servicios Departamentales de Salud
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SNS	Sistema Nacional de Salud
SSPAM	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUS	Sistema Único de Salud
TB	Tuberculosis
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales
UNI	Unidades Nutricionales Integrales
UNI	Unidades de Nutrición Integral
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

RESUMEN EJECUTIVO

1. Antecedentes Generales

Bolivia cuenta con una población estimada de 9,8 millones de habitantes, con un territorio de cerca de 1,1 millones de km² que limita con varios de los países de América del Sur. Es uno de los países menos desarrollados de América Latina y aproximadamente dos tercios de su población rural es considerada pobre. Un dato característico de la población boliviana es su composición originaria de un 50,0 por ciento, que en el área rural alcanza un 68,3 por ciento¹. Existen aproximadamente 36 grupos indígenas en el país y los más importantes son la comunidad Quechua seguida por la comunidad Aymara que sumando ambas representan un 47 por ciento de la población.

Los principales indicadores de la economía boliviana han mostrando mejoras en los últimos años y, en algunos casos, las mejoras han sido bastante marcadas. El 2009 Bolivia tuvo un crecimiento económico de 3,4 por ciento del PIB y la inflación no superó el 0,26 por ciento. Las finanzas públicas, balanza de pagos y reservas internacionales también han ido mejorando drásticamente. Por ejemplo, los ingresos totales para el sector público aumentaron de 27,5 por ciento del PIB en el 2004, a 40,2 por ciento en el 2006.

En el año 2007, 60,1 por ciento de la población boliviana que se encontraba bajo la línea de la pobreza lo que correspondía a cerca de 5,9 millones de personas; y la población en pobreza extrema alcanzaba el 37,7 por ciento. Las diferencias rural/urbano en este indicador son muy significativas, siendo la pobreza del 50,9 por ciento en las zonas urbanas y de 77,3 por ciento en las zonas rurales y la pobreza extrema de 23,6 por ciento y 63,9 por ciento, respectivamente. En relación a la distribución de los ingresos, en Bolivia, el coeficiente de Gini en el año 2007 fue de 0,565, lo que ubica a este país en el rango más alto de desigualdad de ingresos en el contexto latinoamericano, aunque estos registros de concentración de riqueza son menores que los de Brasil, Guatemala y Colombia y equivalente al de Chile de hace algunos años (2003). Por otra parte, la razón entre el quintil de mayores ingresos y el quintil más pobre de la sociedad (razón 20/20) era de 31,5 veces en el 2007, el más alto después de Honduras (32,5), con una marcada

¹ INE, Encuesta de Hogares, 2007.

diferencia entre lo urbano y rural. La razón 20/20 en áreas rurales era de 50,5 veces y es lejos la más alta de la región.

Las reformas emprendidas desde 1985 en Bolivia fueron de carácter eminentemente económico. En lo que hace al tema de la inclusión de la población en las decisiones políticas, la Ley de Participación Popular (1994) contempló la municipalización del país y la transferencia de competencias y recursos a regiones, poblaciones rurales y pueblos indígenas para que tuviesen la posibilidad de decidir las mejores alternativas de desarrollo, según sus propias vivencias y prácticas culturales. Las reformas posibilitaron un incremento en la calidad de vida de clases y estratos sociales mejor vinculados con lo urbano y los círculos de poder, pero no modificaron significativamente las condiciones de vida de las poblaciones rurales.

Después de varios años en que el contexto político se caracterizó por una importante inestabilidad, Bolivia ha alcanzado una mayor estabilidad político-institucional. A partir de la elección de Evo Morales y su gobierno, desde enero de 2006, a pesar de la inicial incertidumbre y los problemas políticos posteriores con algunos departamentos y municipios, se ha logrado gobernar con mayor estabilidad, bajo la idea de permitir la explotación eficiente de los recursos naturales de gas y petróleo por el estado boliviano como parte de una nueva política económica que considera también el comercio internacional y la inversión para el desarrollo.

2. Diagnóstico Sectorial

2.1. Perfil Epidemiológico

2.1.1. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)

Bolivia es uno de los países que asumió el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas en el año 2001. Cuatro de los ODMs y sus respectivas Metas de Desarrollo del Milenio (MDMs) están relacionados al sector salud. En general, se observan avances importantes en el cumplimiento de las MDMs relacionadas a la salud. En todos los indicadores se ha avanzado hacia las metas propuestas. Sin embargo, la velocidad en los avances y la persistencia de las diferencias entre subgrupos poblacionales, son una clara señal de que se deben aumentar los esfuerzos para lograr cumplir con los ODMs.

La Tabla A muestra un resumen de los cuatro objetivos y las cinco metas que están directamente relacionadas al sector salud con información de los indicadores que miden los

avances en cada meta. El primer ODM se preocupa del problema de la pobreza y el hambre. Aquí sólo la meta de desnutrición crónica en niños menores de tres años se atribuye al sector salud. Los ODMs cuatro y cinco, sin embargo, son centrales del sector salud y reflejan la preocupación entre países por la salud materno-infantil. Finalmente el sexto ODM se enfrenta con enfermedades específicas como el SIDA, malaria y otras.

En veinte años se logró avanzar el 50 por ciento de la meta 2, respecto de reducir el porcentaje de niños menores a tres años con desnutrición crónica, pero ahora sólo le quedan cinco años para cubrir la otra mitad de dicha meta. Sin embargo, según los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA) 1998, se observa un estancamiento en los avances en términos de la desnutrición crónica en cuanto a la disminución de las diferencias históricas y significativas por áreas geográficas y regiones (con altos índices en áreas rurales y el altiplano). Además, es preocupante que en el año 2008 se haya registrado un empeoramiento del indicador en el área rural, el altiplano y el valle –zonas que presentan una mayor incidencia de la desnutrición crónica.

En la meta 5 –reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil (TMI) por 1.000 nacidos vivos– también hubo una disminución en los últimos 20 años. Bolivia empezó con la TMI más alta de la región y, a pesar de sus avances, sigue siendo la más alta. Desde el período 1980-85 hacia adelante ha habido una disminución importante de éste indicador, no obstante, esta disminución no ha alcanzado la caída promedio de la región superando sólo la de otros países como Paraguay, Venezuela y Panamá. Aunque entre 1989 y 2003 hubo una reducción en las diferencias en tasas por área geográfica y región, en el 2008, la TMI aumentó en el área rural y en el altiplano.

Por otro lado, la cobertura de la tercera dosis de DPT en niños menores de 3 años también mejoró levemente, junto con las diferencias entre áreas geográficas. Sin embargo, al comparar la cobertura entre el año 1996 y el 2008 entre los departamentos de Bolivia, se observa que algunos departamentos (como Pando) han logrado avances significativos, mientras que otros (como Chuquisaca) han retrocedido.

Las causas de mortalidad infantil en Bolivia en relación a la región de América Latina, están marcadas por la neumonía y la diarrea, se trata de perfiles de mortalidad parecidos a países como Brasil y en un segundo plano, varios países centroamericanos, como Guatemala, Honduras y Nicaragua, también, en Sudamérica Perú y Ecuador, pero en menor medida. Así, la incidencia

de diarrea en menores de cinco años es un indicador importante para la salud infantil y en Bolivia éste alcanza un 22,7 por ciento, pero con diferencias importantes entre departamentos del país. La incidencia en Pando y Chuquisaca alcanzan el 27,2 por ciento y el 25,7 por ciento, respectivamente; mientras que en Oruro y La Paz ésta es solo del 19,7 por ciento y 19,8 por ciento, respectivamente. La incidencia de diarrea en niños menores de 5 años ha aumentado en los últimos 10 años. Este problema de salud se concentra en las zonas rurales, y aunque en la del año 2003 tuvo una desconcentración, en 2008 volvió a aquella tendencia de manera más aguda.

Tabla A: Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio Relacionados a la Salud

Objetivos y metas	Indicador	1989	2008	MDM (2015)
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de población que sufre de hambre	% de niños menores a 3 años con desnutrición crónica ^A	38,3	22,10	19,0
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez				
Meta 5. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de la niñez entre 1990 y 2015	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) ^A	96,0	50,0	27,0
	Cobertura de vacunación con 3era dosis de Pentavalente en niños menores de 1 año ^B	67,9 (1991)	83,4	95,0
Objetivo 5: Mejorar la salud materna				
Meta 6. Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015	Razón de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacidos vivos) ^A	416	311	104
	% de partos atendidos por personal de salud calificado ^A	42,2	71,1	70,0
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades				
Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015	Prevalencia de SIDA (por millón de habitantes) ^C	0,5 (1996)	19,2 (2006)	13,0
Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes para el año 2015	Índice de parasitosis anual (IPA) de la malaria (por 1.000 habitantes) ^B	7,57 (1991)	7,00 (2006)	2,0
	% de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3% ^C	56,0 (2003)	30,4 (2006)	0,0
	% de pacientes con tuberculosis curado del total de notificados ^C	52,6 (1995)	76,3 (2005)	95,0

Fuentes: ^A ENDSAs 1989 y 2008; ^B SNIS-VE Estadísticas de Salud; ^C UDAPE 2008.

En el caso de las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en los niños menores de cinco años, se aprecia una mejoría en todos los planos. Disminuye la desigualdad urbano/rural entre encuestas, también lo hace la asociación entre la educación materna inferior y las IRAs.

La meta 6, de reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna es en la que menos se ha avanzado y en el año 2008 el indicador aumentó 36 por ciento con relación al 2003. Las hemorragias durante el embarazo incluyendo las asociadas a los abortos son la primera causa de muerte materna, los abortos por si solos son la tercera causa. Llama la atención que, a pesar del

aumento en la razón de mortalidad materna, la cobertura de partos asistidos por personal de salud calificado muestran un claro mejoramiento. Esto pasa además en todas las áreas geográficas y departamentos, y entre éstos últimos ya cinco de los nueve departamentos han superado la MDM de 70 por ciento de cobertura. La mortalidad materna de Bolivia es la más alta de la región latinoamericana junto con la de Guatemala.

Según datos del Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE), la tasa de morbilidad del SIDA entre el año 2000 al 2008, ha tenido una tendencia al alza (MDM 7). Finalmente, con relación a la meta 8, se observa que el índice de Parasitosis anual (IPA) de la malaria entre el año 1991 y el 2008 aumentó inicialmente y luego disminuyó a partir del año 1998. En definitiva, es poco el avance en relación al IPA inicial (7,57) y el actual (7,00).

2.1.2. Otros antecedentes del perfil epidemiológico

El perfil de morbilidad de Bolivia registra la incidencia y prevalencia de enfermedades agudas que afectan al sistema respiratorio y digestivo en más de un tercio del total del registro de las principales causas. Los menores de cinco años de ambos sexos constituyen el grupo más afectado. Los traumatismos en general, constituyen el segundo tercio de las principales causas. Las infecciones de las vías urinarias con una concentración mayor en mujeres, ocupan entre las principales causas, como motivo de consulta externa, hospitalización y atención de emergencias. Las enfermedades transmisibles se registran entre las principales causas en agrupaciones, con variaciones según la región. Las enfermedades agudas y crónicas no transmisibles, ocupan el resto de causas.

En cuanto a mortalidad, las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte en Bolivia. Las tasas de mortalidad en adultos son las más altas después de Guatemala, pero han disminuido más rápidamente que muchos países desde 1990, entre los que tienen niveles más altos, Ecuador, Perú y Honduras. De acuerdo a causas, Bolivia destaca por sus niveles similares en mortalidad estandarizada por edad, por cáncer y causas cardiovasculares, ya que prácticamente en todos los países de la región las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte, luego se instala el cáncer y finalmente las heridas o accidentes.

En el detalle de todas las causas de muerte, Bolivia destaca por sus tasas superiores, a los demás países de la región, en mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, por enfermedades infecciosas y parasitarias, dentro de las cuales destaca la

tuberculosis, la mortalidad por diarrea y por enfermedades de la niñez, como la pertusis y la polio. También la mortalidad por meningitis y hepatitis B son importantes. La mortalidad por enfermedades tropicales, dentro de las cuales destaca el Chagas, es otro grupo en que Bolivia sobresale.

Bolivia lidera también las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias, por condiciones maternas, perinatales y nutricionales como la desnutrición proteica en las mujeres. También destacan la muerte por las enfermedades digestivas principalmente la cirrosis y la mortalidad por las enfermedades del aparato genitourinario, como la nefritis.

2.2. Análisis institucional y organizacional

La Constitución Política del Estado establece que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. Sin embargo, Bolivia no tiene una ley general de salud y el sector salud funciona en base al Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978.

La gestión del sistema de salud se modificó en los años noventa mediante la promulgación de dos disposiciones legales, que significaron el inicio de un proceso de apertura a la participación ciudadana y a una descentralización administrativa en el manejo de los recursos del sector salud (Ley N° 1551 de Participación Popular 1994). Luego, con la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa de 24 de julio de 1995, se formalizó el proceso de descentralización administrativa transfiriendo atribuciones de carácter técnico administrativo a nivel departamental.

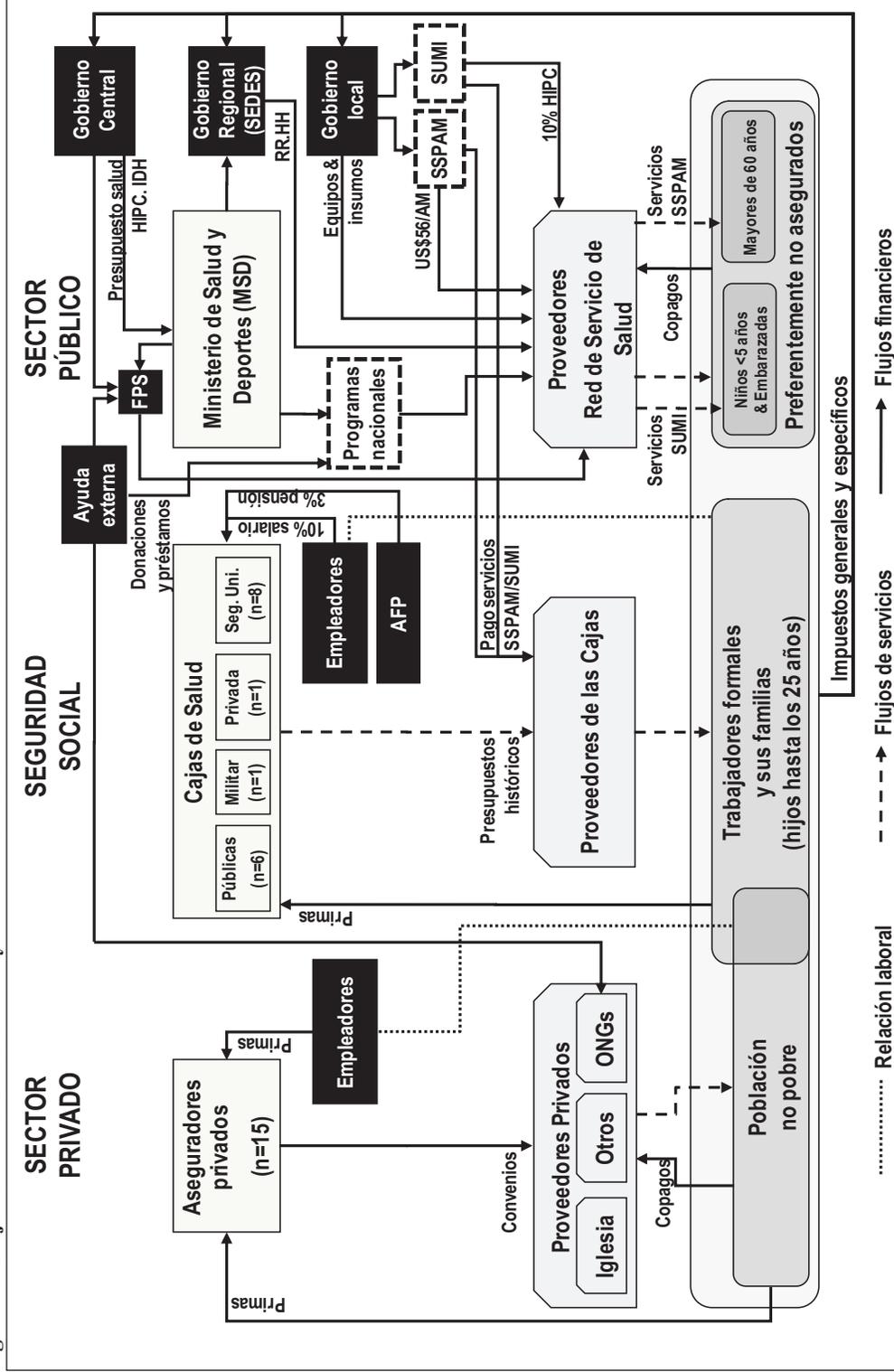
Así, el sistema de salud boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores: el privado, la seguridad social de corto plazo (o seguridad social en salud o cajas de salud) y el público. El sector privado funciona en un esquema de libre mercado con 15 empresas de seguros de salud que compran servicios a través de convenios de proveedores privados de la misma aseguradora o a través de convenios con otros proveedores privados. Entre los proveedores privados se encuentran aquellos administrados por la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otros. La seguridad social de corto plazo, conocida como las Cajas de Salud, incluye 6 cajas de salud públicas, una Caja de Salud privada, la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y ocho Seguros Universitarios. Cada caja tiene su propia red de proveedores de los cuales compra los servicios a sus beneficiarios. Finalmente, en el sector

público el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es una entidad de administración pública a cargo de la rectoría del sector. Al nivel regional de la administración territorial de los departamentos están los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Finalmente, el sector público tiene su propia red de proveedores administrado por las municipalidades.

La Figura A muestra el flujo de recursos financieros y de servicios de salud en los tres subsectores. El subsector privado funciona a través de la contratación de seguros de salud ya sea por la población o por empleadores mediante el pago de primas. Sus beneficiarios acceden a los servicios de salud de la red de proveedores privados especificado en sus seguros y realizan los copagos correspondientes.

El subsector público ofrece seguros públicos y programas nacionales a la población, además de los servicios de atención de salud primarios, secundarios, hospitalarios y de urgencia (emergencia) que brinda la red pública de atención. El MSD recibe del Tesoro General de la Nación (TGN) mediante la asignación del Presupuesto General de la Nación, recursos para asignar a los gobiernos regionales y programas nacionales. Los gobiernos departamentales (a través de las SEDES) asignan el financiamiento de los recursos humanos de los establecimientos, mientras que las municipalidades financian los gastos operacionales (equipos e insumos). La inversión en establecimientos de salud es administrada por el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS). Finalmente, los programas nacionales se financian con recursos asignados por el MSD por mediante donaciones o préstamos de fuentes externas.

Figura A: Flujos de recursos financieros y de servicios en el sector de la salud de Bolivia



Fuente: Elaboración propia.

2.3. Programas y seguros nacionales

El gobierno tiene varios programas enfocados a mejorar la situación de salud del país entre los cuales destacan: el Programa Nacional Extensa; el SUMI; el programa Desnutrición Cero, el SSPAM, y el Bono Juana Azurduy. A continuación se presenta una breve reseña de cada programa.

El MSD inició el Programa Nacional Extensa en el año 2002 como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), la política nacional de salud y el compromiso con ODMs. Su objetivo es contribuir a reducir la mortalidad materna e infantil que afecta de manera persistente a la población con alto grado de exclusión social que no utiliza servicios de salud, por razones de acceso y desconocimiento de los beneficios en materia de prevención. El programa se basa en la difusión de información para prevenir y atender enfermedades frecuentes en menores de cinco años de tal manera de reducir la tasa de mortalidad infantil asociada principalmente a enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e infecciones respiratorias agudas (IRAs).

Los dos principales seguros son el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). El SUMI se creó el 2002 también en el marco de la EBRP y con fecha de inicio en el 2003. Su objetivo también es disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y cumplir con los ODM. El SUMI es universal para mujeres embarazadas y niños(as) menores de cinco años de edad, lo que le da un carácter más global. En el año 2005 se ampliaron las coberturas del SUMI para incluir a mujeres no embarazadas entre cinco y 60 años de edad y a mujeres de edad fértil para que puedan tener una maternidad segura. El SUMI se financia mediante tres fuentes: 1) El TGN financia los recursos humanos; 2) el 10 por ciento de la Coparticipación Tributaria Municipal de la recaudación de impuestos nacionales; y 3) el 10 por ciento del Fondo Solidario Nacional (FSN) con recursos del HIPC II (que se transfieren cuando los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal son insuficientes).

El programa Desnutrición Cero se lanzó el año 2006 como un programa multisectorial y coordinado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). En el año 2007 se consolidó la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) con los componentes AIEPI-Nut Clínico y Comunitario para contribuir con la erradicación de la desnutrición de la niñez.

El SSPAM se creó en el 2006 para personas mayores de 60 años, como un seguro de carácter integral y gratuito. Este seguro también se financia mediante tres *Fuentes*: 1) el

Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), 2) ingresos propios; y 3) la asignación del TGN. La transferencia se hace mediante el pago de una prima de US\$56 por afiliado a las municipalidades para los gastos operativos y de ejecución del seguro.

El Bono Juana Azurduy se estableció en el 2009 en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de la extrema pobreza. Su objetivo es incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de dos años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de dos años.² Este se financia con recursos provenientes de: 1) el TGN; 2) donaciones y créditos externos e internos; y 3) transferencias de entidades e instituciones públicas y privadas.

Como se puede ver, existen una serie de programas y seguros claramente enfocados a mejorar la salud materno-infantil en Bolivia. Sin embargo, como se pudo apreciar en el diagnóstico de la situación de salud en Bolivia, los resultados en el estado de salud de dicha población no han sido claros. Aunque ha habido mejoras en indicadores globales de salud infantil, aún no se ven resultados promisorios en la salud materna.

2.4. Sistema Nacional de Salud (SNS)

El Sistema Nacional de Salud (SNS) está organizado en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas. La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria en salud con los mecanismos de referencia y contra-referencia con el segundo y tercer nivel de atención. Siguiendo el principio de interculturalidad, el modelo de atención Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional. La red de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutive, entendiendo como ésta como la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

La red de atención de salud de Bolivia se conforma con más de 1,500 puestos de salud 1,441 centros de salud, 213 hospitales básicos y 35 hospitales generales y 26 institutos especializados. El número de puestos y centros de salud ha crecido en cerca de un 60 por ciento en poco más de 10 años y partir de 2005 los hospitales básicos también han crecido aunque en

² No podrán acceder al bono: 1) mujeres gestantes y niños y niñas menores de 2 años que no sean beneficiarios de la seguridad social de corto plazo; y 2) mujeres gestantes cuyo último niño nacido vivo tengan menos de dos años de edad en el momento de su inscripción.

menor medida. Los hospitales se encuentran en mayor concentración en las ciudades más grandes y no hay una correlación con el nivel de pobreza de los departamentos en términos de número de hospitales.

Las camas de hospitales básicos y centros de salud son las que más han crecido y las de institutos especializados se mantienen constantes. Cuando se analiza el número de camas por habitante, se observa que las grandes ciudades tienen relativamente menos camas por habitante que otras zonas, y que hay una mejor correlación con pobreza en algunos casos que en el caso de número de camas. Sin embargo, en general, las camas por habitante han caído en los últimos 10 años.

En el contexto internacional, Bolivia no destaca por tener pocas camas por habitante. Después del grupo Argentina, Brasil y Chile (con dos a 2,4 camas por habitante), Bolivia destaca por tener un indicador de 1,5 camas por habitante, similar a Perú y Ecuador y mejor que los países centroamericanos y mejor que Venezuela y Paraguay en Sudamérica. Sin embargo, en cuanto a médicos, Bolivia sí destaca por su escasez, con 1.970 personas por médico en el 2008 lidera la estadística después de Guatemala. Argentina, Brasil y Ecuador lideran el ranking en este caso y acompañan cercanamente a Bolivia, El Salvador, Nicaragua y Paraguay.

Los recursos humanos en salud del subsector público son financiados por las SEDES, mientras que los recursos humanos administrativos, personal adicional en salud (médicos, enfermeras y paramédicos), y de apoyo deben ser contratados por los municipios con cargo a sus propios recursos. Este esquema de administración y financiamiento del subsector público genera importantes obstáculos para la gestión eficiente y efectiva de las redes de salud, ya que las decisiones de contratación de personal están a cargo de la SEDES, mientras que la gestión de los establecimientos se radica en el nivel municipal. Esto implica la necesidad una gran coordinación entre dos niveles de poder.

2.5. Financiamiento y gasto en salud

Las principales fuentes de financiamiento del sector salud de Bolivia son: el gobierno, las empresas e instituciones; los hogares; y las fuentes externas. La fuente más importante son las empresas o instituciones que contribuyen a la seguridad social de corto plazo y en algunos casos también a seguros privados. Le siguen los hogares y luego el gobierno. El financiamiento en términos absolutos se ha casi doblado entre 1995 y 2002 pasando de Bs. 331.607 (US\$293.459) a

Bs. 518.440 (US\$541.547) en este período. Las empresas o instituciones aumentaron su financiamiento en 81 por ciento y los hogares en un 72 por ciento.

Por otro lado, Bolivia ha ido aumentando el gasto total en salud como porcentaje del PIB y en comparación con otros países de la región, este crecimiento ha sido mayor. En el 2006 Bolivia asignaba 6,6 por ciento del PIB al sector salud. Sin embargo, el gasto total en salud per cápita en dólares americanos (al tipo de cambio promedio de cada año) de Bolivia es sólo US\$79 per cápita, lo que es bastante bajo.

Según las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2006, el gasto público en salud representaba el 62,8 por ciento del gasto total en salud. Esto es similar al caso de Perú cuyo sector público gastaba 57,1 por ciento del gasto total, mientras que el sector público de Colombia gastaba 85,4 por ciento. Bolivia asignó en promedio el 10,8 por ciento del gasto público total al sector salud durante el período 1995 y 2006 con una clara tendencia al alza.

Por otro lado, el sector privado financió en promedio el 37,8 por ciento del gasto total en salud durante el período 1995-2006. A partir del año 1999 la participación del sector privado muestra una tendencia a la baja. El gasto de bolsillo en salud, considerado el gasto más regresivo e inequitativo en el sector salud, es de gran importancia en Bolivia, al igual que en otros países de la región como Paraguay, Ecuador y Perú. Este gasto corresponde a los pagos directos realizados por los hogares en atención de salud y medicamentos. En Bolivia este gasto representa el 81,0 por ciento del gasto privado en salud. Durante el mismo período señalado, en promedio el gasto en bolsillo financió el 30,4 por ciento del gasto total en salud.

Según las Encuestas de Hogares (EHs) el gasto de bolsillo per cápita (en bolivianos) aumentó en 12,1 por ciento entre el 2006 y 2007. El gasto en salud del hogar también aumentó en 11,7 por ciento en términos reales. Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud no parece representar un porcentaje alto del presupuesto del hogar medido por diferentes indicadores, ya que no supera el dos por ciento del presupuesto del hogar (medido en términos del gasto total del hogar y del ingreso total del hogar).

El gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total del hogar aumenta con los ingresos. El menor gasto de los quintiles más pobres no necesariamente significa que éste sea progresivo, ya que se puede deber un a menor utilización entre los más pobres de los servicios de salud. Es decir, gastan menos porque usan menos servicios de salud.

2.6. Acceso y equidad

El acceso a aseguramiento aumentó entre el 2006 y 2007. En el año 2006, 81,8 por ciento de la población no tenía seguro, mientras que en el 2007 disminuyó a 69,4 por ciento. El aseguramiento privado cayó ligeramente entre estos dos años pero se mantiene en niveles muy bajos entre dos a tres por ciento. En el 2007 las cajas de salud cubrían a 16,2 por ciento de la población con una relación positiva con el ingreso. Además, cajas de salud ofrecen la más amplia cobertura, tanto en términos de gama de servicios como en copagos. El SUMI, además de ser específica a unos grupos de edad y sexo, se limita por listados de prestaciones cubiertas aunque son totalmente financiadas, i.e., los beneficiarios no incurren en otros costos que no sean aquellos de viaje y tiempo de traslado. La población que no tiene acceso a una cobertura en salud es, en general, la de los quintiles más pobres, los identificados como pobres extremos y moderados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y los que viven en áreas rurales.

Las EHs de 2006 y 2007 arrojan que un 18 por ciento de la población percibió haber estado enfermo o declaró haber tenido un accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuestas. Generalmente, es esperable que los quintiles más pobres tengan una incidencia más alta, debido a la correlación que existe entre pobreza y mala salud, pero esto no se observa en el caso boliviano. Sin embargo, si hay una clara relación, en ambos años, en el acceso a servicios. En el 2006, el acceso entre los que declararon un problema aumenta de 27,8 por ciento en quintil más pobre a 75,0 por ciento en el quintil más rico. Es decir, es 2,64 veces más probable que el quintil más rico reciba atención que el quintil más pobre. Sin embargo, no se puede determinar si esto se debe a una demanda no atendida o a que los quintiles más pobres no buscaron atención. En el 2007 se redujo esta brecha debido a una clara mejora en el acceso de los más pobres. Como se esperaría, las tasas de incidencia de un problema de salud son más altas entre los pobres y en las zonas rurales, de igual manera, la utilización entre los que tuvieron un problema de salud es más alta para los no pobres y en las zonas urbanas. Sin embargo, el año 2007 muestra una disminución en esta brecha.

En el año 2006, las personas con un seguro privado, declararon una mejor percepción de su estado de salud, y el más alto acceso. Entre los que declararon tener un seguro público, 19,5 por ciento declaró haber tenido un problema de salud en las últimas cuatro semanas, y 72,8 por ciento de ellos recibió atención. No sorprende que sólo la mitad de los que no tienen ninguna cobertura y que tuvieron un problema, recibieran atención de salud.

En el año 2007, se observa una alta incidencia de problemas de salud entre personas con SSPAM, aunque no debiera de sorprender debido a que es un seguro para personas mayores de 60 años que tienen un más alto riesgo de enfermar. El seguro privado mantiene su condición de mayor acceso llegando a un 93,5 por ciento de los que tuvieron un problema de salud. Nuevamente el menor acceso se presenta entre las personas que no tienen un seguro de salud.

2.7. Sistemas de información

Cualquier análisis del sector salud en Bolivia debe reconocer la falta de información al respecto, en particular la información sistemática de morbilidad y mortalidad. Los sistemas de información en salud disponibles en Bolivia provienen básicamente de 3 *Fuentes*: i) sistema de vigilancia epidemiológica, ii) encuestas de salud y de hogares (aunque esta última no es exclusiva de este sector), e iii) registros, entre los cuales se cuentan los de morbi-mortalidad y los asociados a la gestión en particular a la gestión financiera.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica y registros de morbi-mortalidad Bolivia cuenta desde hacen más de diez años con el SNIS-VE, que proporciona información sobre los servicios de salud y sobre morbilidad que está bajo acción programática, así como de indicadores de vigilancia epidemiológica. No obstante, no es todavía un sistema de información integral de la situación epidemiológica del país.

En cuanto a las encuestas, las ENDSAs se han realizado cada 4 años desde 1989 y constituyen una fuente de información muy importante. Considera los siguientes módulos: demográfico, de salud materno-infantil, nutrición materno-infantil, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, violencia sobre la mujer y niños, a nivel departamental, regional y nacional. Sin embargo, un problema de las ENDSAs es el efecto de la estacionalidad en algunos datos de morbilidad ya que han sido levantadas en distintos períodos del año en cada ocasión y a pesar de los períodos de recordación. Teniendo esto en cuenta, estos datos permiten comparar la información sociodemográfica, las tendencias y los cambios registrados en materia de salud materna e infantil y en la fecundidad durante los últimos 20 años, sobre la base de los datos de las ENDSAS anteriores y de otros estudios.

Las EHs, desde el punto de vista del sector salud, son coherentes con la necesidad de establecer el nivel y la distribución del acceso a la salud en la población y los factores que más influyen en ello, como son los determinantes de salud.

El desarrollo de registros persigue la captación, sistematización, consolidación y difusión de los datos y la información relacionados con la producción de servicios para facilitar la toma de decisiones gerenciales y de vigilancia epidemiológica, en todos los niveles de atención y administrativos del SNS. La actividad de salud en Bolivia se registra en distintos formatos, de acuerdo a niveles de atención. La información financiera como costos y gastos se maneja con sistemas implementados también en otros países de contabilidad de costos como el Winsig en algunos hospitales. Así como aquellos específicos de seguimiento financiero de los seguros o programas como el SUMI.

En suma en Bolivia se genera información relevante en todos los niveles de salud, que en términos generales, aún no logran transformarse en un sistema integrado de información en salud. La información que se genera es de tipo estándar a nivel internacional y cuenta con orientaciones de desarrollo pertinentes, también ha contado con apoyos bastante sólidos en su desarrollo (BID, OPS, USAID). Dado lo anterior, parece posible que se pueda alcanzar un nivel de integración y sistematización importante en un plazo prudente.

Cabe señalar que aunque Bolivia cuenta con las ENDSAs que se usan para calcular las tasas de mortalidad, la construcción de indicadores de mortalidad no debiera reemplazar a aquellos esfuerzos por construir indicadores a partir de registros de rutina y estandarizados, tal como recomiendan los organismos internacionales. Por otra parte, el hecho de tener esta encuesta no debiera inhibir en ningún caso la implementación definitiva del sistema de registros del sistema de información de salud.

3. Objetivos del gobierno y reformas recientes

La estabilidad política de los últimos años ha posibilitado un período de mejoramiento de sus principales indicadores económicos, que ha permitido profundizar la política social y en ese contexto, la de salud. Las reformas económicas emprendidas a partir de los noventa, sin embargo, no han llegado a los sectores históricamente más desplazados como el sector rural.

Las políticas públicas en Bolivia están fuertemente enfocadas a las políticas sociales, en particular en el sector salud, hacia las políticas dirigidas a hogares y comunidad y de fortalecimiento comprensivo de la atención primaria de salud, la prevención y la promoción de salud. En el año 2006 el MSD presentó un marco general de rediseños de las políticas de salud, que revelaba una fuerte voluntad política. El objetivo general de la reforma es mejorar el estado

de salud de los bolivianos y cumplir con los ODMs. El estado reconoce las diferencias en las preferencias culturales y crea el modelo SAFCI. El modelo SAFCI se estableció en el 2008 como un modelo de atención y un modelo de gestión participativa y control social en salud, con un enfoque que incorpora las diferencias culturales de la población en múltiples aspectos. Uno de ellos, es generar una relación más “horizontal” entre culturas, por ejemplo, reconociendo la importancia de los médicos tradicionales. Se basa en cuatro principios: 1) Participación social; 2) Interculturalidad; 3) Integralidad; y 3) Intersectorialidad.

El Plan Nacional de Desarrollo (PND) 2006-2010 presentado el 2007 contiene las bases para que todos los sectores alineen sus políticas y planificación para lograr un modelo común social, económico y estatal en base a cuatro grandes estrategias: Bolivia Digna; Bolivia Soberana; Bolivia Productiva; y Bolivia Democrática. El sector salud se desenvuelve principalmente en la estrategia de Bolivia Digna o la estrategia socio-comunitaria donde se prioriza la promoción de la salud y el acceso a la salud. El MSD desarrolló el Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2006-2010 que plantea la visión y objetivos para el sector. Por ejemplo, se plantea que el MSD debe lograr establecer el Sistema Único de Salud (SUS) con acceso universal bajo el modelo SAFCI. Lamentablemente, no se hizo un seguimiento de lo planteado en el PSD y no existen evaluaciones de sus avances. Se critica que un problema del PSD fue su poca difusión en el sector.

Luego, en base al PND 2010-2020, se preparó el nuevo PSD 2010-2020 para el sector salud que fue presentado en Diciembre de 2009. Destaca que en este PSD sí se incluyó indicadores para la supervisión de los avances, la situación actual, la meta y el método de verificación (la fuente de información para los indicadores). El PSD incorporó tres ejes para su desarrollo en base a los cuales se coordinan las estrategias: 1) acceso universal al sistema de salud; 2) promoción de la salud; y 3) soberanía y rectoría sobre el sistema de salud.

Por otro lado, actualmente se está discutiendo la propuesta para el Sistema Único de Salud (SUS) cuyo punto central de la propuesta es la creación de un Fondo Único de Salud (FUS). Los recursos públicos serían reasignados al FUS al igual que los recursos de la seguridad social de largo plazo lo que estaría juntando el riesgo país en un solo fondo. Sin embargo, la propuesta contempla que los aportes patronales para la seguridad social de corto plazo (cajas de salud), se reasignen a su población beneficiaria, impidiendo que se generen subsidios cruzados con las otras poblaciones.

La propuesta también contempla que la asignación de recursos a departamentos y municipios se realice mediante tres criterios:

- Número de habitantes del municipio y departamento de acuerdo a las proyecciones del Censo (el último Censo se realizó en el año 2001);
- Número de afiliados registrados en el Sistema de Afiliación; y
- Producción de servicios y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios.

Otro componente de la propuesta es que los seguros públicos existentes (SUMI y SSPAM) dejarían de existir a favor de un Seguro Universal de Salud. Esto es particularmente ambicioso considerando que no existen señales claras que esta medida sea sostenible en el tiempo.

En resumen, la reforma en Bolivia se inició con la descentralización. La descentralización es deseable en la medida que permite a las regiones, que se espera que tengan una mejor visión de su situación, pueden efectivamente responder en forma más rápida y directa a sus necesidades. Sin embargo, la descentralización que ha tenido Bolivia, ha generado desarticulación en el sector. Por ejemplo, mantener el financiamiento de los recursos humanos a nivel central, no le permite a los que administran los establecimientos de salud, de ajustar sus necesidades de médicos y enfermeras sin pasar por un proceso administrativo centralizado.

Por otro lado, llama la atención el poco seguimiento y evaluación que se ha realizado de los avances e implicancias de la reforma, y es un punto muy positivo que en el PSD 2010-2020 se hayan incluido metas e indicadores claros para medir el avance y las mejoras. Lamentablemente no se cuenta con un análisis profundo de las lecciones aprendidas del PSD 2006-2010. La revisión de las experiencias pueden diferir mucho entre departamentos y se estaría perdiendo la oportunidad de que otros mejoren su gestión vía estas lecciones aprendidas.

Una posible razón de la falta de seguimiento y análisis de la reforma podría ser la falta de información. El SNIS-VE tiene mucha información, pero su credibilidad se debilita al no haber ningún sistema de verificación y control. Esto lleva a que cualquier análisis se base en otras fuentes de información como las ENDSAs.

El modelo SAFCI es interesante en la medida que se pueda implementar. Aunque es explícito respecto a la incorporación de costumbres y culturas diferentes, no lo es en su estrategia de incorporación. La medicina tradicional sobresale como uno de los principales retos del modelo SAFCI. No existe aún una estrategia clara para crear el registro de los médicos

tradicionales, de tal manera que la población pueda estar informada al respecto. Tampoco es claro si es necesario. Sí es un paso importante que se los haya incluido ya que representan la costumbre de una parte importante del país. Una experiencia interesante, que se observó en una visita de campo, fue la alianza estratégica entre un centro de salud y las parteras tradicionales. El establecimiento construyó una sala de parto bajo las especificaciones de las parteras para que ellas luego lleven a sus pacientes al establecimiento para que tengan su parto. Aunque el parto sigue siendo supervisado por las parteras tradicionales, no deja duda que estar en el establecimiento de salud con un médico cerca es un beneficio.

Finalmente, la discusión ahora se centra en la implementación de un SUS. La visión del SUS, es deseable, pero para el largo plazo. No se han planteado etapas para llegar a ese sistema con acceso universal y cobertura universal. Un camino deseable para llegar a la universalidad podría ser la expansión gradual de programas como el SUMI y el SSPAM.

4. Rol de la cooperación externa

Bolivia es el país más pobre de América Latina y destaca por la presencia rural e indígena en su población. En coincidencia con los objetivos del gobierno, las políticas de salud deberían tender a reducir de las inequidades en materia de salud, incluidas aquellas vinculadas a la pobreza, la marginación, la ruralidad, la etnia, el género y la edad. Se debiera avanzar en materia de protección social en salud extendiendo la cobertura de las intervenciones más críticas como los seguros y programas. También es necesario fortalecer la orientación de los servicios de atención de la salud, seguros y programas en implementación, sobre la base de la nueva estrategia de atención primaria que promueve el gobierno a través del modelo SAFCI, que promueva la participación activa e intercultural de todos usuarios del sistema, y avance apoyándose en la formulación y puesta en práctica de políticas y medidas intersectoriales.

Así una política de apoyo integral en salud en Bolivia, debiera basarse en criterios básicos como: (i) promoción de la salud; (ii) participación social en salud; (iii) intersectorialidad de las políticas. Para poder garantizar: (i) acceso y equidad en el acceso a la salud; (ii) mejoramiento de los niveles de salud de la población, en particular en aquellos grupos históricamente retrasados; y (iii) contribución al desarrollo económico social de Bolivia. A la vez, las estrategias que se planten deben contar con el apoyo de todos los actores involucrados y por la parte gubernamental, poseer un carácter multisectorial, considerando en este sentido la

relación priorización-focalización-universalidad en la planificación de las políticas y la coordinación intersectorial del gobierno para que las estrategias se desarrollen más eficientemente.

Las modalidades concretas de intervención deberían escogerse tras una mayor evaluación y sistematización de experiencias de políticas, seguros y programas de salud en Bolivia, que en esta revisión se ha visto que son casi inexistentes. No obstante, a la vista de los hallazgos de este mismo trabajo, parece conveniente señalar que al menos deben ser intervenciones que fortalezcan el empoderamiento tanto de las comunidades como de los gobiernos regionales, locales y de las redes de provisión de salud, esto es intervenciones que fortalezcan la descentralización, y que cada una de las intervenciones a ser financiadas aseguren la entrega de servicios integrales y multisectoriales. Además se deben considerar modalidades de implementación descentralizadas de las iniciativas, las cuales deberán ser monitoreadas adecuadamente y contener formatos de evaluación predefinidos, de manera de contar con sistematizaciones más ágiles de las experiencias. Este conjunto mínimo de requisitos podrían permitir avanzar en las mejores prácticas, para alcanzar esquemas eficientes y sostenibles en el tiempo de desarrollo de las intervenciones. Los seguros y programas actuales, dada su focalización y cobertura, serían sin duda parte de este esfuerzo, aprovechándose todas las experiencias ya desarrolladas.

Por último, si el gobierno se encuentra en un empeño importante por fortalecer el sistema público de salud en pos de la universalidad y la equidad a través del SAFCI, habría que promover la combinación de programas, intervenciones y seguros con esta política fortalecimiento en un esfuerzo de equilibrio entre focalización-universalidad de las políticas. En el contexto de los párrafos anteriores, se podrían apoyar esfuerzos en el ámbito de diseño e implementación de reformas macro en salud, como aquellas que intenten disminuir directamente la segmentación y fragmentación del sistema de atención de salud del país.

5. Principales riesgos sectoriales

Las reformas en salud que se han diseñado como el modelo SAFCI, la creación del SUMI, del SSPAM, además de las transferencias condicionadas del Bono Juana Azurduy, es un claro reflejo del compromiso político de mejorar la situación de salud del país y en particular de las mujeres y niños más pobres. Sin embargo, existen importantes problemas en la implementación que

impiden que estos esfuerzos se vean reflejados en resultados concretos. Por ejemplo, la ejecución y pago del Bono Juana Azurduy a través de la red militar ha generado mucho descontento en la población beneficiaria. El que se generen atrasos y descoordinaciones en los pagos, o fallas administrativas en general, pueden estar generando un impacto negativo del programa. Por otro lado, la implementación del modelo de atención SAFCI no ha sido muy clara. Entre las medidas más complicadas que quiere lograr la reforma es la incorporación de los “médicos tradicionales” al modelo de atención. Sin embargo, debido a su naturaleza, no es claro cómo obtener un registro o acreditación de médicos tradicionales. En una visita de campo, un hospital básico había incorporado el modelo SAFCI coordinando con parteras locales para instalar en el recinto una sala de partos SAFCI de acuerdo a los requerimientos de las parteras. Con esta coordinación se ha logrado llevar el parto al recinto médico.

Además, la actual administración sigue impulsando nuevas medidas de reforma entre las que destaca el anteproyecto de Ley del SUS presentado en el congreso que se basa en el modelo de atención SAFCI (que enfatiza la promoción y prevención a través de la educación y capacitación con corresponsabilidad) y de gestión SAFCI (con participación y control social a través de los comités locales de salud). Se plantea unificar el sistema a través de la creación del FUS que recaudaría los recursos para la salud –excluyendo al sector privado. Sin embargo, aunque los recursos recaudados actualmente por las cajas de salud serían canalizados al FUS, estos mismos recursos se reasignan a los beneficiarios de las cajas. Esta medida podría recibir resistencia de parte de las cajas y sus directorios.

De esta forma a pesar de los nuevos programas o seguros públicos desarrollados desde fines de los 80s y en un reimpulso en la última década, los indicadores de salud de la población son deficientes, aunque han mejorado pero no al ritmo requerido, particularmente en el área materno-infantil. El modelo SAFCI está correctamente dirigida a cubrir las necesidades de la primera línea de atención. No obstante, la segmentación del sistema, la poca integración de las redes, y la escasez de los recursos, en particular, los recursos humanos médicos, dificultan el logro de los objetivos. Cabría esperar que se fomente la integración sanitaria a nivel de redes y la unificación de los fondos de riesgos nacionales para dirigir mejor el financiamiento, además de enfocar fuertemente la política de promoción y prevención en los determinantes socioeconómicos de la salud en una estrategia integrada con otros sectores del estado.

De la revisión del sector salud destacan los siguientes grandes problemas:

- 1) La alta tasa de mortalidad materna e infantil; y
- 2) La falta de acceso de los sectores pobres, rurales y población indígena
- 3) El sistema de información insuficiente;
- 4) Problemas de implementación de las reformas;

En el proceso de recolección de información para realizar este informe se presentaron varios problemas. El SNIS-VE es el sistema nacional de información, y aunque es obligatorio, no hay ningún control al respecto. El subsector público reporta cercano al 100 por ciento, sin embargo, el SNIS es un simple receptor de la información y no tiene ninguna actividad de control, verificación o auditoría, debido a su bajo presupuesto. Así, la información deja de ser un insumo útil en la toma de decisiones, tanto a nivel nacional como a nivel local.

En las reuniones con actores clave del sector, se notó el discurso reiterante del modelo SAFCI. Dicho modelo es innovador al incorporar la realidad de las zonas rurales y diferencias étnicas al modelo de atención. Sin embargo, no hay una visión clara de su implementación. Es decir, todos conocen la intención del modelo, pero al ser consultado sobre las medidas concretas, fue poco que se pudo plantear como avances. Entre los avances concretos está la incorporación de la especialidad SAFCI como una especialidad alternativa para los médicos. Sin embargo, la residencia SAFCI no trae nada nuevo a parte de que sea realizada en zonas rurales.

La mejora de la salud materno-infantil parte de una evaluación de los programas dirigidos a este grupo como lo son el SUMI y el Bono Juana Azurduy. Esto, en conjunto con la mejora en la información, permitirá potenciar el seguro y el bono de tal manera de mejorar el acceso y así el estado de salud de las mujeres y niños. Por ejemplo, no queda claro por qué no se han visto los resultados esperados del SUMI.

Finalmente, y en general, es importante mejorar el acceso de los más desprotegidos como lo son los sectores pobres, las áreas rurales, y la población indígena a través de inversiones concretas en atracción de médicos que incorporen la diversidad cultural de la salud y en la infraestructura necesaria.

1. Introducción

Bolivia tiene grandes retos en el sector salud y el gobierno ha demostrado su interés y compromiso en superar estos retos en base a reformas y políticas. Aunque los problemas son en muchos casos similares a los de otros países de la región –acceso, equidad, etc.– la reforma tiene características innovadoras como la creación de un sistema único que considera la interculturalidad.

El presente informe entrega una descripción y análisis integral del sector de la salud en Bolivia. A continuación se presentan los antecedentes y objetivos del informe y en la última sección de este capítulo su estructura.

1.1 Antecedentes

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) ha encargado este estudio con el objeto de desarrollar una descripción y análisis del sistema de salud boliviano que sirva de apoyo para tener una visión global del sistema de salud e identificar prioridades en el sector y con ello definir su política de desarrollo en este país. Estos antecedentes se sumarán al conjunto de criterios que el BID evaluará para definir futuras operaciones de préstamo, intervenciones y/o asistencia técnica relevantes para las necesidades de Bolivia.

Por ello a la consultora se le ha solicitado desarrollar un análisis que permita situar a Bolivia en el contexto de la región, en cuanto a situación de salud y sus determinantes principales, describir la situación de la salud en Bolivia en base a los indicadores principales y comúnmente aceptados a nivel internacional, describir la situación del acceso a los servicios de salud en Bolivia por parte de la población en general y de sus distintos subgrupos y analizar los principales programas y políticas de reforma de los últimos años, en particular los seguros impulsados asociados a la salud materno-infantil.

1.2 Objetivos del informe

1.2.1 Objetivo general

El objetivo principal de este estudio es desarrollar una descripción y análisis del sistema de salud boliviano e identificar áreas que podrían requerir de más apoyo en el sector.

1.2.2 Objetivos específicos

Los objetivos específicos del presente informe son:

- Situar a Bolivia en el contexto de la región, en cuanto a situación de salud y sus determinantes principales;
- Describir y analizar la situación de la salud en Bolivia en base a los indicadores principales y comúnmente aceptados a nivel internacional;
- Describir y analizar la reforma en salud y los principales programas y políticas de reforma de los últimos años, en particular aquellos asociados a la salud materno-infantil;
- Describir y analizar la organización del sistema de salud identificando debilidades y fortalezas;
- Describir y analizar el financiamiento del sector salud considerando la protección financiera;
- Describir y analizar la situación del acceso a los servicios de salud en Bolivia por parte de la población en general y de sus distintos subgrupos.
- Resumir los principales problemas del sector salud e identificar áreas de necesidad de apoyo.

1.3 Estructura del informe

El capítulo 2 del informe se ocupa de señalar los antecedentes generales de Bolivia, esto es, sus datos sociodemográficos, su contexto económico y el problema de la pobreza y distribución del ingreso. En el capítulo 3, el informe se ocupa de la situación de salud, empezando con la revisión de los avances para lograr los Objetivos de Desarrollos del Milenio (ODMs), que tienen acento especial en la salud materno-infantil, y que además presenta indicadores históricamente retrasados respecto de los demás países de la región y del mundo, seguido por las estadísticas de la morbilidad y la mortalidad de Bolivia considerando el concierto de países de América Latina y las desigualdades al respecto. El capítulo 4 presenta una descripción y análisis de la organización del sector salud de Bolivia, incluyendo el marco legal, modelo de atención, programas de salud pública y seguros públicos impulsados para mejorar el acceso y la equidad en el acceso. El capítulo 5 describe las principales reformas del sector, su visión de largo plazo, y las siguientes etapas planificadas para la reforma. El capítulo 6 describe las principales políticas públicas en

salud, incluyendo programas y seguros a nivel nacional. El capítulo 7 se ocupa del análisis del financiamiento del sector con información de ingresos y gastos y su implicancia para el sector. El capítulo 8 presenta datos y análisis de acceso y provisión de servicios de salud en Bolivia. Finalmente, el capítulo 9 resume las principales conclusiones del análisis del sector.

2. Antecedentes generales de Bolivia

El Estado Plurinacional de Bolivia es un país con estado unitario y gobierno democrático, con una población estimada de 9,8 millones de habitantes, con un territorio de cerca de 1,1 millones de km² que limita con varios de los países de América del Sur como Brasil, Paraguay, Argentina, Chile y Perú (Figura 1). La población es mayoritariamente urbana, pero con un porcentaje de población rural más alto que el promedio de la región de América Latina y mayoritariamente indígena.

Bolivia es uno de los países menos desarrollados de América Latina y aproximadamente dos tercios de su población rural es considerada pobre. Principalmente debido a los altos niveles de pobreza y desigualdad que ha habido históricamente en Bolivia, como se verá más adelante, las estadísticas de salud de la población son significativamente inferiores a las de los países de la región.

2.1 Situación sociodemográfica y geografía

La población estimada de Bolivia en el año 2010 fue de 10.426.154 habitantes³ con una superficie territorial mediterránea de 1.098.581 Km², limitando con cinco países sudamericanos. El 45 por ciento de la población vive en ciudades ubicadas en la meseta altiplánica de la

Figura 1: Mapa político de Bolivia



Fuente: Naciones Unidas, Sección de Cartografía (<http://www.un.org/Depts/Cartographic/english/htmain.htm>)

³ Proyección censal del INE para 2010 (en base al Censo 2001) (<http://www.ine.gov.bo/indice/visualizador.aspx?ah=PC20410.HTM>)

cordillera de Los Andes que representan el 25 por ciento del territorio, otro 26 por ciento de la población vive en los valles que conforman el 15 por ciento del territorio de Bolivia y el 29 por ciento de la población habita los llanos interandinos que geográficamente representan la mayor parte del territorio de la nación con un 60 por ciento.⁴

La población crece a una tasa anual estimada de 2,06 por ciento, 1,90 por ciento y 1,77 por ciento en 2000, 2005 y 2008 respectivamente (Tabla 1). Este crecimiento poblacional se concentra en las zonas urbanas donde vive la mayoría de la población, esto es, el 62,4 por ciento.⁵

Tabla 1: Indicadores sociodemográficos, 1970-2008

Indicador	1970	1980	1990	2000	2005	2008
Población total (en miles)	4.212	5.356	6.671	8.317	9.182	9.694
Población, mujeres (% del total)	50,67	50,69	50,46	50,24	50,18	50,14
Población de 0-14 años (% de total)	42,95	42,54	40,92	39,59	38,09	36,73
Población de 65 años o más (% del total)	3,43	3,56	3,78	4,31	4,53	4,66
Población de 80 años o más (% del total)				0,9	0,5	0,6
Crecimiento poblacional (tasa de crecimiento anual promedio)	2,39	2,27	2,28	2,06	1,90	1,77
Tasa de fertilidad, total (nacimientos por mujer)	6,58	5,52	4,91	4,14	3,73	3,46
Tasa de natalidad, cruda (por 1.000 personas)	45,57	39,51	36,43	31,40	28,81	27,10
Tasa de mortalidad, cruda (por 1.000 personas)	19,76	14,60	10,58	8,55	7,87	7,54
Razón de dependencia (% de población económicamente activa)	86,49	85,51	80,83	78,26	74,30	70,64

Nota: *INE: para 2000 es el dato Censo 2001.

Fuente: Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial.

Un dato característico de la población boliviana es su composición originaria de un 50 por ciento, que en el área rural alcanza un 68,3 por ciento.⁶ Existen aproximadamente 36 grupos indígenas en el país. Los más importantes son la comunidad Quechua (con más de 2,5 millones de personas) y luego la comunidad Aymara (con más de 2 millones de personas) sumando, ambas, cerca del 47 por ciento de la población. Otros grupos étnicos menores son la comunidad Chiquitana y la comunidad Guaraní.

Dado lo anterior, menos de la mitad de la población boliviana declara que su lengua materna es el español (46,6 por ciento)⁷ y un 61,2 por ciento habla castellano como lengua

⁴ OPS, 2007a.

⁵ OPS, 2007b. No obstante la cifra parece ser el promedio 2000-2005.

⁶ INE, Encuesta de Hogares, 2007.

⁷ INE, Encuesta de Hogares, 2007.

aprendida de niño (Tabla 2A). No obstante, la gran mayoría de la población, equivalente al 81,6 por ciento, habla español finalmente (Tabla 2B).⁸

Tabla 2: Distribución de la población por idioma

A: Lenguaje aprendido cuando niño por sexo y área geográfica (% por área y total)				
Lengua materna	Sexo	Urbano	Rural	Total
Quechua	Hombre	3,8	18,7	9,5
	Mujer	4,6	19,8	10,4
	Subtotal	8,4	38,5	19,9
Aymara	Hombre	4,1	7,9	5,5
	Mujer	4,4	8,2	5,9
	Subtotal	8,5	16,0	11,4
Español	Hombre	38,1	18,3	30,5
	Mujer	39,0	17,2	30,7
	Subtotal	77,1	35,6	61,2
Guaraní	Hombre	0,1	0,6	0,3
	Mujer	0,1	0,6	0,3
	Subtotal	0,1	1,2	0,5
Otra lengua originaria	Hombre	0,0	0,3	0,1
	Mujer	0,0	0,3	0,1
	Subtotal	0,1	0,5	0,3
Lengua extranjera	Hombre	0,2	0,5	0,3
	Mujer	0,1	0,7	0,3
	Subtotal	0,3	1,2	0,6
No habla	Hombre	0,2	0,2	0,2
	Mujer	0,2	0,2	0,2
	Subtotal	0,3	0,4	0,4
No habla todavía	Hombre	2,6	3,4	2,9
	Mujer	2,6	3,2	2,8
	Subtotal	5,2	6,6	5,7
Total		100,0	100,0	100,0

B: Personas que hablan español por sexo y área geográfica (% por área y total)			
Sexo	Urbano	Rural	Total
Hombre	93,8	79,3	88,2
Mujer	93,1	68,9	84,0
Total	93,5	74,1	86,1

Fuente: Elaboración propia con base de datos ENDSA, 2003.

Las comparaciones internacionales que siguen, se realizan para situar a Bolivia en el concierto de la región de América Latina, escogiendo, para tales efectos, algunos países. Los países han sido escogidos de acuerdo a la clasificación de Mesa-Lago (2009), que los clasifica en tres grupos en cuanto al desarrollo de su seguridad social y su desarrollo económico y social. Por efectos de espacio y presentación, en este trabajo se han dejado algunos países fuera. La clasificación a la que nos referimos es la siguiente:

⁸ Elaboración propia con datos de la ENDSA 2003.

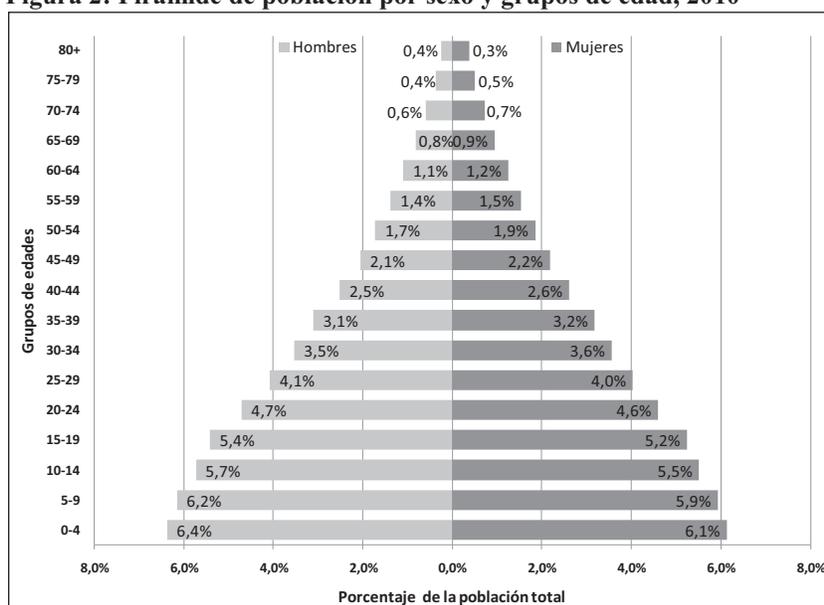
Grupo 1: Lo conforman los países de América Latina socialmente más desarrollados, que gozan de mayores coberturas en los sistemas de seguridad social (salud y pensiones), lo que es facilitado porque tienen un sector informal comparativamente más pequeño, así como una incidencia de la pobreza menor y una relación de dependencia más baja (transición demográfica avanzada). De este grupo se han escogido presentar en los cuadros a Chile, Brasil y Argentina, eventualmente Costa Rica y Cuba (los otros países del grupo son Uruguay y Panamá).

Grupo 2: Formado por los países de América Latina que presentan una posición intermedia, entre los grupos uno y tres, respecto de su desarrollo social, la cobertura de la seguridad social y los factores que la determinan, así como, la relación de dependencia. En este grupo se han escogido Colombia y Venezuela para este análisis (el otro país del grupo es México).

Grupo 3: A este grupo pertenece Bolivia y corresponde a los países de América Latina menos desarrollados socialmente, que tienen una cobertura menor en los sistemas de seguridad social, principalmente porque tienen un gran sector informal en la economía, una incidencia de la pobreza mayores junto con una relación de dependencia mayor que los otros grupos (transición demográfica moderada). Aquí se ha escogido presentar en los cuadros a casi todos los países por su mayor grado de comparabilidad con Bolivia, esto son: Ecuador, El Salvador, Guatemala, Perú, Nicaragua, Paraguay y Honduras (República Dominicana es el país que en este caso no se incluye en las tablas).

Como se ha señalado, en términos demográficos Bolivia, se caracteriza por un alto porcentaje de población joven y bajo porcentaje de población adulto mayor. Se trata de una población en transición demográfica plena (Figura 2).

Figura 2: Pirámide de población por sexo y grupos de edad, 2010



Fuente: Elaboración propia con datos del INE (proyecciones poblacionales en base al Censo 2001).

Así, en Bolivia, el 36,7 por ciento (Tabla 1) o 35,8 por ciento (Tabla 3)⁹ de la población pertenece al grupo de edad de menos de 14 años y sólo el 4,7 por ciento o 4,8 por ciento tienen más de 64 años de edad (Tabla 1 y Tabla 3). Con esta realidad, la razón de dependencia es significativamente más alta que los países de la región con un (73,7 por ciento o 70,6 por ciento, sólo superado por Guatemala y Honduras (Tabla 1 y Tabla 3, respectivamente) en el continente.

La esperanza de vida al nacer en Bolivia es de 65,6 años, la más baja de la región (Tabla 3) y difiere de manera importante por sexo (es 2,2 años mayor para hombres que para mujeres), por zona de residencia y origen étnico.

Aunque la tasa de analfabetismo en adultos ha tenido una drástica reducción desde los años setenta en adelante, sigue siendo alta en el contexto regional, con un 9,4 por ciento proyectado para 2010 (Tabla 3). Esta es una tasa alta para Sudamérica, no obstante, es menor que la de la mayoría de los países de Centroamérica y el Caribe, las excepciones son Cuba y Costa Rica (que no aparecen en la Tabla 3).

⁹ La Tabla 1 proviene fundamentalmente de datos del Banco Mundial y la **Error! Reference source not found.** de CEPAL. Se ha decidido mantener ambas cifras.

Tabla 3: Tasa de analfabetismo de la población de 15 años y más en América Latina y el Caribe, 1970-2010

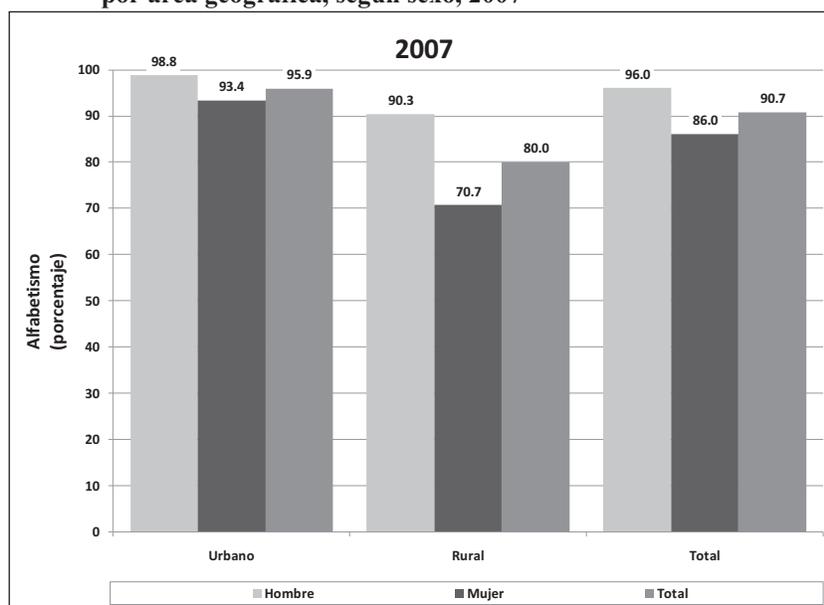
País	1970	1980	1990	1995	2000	2005	2010
Grupo 1							
Chile	12,4	8,6	6,0	5,1	4,2	3,5	2,9
Brasil	31,6	24,0	18,0	15,3	13,1	11,1	9,6
Argentina	7,0	5,6	4,3	3,7	3,2	2,8	2,4
Grupo 2							
Colombia	22,2	16,0	11,6	9,9	8,4	7,1	5,9
Venezuela	23,7	16,1	11,1	9,1	7,5	6,0	4,8
Grupo 3							
Ecuador	25,7	18,1	12,4	10,2	8,4	7,0	5,8
El Salvador	42,1	34,2	27,6	24,1	21,3	18,9	16,6
Guatemala	54,9	47,0	39,0	35,1	31,5	28,2	25,2
Perú	28,5	20,6	14,5	12,2	10,1	8,4	7,0
Bolivia	42,5	31,3	21,9	17,9	14,6	11,7	9,4
Nicaragua	45,5	41,2	37,3	35,4	33,5	31,9	30,3
Paraguay	20,2	14,1	9,7	8,1	6,7	5,6	4,7
Honduras	49,4	40,1	31,9	28,3	25,0	22,0	19,4
América Latina y el Caribe*	26,3	20,0	14,9	12,8	11,1	9,5	8,3

Nota: * Promedio incluye 41 economías: Anguila, Antigua y Barbuda, Antillas Neerlandesas, Argentina, Aruba, Bahamas, Barbados, Belice, Bermuda, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Islas Caimán, Islas Turcos y Caicos, Islas Vírgenes Británicas, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Montserrat, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Bolivariana de Venezuela, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, Santa Lucía, San Vicente y las Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago y Uruguay.

Fuente: CEPAL, Bases de datos CEPALSTAT (<http://websie.eclac.cl/sisgen/>).

Por otra parte, la Encuesta de Hogares del año 2007, muestra que el alfabetismo en Bolivia es significativamente mayor en el sector urbano que entre la población rural, a la vez que, es mayor en hombre que en mujeres. En efecto, la tasa de alfabetización urbana es de 94,04 por ciento mientras que en el sector rural es de 82,05 por ciento, con un promedio de 90,74 por ciento en el país. En las mujeres la tasa es de 85,99 por ciento y en los hombres de 96,04 por ciento mostrando una clara diferencia de género en este aspecto y la diferencia es menor en el sector urbano (96,18 por ciento versus 92,06 por ciento) que en el sector rural (89,42 por ciento versus 75,25 por ciento) (Figura 3).

Figura 3: Tasa de alfabetismo en la población de 15 años o más de edad, por área geográfica, según sexo, 2007



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2007.

De esta forma, se puede afirmar que en términos socio-demográficos Bolivia es un país de población joven, que puede disfrutar todavía ampliamente del bono demográfico, que no obstante posee altos índices de analfabetismo. Se caracteriza por su población originaria y por la alta participación rural así como por un territorio muy variado y con problemas de accesibilidad importantes.

2.2 Contexto económico

Los aspectos macroeconómicos de Bolivia han mejorado notoriamente en los últimos años, de esta forma el Producto Interno Bruto (PIB) ha crecido de manera importante de modo que el ingreso nacional bruto per cápita se ha visto aumentado superando la barrera de los US\$1.135, línea de elegibilidad para la Asociación Internacional del Fomento del Banco Mundial (IDA, por sus siglas en inglés), ya en 2007 (Figura Anexo C.1). El PIB en el año 2009 tuvo un crecimiento de 3,4 por ciento, uno de los más altos de la región.

La economía de Bolivia se basa principalmente en la exportación de sus recursos naturales, siendo históricamente uno de los principales países productores de estaño (Anexo B). En las cuentas externas, Bolivia muestra un saldo de balanza de pagos positivos y por sobre el 10 por ciento desde 2006, lo mismo que la situación fiscal. No obstante, la inflación aumentó entre el 2002 y el 2008 hasta llegar a una tasa de 14 por ciento, que luego se logró reducir a 3,35 por

ciento en el 2009 (Figura Anexo C.1). Las cifras oficiales recientes (CEPAL, 2010) muestran que la reducción de la inflación fue aún más drástica alcanzando el 0,26 por ciento en 2009.

Por otra parte, la deuda pública de Bolivia ha disminuido de manera relevante en los últimos años, a saber, desde el 73 por ciento del PIB en 2005 hasta el 38 por ciento del PIB en 2008, con cargo, principalmente, a disminución de deuda externa (Figura Anexo C.2). Como en casi todos los países de América Latina y en desarrollo, en Bolivia el sector servicios es el sector económico de mayor importancia (Tabla 4).

Tabla 4: Indicadores macroeconómicos de Bolivia, 1970-2008

Indicador	1970	1980	1990	2000	2005	2008
Producto Interno Bruto (millones de US\$ constantes 2000)	3,909	5,733	5,801	8,398	10,247	11,373
Producto Interno Bruto (millones de US\$ corrientes)	1,017	4,537	4,868	8,398	9,549	16,674
Producto Interno Bruto, PPP (millones de US\$ corrientes internacionales)	-	9,219	14,099	25,011	34,502	41,462
Producto Interno Bruto, PPP (millones US\$ constantes internacionales 2005)	-	19,302	19,532	28,276	34,502	38,294
PIB per cápita (US\$ constantes 2000)	928	1,070	870	1,010	1,116	1,173
PIB per cápita (US\$ corrientes)	241	847	730	1,010	1,040	1,720
PIB per cápita, PPP (US\$ corrientes internacionales)	-	1,721	2,114	3,007	3,757	4,277
Crecimiento anual del PIB (%)	-0,49	-1,37	4,64	2,51	9,43	6,15
Deuda de corto plazo (% de las reservas)	196,36	54,67	30,20	33,99	10,13	2,15
Valor agregados de la industria (% del PIB)	33,02	32,43	34,77	29,79	31,54	38,36
Valor agregados de la agricultura (% del PIB)	20,78	19,02	16,74	15,01	14,04	13,47
Valor agregados de los servicios (% del PIB)	46,20	48,55	48,49	55,20	54,42	48,17
Fuerza de trabajo total (millones de personas)	-	2,11	2,76	3,55	4,06	4,41
Desempleo (% de la fuerza de trabajo)	-	5,80	19,00	4,80	-	-
Tipo de cambio oficial (Bolivianos/US\$, promedio del período)	0,00	0,00	3,17	6,18	8,07	7,24
Tasa de interés real (%)	-	2,36	21,97	27,95	15,36	3,16

Fuente: Indicadores de Desarrollo, Banco Mundial (<http://data.worldbank.org/data-catalog/world-development-indicators>).

La población boliviana que se encuentra bajo la línea de la pobreza es del 60,10 por ciento lo que equivale a cerca de 5,9 millones de personas; y la población que se encuentra en situación de pobreza extrema alcanza el 37,7 por ciento. Las diferencias rural/urbano en este indicador son muy significativas, siendo la pobreza del 50,9 por ciento en las zonas urbanas y de 77,3 por ciento en las zonas rurales y la pobreza extrema de 23,6 por ciento y 63,9 por ciento respectivamente (Anexo E).

En términos de desigualdad en la distribución de los ingresos, en el 2007 el coeficiente de Gini de Bolivia fue de 0,565, lo que ubica a Bolivia en el rango más alto de desigualdad de ingresos en el contexto latinoamericano. Sin embargo, estos registros de concentración de riqueza son menores que los de Brasil, Guatemala y Colombia y equivalente al de Chile de hace algunos años (2003).

Por otra parte, la relación entre el quintil de mayores ingresos y el quintil más pobre de la sociedad, denominada relación 20/20 en la Tabla 5, fue de 31,5 veces en ese año, el más alto después de Honduras (32,5), con una marcada diferencia entre lo urbano y rural. Esta relación es 50,5 veces en los sectores rurales, lejos el más alto de la región (sigue Honduras con 26,6 veces). Como se aprecia, en este índice sólo es superada por Honduras para la población nacional, pero es el más desigual de América Latina, entre la población urbana y la rural (Tabla 5).¹⁰

Tabla 5: Indicadores de distribución de ingresos en América Latina y el Caribe

País/Año de medición	Coeficiente de Gini	Relación 20/20		
		Nacional	Urbano	Rural
Grupo 1				
Chile (2006)	0,522	15,7	15,5	12,6
Brasil (2008)	0,594	26,2	24,3	20,0
Argentina (2006)	0,519	15,5	14,9	...
Costa Rica (2008)	0,473	13,5	12,7	11,7
Grupo 2				
Colombia (2005)	0,584	27,8	27,6	18,5
Venezuela (2008)	0,412	9,7	-	-
Grupo 3				
Ecuador (2008)	0,504	15,6	13,2	11,7
El Salvador (2004)	0,493	16,3	12,1	15,0
Guatemala (2006)	0,585	23,9	17,6	16,3
Perú (2008)	0,476	14,4	9,9	10,0
Bolivia (2007)	0,565	31,5	14,6	50,5
Nicaragua (2005)	0,532	18,6	14,2	16,2
Paraguay (2008)	0,527	18,4	13,0	23,7
Honduras (2007)	0,580	32,5	15,5	26,6

Fuente: Elaborado con información de las bases de datos en la página web de la CEPAL, 2010 (<http://www.eclac.org>).

De esta forma, las cifras muestran que siendo Bolivia un país con alta incidencia de pobreza y desigualdad se encuentra en un proceso de crecimiento económico particularmente relevante, que puede ofrecer una oportunidad para el desarrollo sustantivo de las políticas sociales como las de salud.

En el concierto latinoamericano, a pesar de las altas tasas de crecimiento mostradas por Bolivia en los últimos años, su PIB per cápita sigue siendo uno de los más bajos de la región, el penúltimo en 2008 con US\$1.173, ya que es un poco mayor que el más bajo, el de Nicaragua (US\$897). Honduras que es levemente mayor es el país que le sigue con US\$1.452 (Tabla 6).

¹⁰ El Anexo F presenta cifras del coeficiente de brecha de pobreza introducido por el Banco Mundial.

Tabla 6: Producto interno bruto por habitante en América Latina 2001-2008 (US\$ de 2000)

Países	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Grupo 1								
Chile	5.003,81	5.055,08	5.195,45	5.450,54	5.693,18	5.892,30	6.105,05	6.235,18
Brasil	3.697,99	3.743,83	3.735,97	3.898,93	3.974,24	4.086,56	4.273,64	4.448,04
Argentina	7.291,61	6.433,72	6.935,56	7.490,08	8.098,26	8.696,31	9.353,48	9.884,87
Grupo 2								
Colombia	2.377,47	2.396,92	2.468,06	2.543,25	2.647,90	2.789,30	2.955,42	2.983,33
Venezuela	4.871,06	4.358,20	3.947,89	4.587,13	4.972,57	5.370,03	5.709,92	5.883,81
Grupo 3								
Ecuador	1.346,38	1.386,42	1.419,35	1.515,58	1.588,60	1.632,33	1.655,31	1.744,86
El Salvador	2.236,87	2.280,44	2.325,52	2.360,71	2.424,31	2.515,34	2.621,55	2.676,89
Guatemala	1.529,33	1.549,68	1.549,87	1.559,26	1.570,57	1.614,53	1.673,74	1.698,68
Perú	2.026,0	2.097,97	2.153,11	2.230,74	2.352,89	2.504,16	2.694,10	2.923,55
Bolivia	1.006,03	1.010,45	1.017,29	1.039,28	1.064,90	1.095,58	1.125,02	1.173,25
Nicaragua	783,20	778,43	787,84	819,07	843,18	864,52	880,14	896,67
Paraguay	1.326,32	1.299,26	1.322,79	1.351,10	1.363,59	1.396,52	1.463,93	1.521,41
Honduras	1.159,94	1.179,22	1.208,47	1.258,34	1.307,98	1.367,20	1.425,01	1.452,04

Nota: Las cifras para 2008 son preliminares.

Fuente: CEPAL, 2010. <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=6&idTema=131&idioma=>. Revisada 15/12/2009.

Bolivia cerró el 2009 con un crecimiento económico del 3,4 por ciento del PIB, esto está por debajo de las expectativas previstas a principio de ese año, pero es uno de los mejores resultados de la región de América Latina y el Caribe en un contexto de crisis financiera.¹¹ Es así como después de importantes períodos de inestabilidad económica, en los últimos años, Bolivia ha alcanzado estabilidad macroeconómica, mostrando una tasa de crecimiento alta.

2.3 Contexto político

Bolivia es una república democrática cuyo estado se divide en nueve departamentos políticos, los que a su vez, se subdividen en provincias y municipios. Los departamentos son: La Paz, Oruro, y Potosí en el Altiplano; Chuquisaca, Cochabamba y Tarija en el Valle; y Santa Cruz, Beni y Pando en el Llano.

Las reformas emprendidas desde 1985 en Bolivia, como en casi toda América Latina en los ochentas, fueron de carácter eminentemente económico, pero influyeron para que, a partir de 1990, en el primer gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada (1993-1997), se reorganizara el sistema político de partidos sobre la base de una ingeniería constitucional cuyo núcleo fue el Poder Legislativo. Al mismo tiempo, se reorganizó completamente el sistema electoral para hacerlo más transparente y eficiente, objetivo que se cumplió hasta 1993. En lo que hace al tema

¹¹ CEPAL, 2010. Además en el Anexo D presenta una revisión de la información del crecimiento económico de Bolivia.

de la inclusión de la población en las decisiones políticas, la Ley de Participación Popular promulgada en 1994 contempló la municipalización del país, y la transferencia de competencias y recursos a regiones, poblaciones rurales y pueblos indígenas para que tuviesen la posibilidad de decidir las mejores alternativas de desarrollo, según sus propias vivencias y prácticas culturales. Las reformas posibilitaron un incremento en la calidad de vida de clases y estratos sociales mejor vinculados con lo urbano y los círculos de poder, generalmente mestizos o criollos de ascendencia europea, pero no modificaron significativamente las condiciones de vida de las poblaciones rurales.

La elección del ex-dictador Hugo Banzer como Presidente de la República en 1997, marca el inicio de una profunda crisis de la democracia y la emergencia de movimientos sociales que pusieron en tela de juicio todas las reformas implementadas desde 1985. El año 2000 se produce en Cochabamba la denominada “guerra del agua,” la dinámica del conflicto social alcanzó niveles inéditos, hasta octubre de 2003, en el que un gran movimiento social organizado a partir de las juntas vecinales de la ciudad de El Alto, contigua a la ciudad de La Paz, determina la renuncia del Presidente Sánchez de Lozada quien había asumido el mando el 6 de agosto del 2002.

Después de varios años en que el contexto político se caracterizó por una importante inestabilidad, debido a la resistencia a las reformas de mercado impulsadas en los noventa y comienzos de los dos mil, de tal manera que hubo una sucesión de cinco gobiernos distintos en el transcurso de cinco años, Bolivia ha alcanzado una mayor estabilidad político institucional. A partir de la elección de Evo Morales y su gobierno del Movimiento al Socialismo (MAS), desde enero de 2006, a pesar de la inicial incertidumbre y los problemas políticos posteriores con algunos departamentos y municipios, ha logrado gobernar con mayor estabilidad, bajo la consigna de permitir la explotación eficiente de los recursos naturales de gas y petróleo por el estado boliviano como parte de una nueva política económica que considera también el comercio internacional y la inversión para el desarrollo.

3. Situación de salud de Bolivia

La descripción y análisis epidemiológico de Bolivia se ha basado en la elaboración de datos primarios cuando éstos han estado disponibles y se ha complementado con tablas y datos secundarios. En este desarrollo se ha intentado distinguir los datos relacionados a las poblaciones

indígenas versus población general, lo urbano y lo rural y la situación de salud de la población en su ciclo de vida, a la vez que posicionar Bolivia en el contexto de la región.

Para analizar la situación de salud en Bolivia se requiere estudiar las principales causas de enfermedad y de mortalidad. Se necesita indagar en los principales indicadores de mortalidad, así como de otros problemas de salud importantes como la desnutrición crónica y la anemia en la niñez, las enfermedades diarreicas agudas e infecciosas, además de las tres endemias en la salud en el caso de la salud del adulto: tuberculosis, malaria y chagas, a las cuales se suma el SIDA. La mortalidad materna ha sido históricamente un problema en Bolivia y su seguimiento es importante. En adultos mayores las enfermedades más frecuentes son las degenerativas, circulatorias, cardiovasculares y osteoarticulares, que son causas comunes a la mayoría de los países de la región.

3.1 Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados a la salud

En el año 2000, Bolivia asumió el compromiso de lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas. El acuerdo consta de con ocho ODMs que están divididos en 18 metas de desarrollo del milenio (MDM). En esta sección se revisan los avances logrados en cuatro ODMs (cinco MDMs) relacionadas al tema de la salud.

En general se observan avances importantes en el cumplimiento de las MDMs relacionadas a la salud. En todos los indicadores se ha avanzado hacia las metas propuestas. Sin embargo, se desprende de una revisión de las tendencias en tasas de avance y las diferencias entre subgrupos poblacionales, que aún hay mucho camino por recorrer y que se deben aumentar los esfuerzos en varias áreas.

La Tabla 7 muestra un resumen de los cuatro objetivos y las cinco metas que están directamente relacionadas al sector salud con información de los indicadores que miden los avances en cada meta. El primer ODM se preocupa del problema de la pobreza y hambre. Aquí solo la meta de desnutrición crónica en niños menores de tres años se atribuye al sector salud. Los ODMs cuatro y cinco, sin embargo, son centrales del sector salud y reflejan la preocupación entre países de la salud materno-infantil. Finalmente el sexto ODM se enfrenta con enfermedades específicas como el SIDA, malaria y otras.

Tabla 7: Objetivos y Metas de Desarrollo del Milenio relacionados a la salud

Objetivos y metas	Indicador	1989	2008	ODM (2015)
Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre				
Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de población que sufre de hambre	% de niños menores a 3 años con desnutrición crónica ^A	38,3	22,10	19,0
Objetivo 4: Reducir la mortalidad de la niñez				
Meta 5. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de la niñez entre 1990 y 2015	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) ^A	96,0	50,0	27,0
	Cobertura de vacunación con 3era dosis de Pentavalente en niños menores de 1 año ^B	67,9 (1991)	83,4	95,0
Objetivo 5: Mejorar la salud materna				
Meta 6. Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015	Razón de mortalidad materna (muertes por 100.000 nacidos vivos) ^A	416	311	104
	% de partos atendidos por personal de salud calificado ^A	42,2	71,1	70,0
Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades				
Meta 7. Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA para el año 2015	Prevalencia de SIDA (por millón de habitantes) ^C	0,5 (1996)	19,2 (2006)	13,0
Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes para el año 2015	Índice de parasitosis anual (IPA) de la malaria (por 1.000 habitantes) ^B	7,57 (1991)	7,00 (2006)	2,0
	% de municipios con tasa de infestación de Chagas mayor a 3% ^C	56,0 (2003)	30,4 (2006)	0,0
	% de pacientes con tuberculosis curado del total de notificados ^C	52,6 (1995)	76,3 (2005)	95,0

Fuentes: ^A ENDSAs 1989 y 2008; ^B SNIS-VE Estadísticas de Salud; ^C UDAPE 2008.

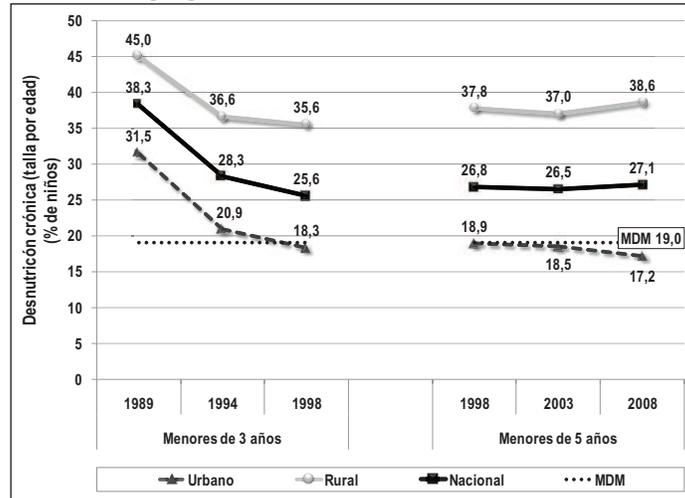
3.1.1 Objetivo 1–Meta2: Reducir a la mitad la proporción de la población que sufre de hambre

El primer ODM es lograr reducir la pobreza y el hambre. En particular, para poder hacer seguimiento a la reducción del hambre, éste se mide como la desnutrición crónica en niños. En veinte años se logró avanzar el 50 por ciento de la meta de reducir el porcentaje de niños menores a tres años con desnutrición crónica, pero ahora sólo le quedan cinco años para cubrir la otra mitad de dicha meta. La Figura 5 muestra la evolución de la reducción de la desnutrición crónica entre los niños.¹² Estos datos se obtienen de las ENDSAs y en los primeros años se midió la desnutrición entre los niños menores de 3 años y después entre los menores de cinco años, de tal manera que estas tasa no son comparables. El año 1998 se incluyeron ambas medidas y así se muestra en las figuras, de tal manera de poder hacer alguna inferencia. Las figuras muestran que inicialmente se logró avanzar hacia los objetivos planteados, pero sin embargo, a partir del la ENDSA 1998, hay un claro estancamiento en los avances en términos de la desnutrición crónica.

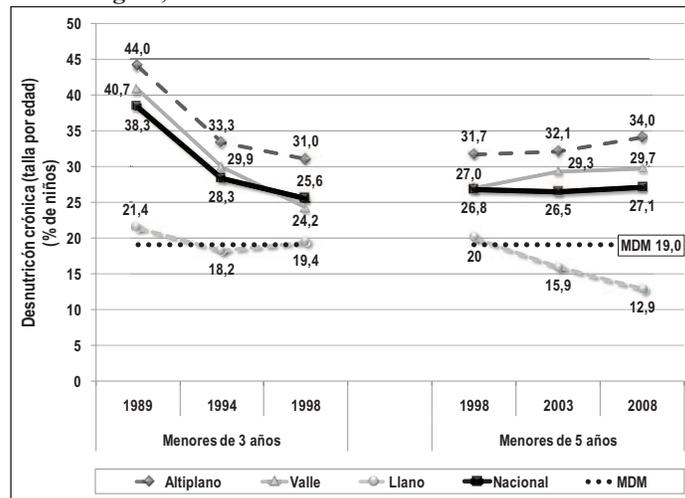
¹² La desnutrición crónica se mide como niños con talla para la edad dos desviaciones estándar por debajo del promedio de la población de referencia.

Figura 4: Desnutrición crónica (talla por edad)

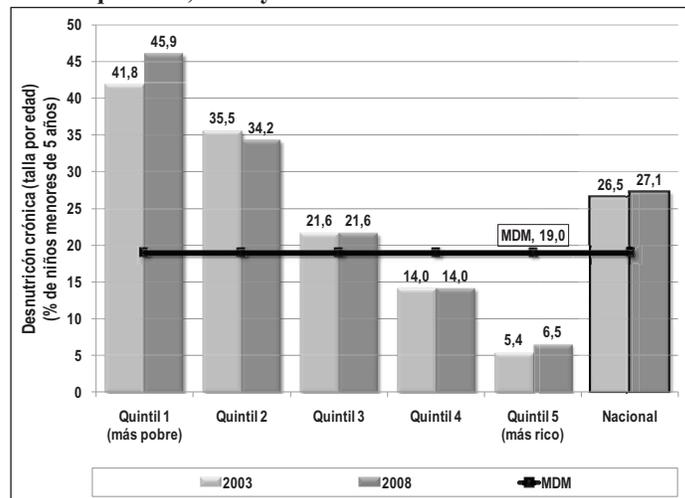
A: Por área geográfica, 1989-2008



B: Por región, 1989-2008



C: Por quintiles, 2003 y 2008



Fuente: Elaboración propia en base a ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003, y 2008.

Por un lado persisten las diferencias históricas y significativas por áreas geográficas y regiones (con altos índices en áreas rurales y el altiplano). Además, es aún más preocupante que en el año 2008 haya un empeoramiento en el área rural, el altiplano, y valle – las que presentan una mayor incidencia de la desnutrición crónica.

Las ENDSA 2003 y 2008 también presentan los datos por quintiles de riqueza (Figura 4C). Nótese que a nivel nacional entre estos dos años hubo un ligero aumento en la desnutrición crónica en niños menores de cinco años. Este aumento parece haber sido principalmente entre los niños del quintil de riqueza más bajo.

Como ya se mencionó, la desnutrición crónica de los niños menores de 5 años prácticamente se ha mantenido invariable en las encuestas, aunque aumenta levemente (26,8 por ciento en 1998 a 27,1 por ciento en 2008), pero han aumentado sus desigualdades de manera importante, lo que se aprecia, por ejemplo, en la desnutrición asociada a madres sin educación, la cual aumentó de 46,3 por ciento en 1998 a 50,9 por ciento en 2008 (Tabla 8). El aumento de la desigualdad se aprecia también en la concentración del problema de la desnutrición en los departamentos con población mayoritariamente originaria (Chuquisaca, Potosí, Oruro, Cochabamba y La Paz).

Las implicancias de la desnutrición crónica son bien conocidas en términos del menor desarrollo de los niños. Aunque el compromiso adquirido se ha implementado a través del programa multisectorial Desnutrición Cero, estas cifras muestran la necesidad de evaluar el programa para poder replantear su implementación efectiva de tal manera de poder lograr las metas al 2015.

Finalmente, no podemos encontrar una explicación para la evolución creciente de la anemia en niños de 55,6 en 1998 a 61,3 en 2008, pasando por una caída a 51,0 en 2003. Pudiera ser que tuviese una correlación con las diarreas que como se verá más adelante están influenciadas por estacionalidades.

Tabla 8: Desnutrición crónica y prevalencia de anemia en niños menores de 5 años en Bolivia, en porcentaje, 1998, 2003 y 2008

	1998		2003		2008	
	Desnutrición crónica (% debajo de -2 DE)	Prevalencia de anemia en niños 6 a 59 meses	Desnutrición crónica (% debajo de -2 DE)	Prevalencia de anemia en niños 6 a 59 meses	Desnutrición crónica (% debajo de -2 DE)	Prevalencia de anemia en niños 6 a 59 meses
Sexo						
Hombre	27,3	55,3	26,5	51,7	27,9	63,7
Mujer	26,3	55,8	26,5	50,3	26,2	58,8
Área geográfica						
Urbano	18,9	50,4	18,5	46,7	17,2	55,7
Rural	37,8	62,6	37,0	56,3	38,6	67,6
Educación de la madre						
Sin educación	46,3	60,8	44,3	51,0	50,9	73,8
Primaria	33,9	60,2	30,8	55,6	33,8	62,3
Secundaria	22,5	52,2	13,8	46,4	16,2	64,9
Superior	12,7	36,6	9,0	30,3	9,2	45,4
Departamento						
La Paz	25,7	57,6	28,5	60,3	29,8	72,0
Oruro	31,3	61,9	32,7	50,7	33,4	71,3
Potosí	47,4	70,1	42,3	67,6	43,7	78,1
Chuquisaca	33,8	51,9	36,6	46,9	35,8	61,2
Cochabamba	25,5	61,3	28,8	51,6	30,5	51,4
Tarija	21,8	48,8	17,8	38,6	14,9	46,1
Santa Cruz	18,8	46,8	13,2	39,8	12,0	48,6
Beni					17,8	47,3
Pando					15,0	53,8
Beni/Pando	24,8	52,2	29,5	45,6		
Total	26,8	55,6	26,5	51,0	27,1	61,3

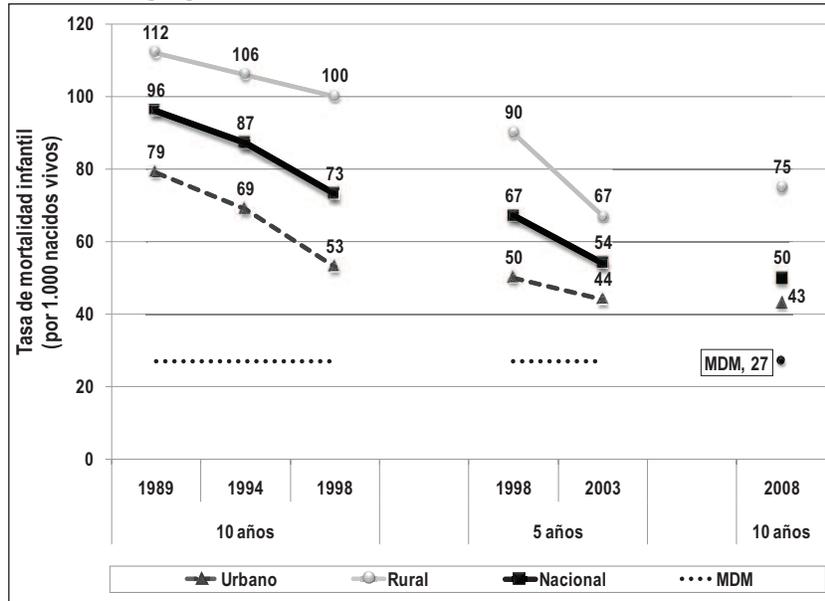
Fuente: ENDSA, 1998, 2003 y 2008.

3.1.2 Objetivo 4–Meta 5: Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad de la niñez

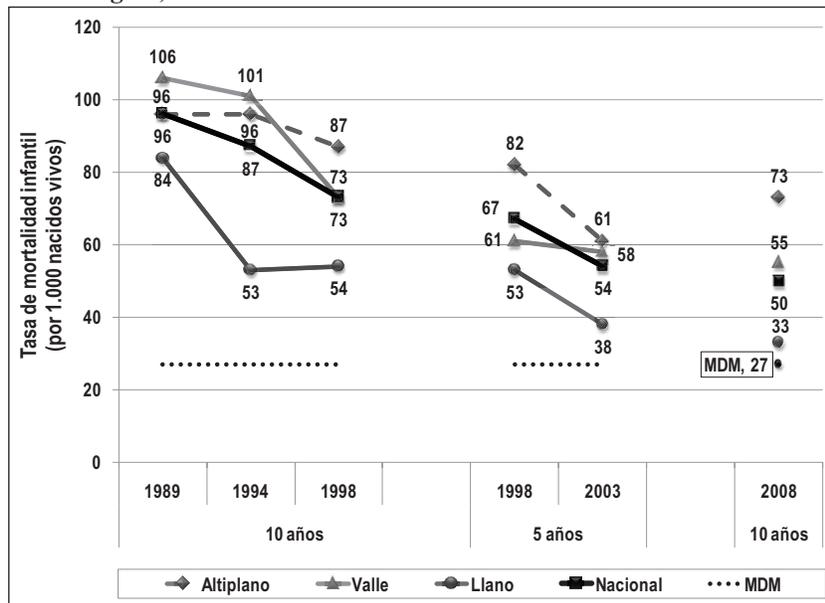
Existen tres tasas de mortalidad entre niños: tasa de mortalidad neonatal para menores de 28 días; tasa de mortalidad infantil para menores de un año y la tasa de mortalidad de la niñez para menores de cinco años. La meta cinco se mide en base a la tasa de mortalidad infantil (TMI) por 1.000 nacidos vivos y la Figura 5 muestra que ésta tasa ha disminuido en los últimos 20 años. Bolivia empezó con la TMI más alta de la región y, a pesar de sus avances, sigue siendo la más alta (Tabla 9). La figura más abajo también muestra una reducción en las diferencias en tasas por área geográfica y región. Sin embargo, en el 2008, se rompió la tendencia y la TMI aumentó en el área rural y en el altiplano.

Figura 5: Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos), 1989-2008

A: Por área geográfica, 1989-2008



B: Por región, 1989-2008



Fuente: Elaboración propia en base a ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003, y 2008.

De acuerdo a las ENDSAs las tasas de mortalidad de la niñez, mortalidad infantil y mortalidad neonatal, mejoraron marcadamente entre los años 1994 y 2003 con porcentajes de disminución por sobre el 20 por ciento en promedio, y entre 2003 y 2008 también hubo mejora pero fue menos marcada (Tabla 9). Este análisis es coincidente con otros estudios (Silva y Batista, 2010).

Tabla 9: Tasas de mortalidad infantil, de la niñez y neonatal y sus variaciones, 1994-2008

Año	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)			Mortalidad de la niñez (por 1.000 nacidos vivos)			Mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
1994	87	69	106	132	104	162	41	29	53
1998	67	50	90	92	66	125	34	24	44
2003	54	44	67	75	59	96	27	20	34
2008	50	43	75	63	55	99	27	20	34
Variación porcentual entre									
1994 -1998	-23	-28	-15	-30	-37	-23	-17	-17	-17
1998 -2003	-19	-12	-26	-18	-11	-23	-21	-18	-22
2003 -2008	-7	-2	12	-16	-7	3	0	0	0
Total	-43	-38	-29	-52	-47	-39	-34	-32	-36

Fuente: Elaboración propia con datos de las ENDSA 1994, 1998, 2003 y 2008 (presentados en Silva y Batista, 2010).

No obstante, al mirar las dispersiones de estos promedios, comparando las tasas de mortalidad en zonas rurales y urbanas, entre departamentos, separados en población indígena y no indígena, las tasas difieren de manera importante. De hecho, en las zonas rurales las tasas son cerca de 1,7 veces las urbanas, ha aumentado la brecha entre ambas y la reducción de las tasas en el tiempo es menor (29 por ciento versus 38 por ciento en mortalidad infantil).

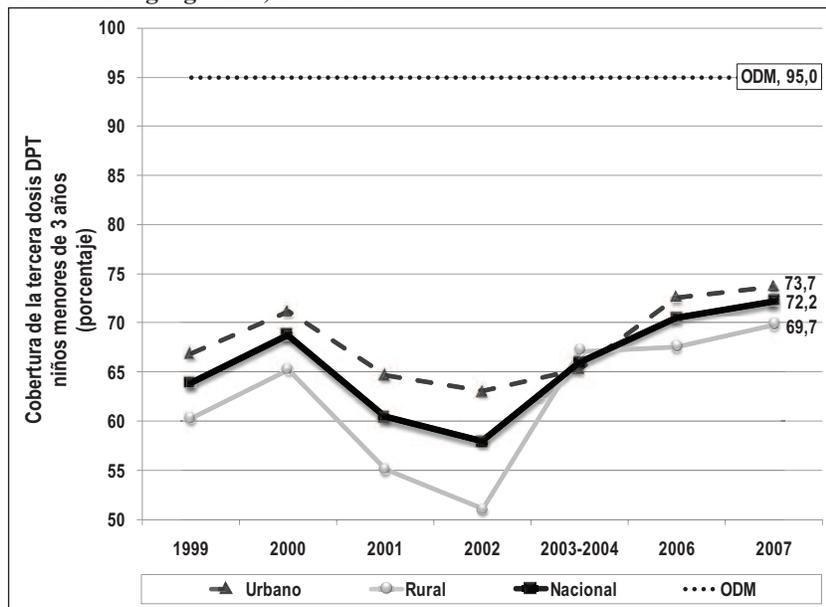
Esta situación estaría revelando desigualdades de acceso a los servicios de salud y en cobertura entre las poblaciones en desmedro de los sectores indígenas y rurales de la población.

Por otra parte, según las ENDSAs entre el año 2003 y el año 2008, la desigualdad en la mortalidad infantil entre la población urbana y rural aumentaron (de 1,5 veces a 1,7 en mortalidad infantil y 1,6 a 1,8 en mortalidad de la niñez). El SBS pudo haber contribuido a la disminución de todas las tasas de mortalidad hasta el año 2004 porque fue el único programa que abordó los problemas de acceso a servicios de salud asociados a obstáculos geográficos y económicos. Sin embargo, no existe una evaluación de impacto del SBS.

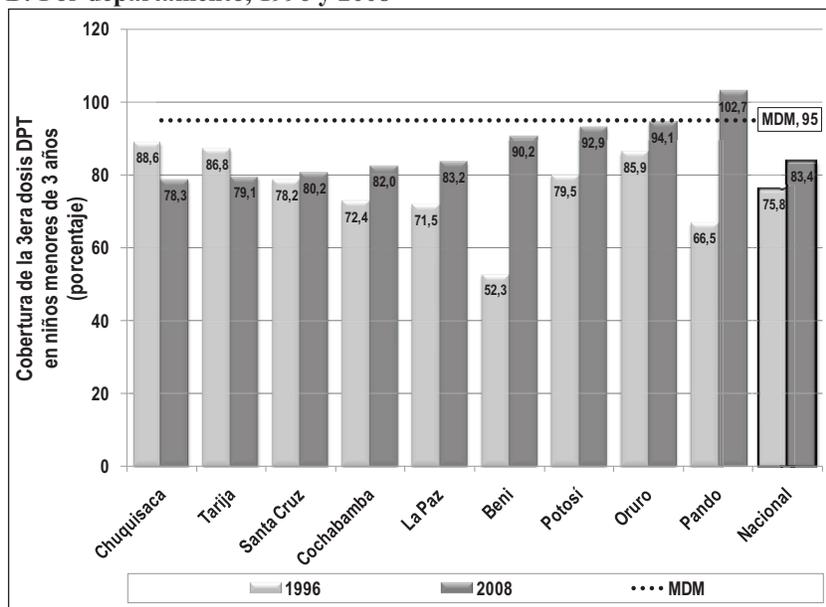
Por otro lado, la Figura 6 muestra un avance pequeño en el otro indicador para la MDM 5: la cobertura de la tercera dosis de DPT en niños menores de tres años. Las diferencias entre áreas geográficas también han disminuido. Sin embargo, al comparar la cobertura entre el año 1996 y el 2008 entre los departamentos de Bolivia, se observa que algunos departamentos (como Pando) han logrado avances significativos, mientras que otros (como Chuquisaca) han retrocedido.

Figura 6: Cobertura de la tercera dosis de DPT en niños menores de 3 años

A: Por área geográfica, 1989-2008



B: Por departamento, 1996 y 2008



Fuente: Elaboración propia en base a SNIS-VE Estadísticas de Salud.

Las principales políticas dirigidas a mejorar la salud de los niños son el programa de Desnutrición Cero, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el SUMI, e indirectamente el Bono Juana Azurduy. En el caso del Bono, mediante incentivos a la demanda de servicios preventivos.

A. *Mortalidad infantil y sus causas: comparación internacional*

La mortalidad infantil en Bolivia es la más alta (45,6 por 1.000 nacidos vivos) de América Latina. Desde el período 1980-85 hacia adelante ha habido una disminución importante de éste indicador, no obstante, esta disminución no ha alcanzado la caída promedio de la región (Tabla 10).

Tabla 10: Mortalidad infantil en América Latina 1980-85 a 2005-2010 (tasa por 1.000 nacidos vivos)

País	Períodos						Disminución porcentual hacia 2005-2010		
	1980-85	1985-90	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10	Desde 1980-85	Desde 1985-90	Desde 1990-95
Grupo 1									
Chile	23,7	18,4	14,1	11,5	8,0	7,2	-69,6	-60,9	-48,9
Brasil	63,3	52,4	42,5	34,1	27,3	23,6	-62,7	-55,0	-44,5
Argentina	32,2	27,1	24,4	21,8	15,0	13,4	-58,4	-50,6	-45,1
Grupo 2									
Colombia	43,0	35,3	27,6	24,0	20,5	19,1	-55,6	-45,9	-30,8
Venezuela	33,6	26,9	23,1	20,7	18,9	17,0	-49,4	-36,8	-26,4
Grupo 3									
Ecuador	68,5	55,5	44,2	33,3	24,9	21,1	-69,2	-62,0	-52,3
El Salvador	77,0	54,0	40,2	32,0	26,4	21,5	-72,1	-60,2	-46,5
Guatemala	79,3	67,1	54,8	45,5	38,6	30,1	-62,0	-55,1	-45,1
Perú	81,6	68,0	47,6	38,8	30,3	21,2	-74,0	-68,8	-55,5
Bolivia	109,2	90,1	75,1	66,0	55,6	45,6	-58,2	-49,4	-39,3
Nicaragua	79,8	65,0	48,0	33,6	26,4	21,5	-73,1	-66,9	-55,2
Paraguay	48,9	46,7	42,9	39,2	35,5	32,0	-34,6	-31,5	-25,4
Honduras	65,0	53,0	43,0	35,0	31,2	27,8	-57,2	-47,5	-35,3
América Latina^a	57,3	47,2	38,3	31,8	25,6	21,7	-62,1	-54,0	-43,3

Nota: ^a Incluye 20 economías: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela, República Dominicana y Uruguay. Información revisada al 29/JUL/2009 por CEPAL

Fuente: [A] CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2008. Base de datos de población.

Las causas de mortalidad en los niños en Bolivia con relación a la región de América Latina, están marcadas por la neumonía y la diarrea. Perfiles de mortalidad parecidos a los de Bolivia se encuentran en Brasil y en un segundo plano en varios países centroamericanos, como Guatemala, Honduras y Nicaragua. También hay similitudes con Perú y Ecuador, pero en menor medida. Los países más avanzados en salud en la región destacan por tener otras razones y causas de muerte en el período perinatal. La distribución se polariza en dos causas las perinatales y las otras a medida que las sociedades avanzan en salud. La de mediano desarrollo en cambio conservan una distribución principalmente en la enfermedades infectocontagiosas como Bolivia (con excepción de los accidentes) (Tabla 11).

Tabla 11: Distribución de causas de muerte en niños menores de 5 años en países seleccionados de América Latina, año 2004 (%)

País	Causas del							
	período perinatal	VIH/SIDA	Diarrea	Sarampión	Malaria	Neumonía	Heridas	Otras
Grupo 1								
Chile	41,8	0,0	0,4	0,0	0,0	4,1	4,0	49,5
Brasil	32,3	0,2	19,4	0,0	0,3	17,3	2,9	27,6
Argentina	48,1	0,1	1,0	0,0	0,0	4,1	6,6	40,0
Grupo 2								
Colombia	52,3	1,7	9,1	0,0	0,7	6,6	6,3	23,4
Venezuela	49,6	0,2	9,0	0,0	0,0	6,2	6,6	28,4
Grupo 3								
Ecuador	44,0	0,8	13,7	0,0	0,4	11,4	3,9	25,8
El Salvador	37,8	2,1	13,8	0,0	0,0	11,7	2,8	31,8
Guatemala	38,1	1,3	15,3	0,0	0,0	13,4	2,1	29,9
Perú	33,1	1,4	13,9	0,0	0,1	12,1	8,9	30,4
Bolivia	31,3	0,2	18,8	0,0	0,1	20,4	5,2	24,1
Nicaragua	36,1	0,4	15,0	0,0	0,0	13,7	3,8	30,9
Paraguay	44,4	1,5	12,5	0,0	0,0	9,9	8,8	22,9
Honduras	38,6	1,4	14,8	0,0	0,0	14,0	4,6	26,5

Fuente: Elaboración propia con datos OMS, 2010 (<http://apps.who.int/ghodata/>)

La incidencia de diarrea en menores de 5 años es un indicador importante para la salud infantil. En Bolivia este indicador alcanza un 22,7 por ciento con departamentos del país que alcanzan el 27,2 por ciento como Pando y el 25,7 por ciento como Chuquisaca, junto a otros departamentos que tienen niveles más bajos como 19,7 por ciento y 19,8 por ciento en Oruro y La Paz, respectivamente (Tabla 12A). Además la diarrea, como era de esperarse, está fuertemente correlacionado con la fuente de origen del agua para beber (Tabla 12B).

Tabla 12: Incidencia de diarrea en menores de 5 años

A: Incidencia de diarrea en menores de 5 años por departamento (Si, corresponde a la incidencia en %)

	Chuquisaca	La Paz	Cocha-bamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando	Total
No	74,2	80,1	75,4	80,3	76,7	78,4	75,5	77,0	72,4	77,1
Si	25,7	19,8	24,5	19,7	23,3	21,6	24,2	22,7	27,2	22,7
No sabe	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,3	0,3	0,4	0,1
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

B: Incidencia de diarrea en menores de 5 años por fuente de abastecimiento de agua

	Agua de la llave	Agua de grifo público	Agua no de cañería	Pozo con bomba eléctrica	Pozo sin bomba eléctrica	Rio /estero	Laguna /lago	Agua desde vecinos	Camiones cisterna	Total
No	82	77	74	76	77	74	77	73	85	77
Si	18	23	26	24	23	26	23	27	14	23
No sabe	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con base de datos del INE (ENDSA, 2003).

Es muy llamativo que la incidencia de diarrea en niños menores de 5 años haya aumentado de manera significativa entre las 3 últimas encuestas que abarcan un período de 10 años (1998, 2003 y 2008). En efecto, este problema pasó de un 19,2 por ciento a un 26,0 por ciento de los niños menores de cinco años en ese período. Por otra parte, llama la atención el proceso de concentración de este problema de salud en las zonas rurales entre las encuestas, aunque en la del año 2003 tuvo una desconcentración, en 2008 volvió a aquella tendencia de manera más aguda. También se aprecia una incidencia mayor entre las encuestas, entre la más lejana y la más reciente, en niños con diarrea de madres con educación inferior. Es decir, aparentemente ha estado ocurriendo todo lo no deseable en este problema de salud de los niños entre 1998 y 2008.

Tabla 13: Incidencia de IRA y diarrea en Bolivia 1998, 2003 y 2008 (% en niños menores de 5 años)

	1998		2003		2008	
	IRA	Diarrea	IRA	Diarrea	IRA	Diarrea
Sexo						
Hombre	25,2	19,5	23,4	25,1	20,9	27,1
Mujer	23,2	18,9	20,9	19,6	19,1	24,9
Área geográfica						
Urbano	22,7	18,1	22,8	21,1	17,7	23,6
Rural	26,3	20,6	21,4	24,1	22,9	29,1
Educación de la madre						
Sin educación	27,5	17,2	19,9	22,5	19,5	23,5
Primaria	25,3	22,1	22	23,8	21,2	28,7
Secundaria	23,6	19,7	23,9	21,1	19,7	24,2
Superior	21,9	15,8	21,2	14,8	16,2	19,7
Departamento						
La Paz	22,6	21,3	14,8	19,5	19,2	25,2
Oruro	19,1	14,4	26,2	19,6	16,8	26,6
Potosí	21,4	15,5	16,9	22,8	17,5	28,3
Chuquisaca	25,8	16,4	23,0	25,3	11,5	21,2
Cochabamba	22,7	23,8	22,8	24,1	20,9	28,5
Tarija	29,8	14,8	26,0	21,3	22,5	23,0
Santa Cruz	27,0	16,6	29,7	24,1	24,1	26,4
Beni					20,9	20,7
Pando					30,1	31,1
Beni/Pando	26,2	24	25,7	22,2		
Total	24,2	19,2	22,2	22,4	20,0	26,0

Fuente: ENDSA 1998, 2003 y ENDSA 2008.

En cuanto a las IRAs en los niños menores de cinco años, en este caso sí se aprecia una mejoría en todos los planos. Disminuye la desigualdad urbano/rural entre encuestas, también lo hace la asociación a la educación materna inferior con las IRA, disminuyendo su determinación.

También se aprecia la tendencia a disminuir de las diferencias por sexo y por departamentos del país.

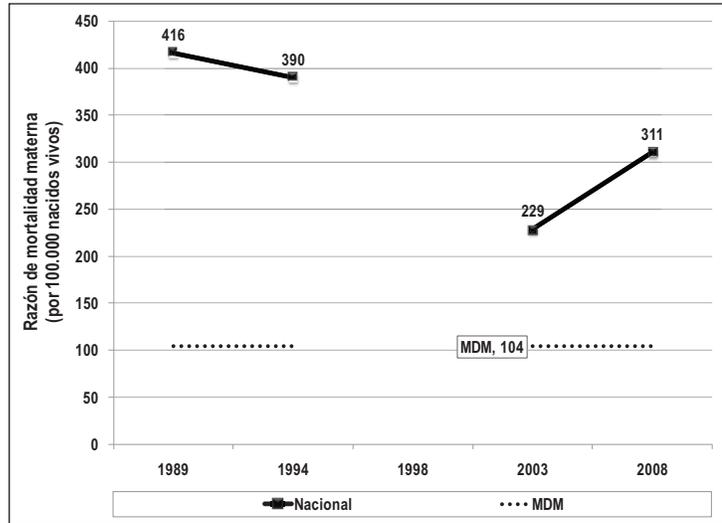
Es importante notar el contraste en la evolución de ambos problemas: diarreas e IRAs, los motivos son difíciles de precisar, pero habría que encontrarlos en la posibilidad de implementar programas en uno u otro sentido, en la evolución de los determinantes sociales de estas enfermedades. Mientras el sector salud implementa directamente programas para la atención de las IRA, es más difícil atacar las variables determinantes e intersectoriales como el saneamiento básico, acceso al agua potable y alcantarillado, así como programas educativos que tienen un impacto en las enfermedades asociadas en la diarrea. Pero, no obstante lo anterior, no se puede descartar la influencia del momento de levantamiento de información de las encuestas (y del período de recordación), ya que hay una estacionalidad clara en este tipo de enfermedades.

Al revisar las fechas del trabajo de campo de las encuestas de 1998, 2003 y 2008, se entiende que esta última observación se vuelve muy relevante. En efecto, la encuesta de 1998 se levantó entre el 23 y 26 de Marzo y el 15 y 22 de Septiembre de ese año; la del año 2003 se realizó en terreno entre el 9 de Agosto de 2003 y el 15 de Enero de 2004, mientras que el trabajo de campo de la encuesta del año 2008 ocurrió entre el 13 y 28 de Febrero y el 15 de Junio de 2008. Precisamente se trata de fechas con diferencias importantes para las enfermedades de invierno como las IRA y las de verano como la diarrea. Así se tiene que: la ENDSA 1998 se realizó en otoño-invierno; la ENDSA 2003 en primavera-verano; y, la ENDSA 2008 en verano-otoño. Lo cual coincide con favorecer a las IRA al tomarse primero (1998) en invierno y luego en otoño o invierno y desfavorecer a las diarreas en su evolución ya que comienzan en 1998 en invierno y terminan en verano en 2008, por los máximos estacionales que normalmente muestran estas enfermedades.

3.1.3 Objetivo 5–Meta 6: Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna

El ODM 5, orientado a mejorar la salud materna, tiene como MDM reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna. La Figura 7 muestra la evolución de la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos. Lamentablemente la información de las ENDSAs no permite desagregar por áreas geográficas o regiones. Este es el ODM en el cual menos se ha avanzado y la tendencia que se observa entre el 2008 es de un

Figura 7: Razón de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos), 1989-2008



Fuente: Elaboración propia en base a ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003, y 2008.

aumento de 36 por ciento en el indicador con relación al 2003. Claramente esta no es la dirección tendencia deseada ya que ahora Bolivia debe lograr disminuir a un tercio la tasa del 2008.

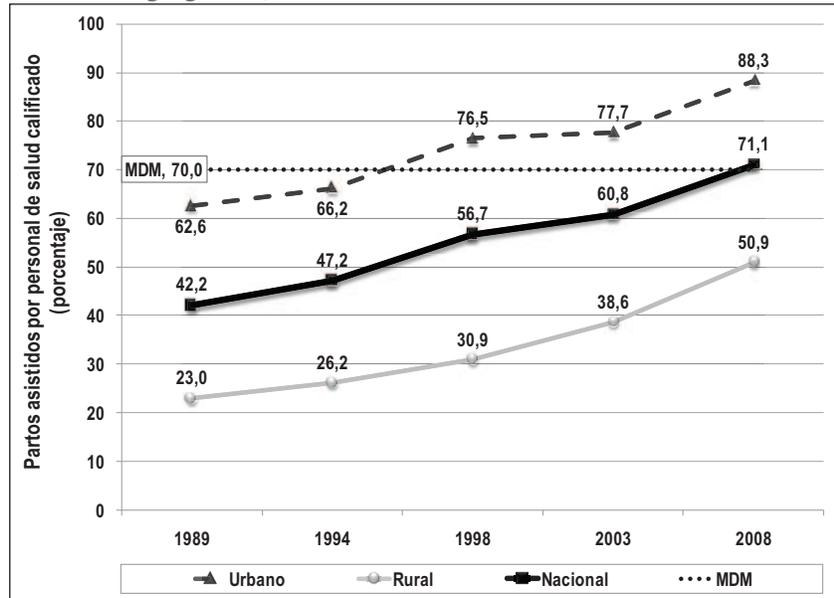
Habría que analizar el posible efecto en el retroceso en la tasa de mortalidad materna de la eliminación de la cobertura de mujeres en edad fértil, el acceso a métodos anticonceptivos y el acceso a información sobre derechos reproductivos¹³ y eventualmente un detrimento en la garantía de una nutrición adecuada a las mujeres embarazadas y madres. Cabe señalar que las hemorragias durante el embarazo incluyendo las asociadas a los abortos son la primera causa de muerte materna, los abortos por si solos son la tercera causa.

Llama la atención que, a pesar del aumento en la razón de mortalidad materna, la cobertura de partos asistidos por personal de salud calificado muestra

un claro mejoramiento. Esto pasa además en todas las áreas geográficas. Una comparación entre departamentos para el año 1994 y el 2008 (Figura 8B) muestra que en todos los departamentos

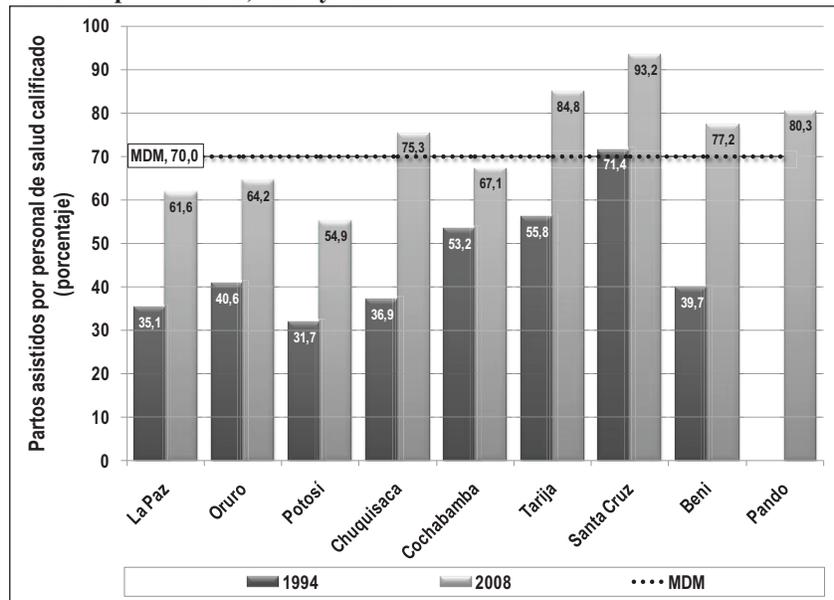
Figura 8: Partos asistidos por personal de salud calificado

A: Por área geográfica, 1989-2008



Fuente: Elaboración propia en base a ENDSA 1989, 1994, 1998, 2003, y 2008.

B: Por departamento, 1994 y 2008



Fuente: Elaboración propia en base a ENDSA 1994 y 2008.

¹³ La ampliación del SUMI del 2005 se limitó a aumentar la cobertura a todas las mujeres y a la prevención del cáncer cérvico uterino, pero no incluyó la atención de salud sexual y reproductiva.

ha aumentado la cobertura tal que 5 de los 9 departamentos ya han superado la MDM de 70 por ciento de cobertura. Esta mejora podría deberse a la puesta en práctica del SBS y luego el SUMI, actualmente es el 70 por ciento. No obstante, esta cifra se desagrega en 43,7 por ciento en zonas rurales y 87,7 por ciento en zonas urbanas.

A. Mortalidad materna: comparación internacional

La mortalidad materna de Bolivia es la más alta de la región Latinoamericana, junto con la de Guatemala (290 por cada 100.000 nacidos vivos en ambos países). No obstante, el indicador mejoró mucho entre 1990 hasta 2005, mostrando una disminución de 55,4 por ciento (Tabla 14). Esta es la mayor disminución que se puede observar en la región en este período, después de la de Chile. Destaca, en el contexto, que algunos países incluso hayan aumentado la mortalidad materna de manera importante como los casos de Guatemala, Ecuador, Colombia, Honduras (también Panamá y República Dominicana fuera de la Tabla 14) y que Bolivia haya mostrado tan sólo disminuciones en la mortalidad materna en dicho período.

Tabla 14: Mortalidad materna en países seleccionados de América Latina (tasa por 100.000 nacidos vivos), 1990-2005

País	1990	1995	2000	2005	Disminución porcentual 1990-2005
Grupo 1					
Chile	65	33	31	16	-75,4
Brasil	220	260	260	110	-50,0
Argentina	100	85	82	77	-23,0
Grupo 2					
Colombia	100	120	130	130	30,0
Venezuela	120	43	96	57	-52,5
Grupo 3					
Ecuador	150	210	130	210	40,0
El Salvador	300	180	150	170	-43,3
Guatemala	200	270	240	290	45,0
Perú	280	240	410	240	-14,3
Bolivia¹⁴	650	550	420	290	-55,4
Nicaragua	160	250	230	170	6,3
Paraguay	160	170	170	150	-6,3
Honduras	220	220	110	280	27,3
América Latina y el Caribe	180	190	190	130	-27,8

Nota: Se seleccionó la información de la CEPAL para hacer las comparaciones entre países.
Ver nota al pie de página.

Fuente: CEPAL, 2010, <http://www.eclac.cl/mdg/>.

¹⁴ La TMM para 1990, 1995 y 2000 provienen de la Dirección de Estadísticas de las Naciones Unidas de la base de datos de los ODM. En el caso de los años 1990 y 1995 la cifra es producida y provista por el país, pero ajustada por

Sin embargo, hubo un aumento significativo en el año 2008 en la razón global como también en la concentración desigual por área geográfica y en los departamentos indígenas. Esto podría explicarse por la mala alimentación en conjunto con la falta de suplemento de hierro durante el embarazo, ya que a la vez se observa una asociación con la educación materna y con la anemia en mujeres. Ello es extraño porque se han impulsado programas en estas áreas. Una posible explicación podría ser la consideración que el SUMI (que siguió al SBS en 2003) ha sido un programa concentrado en la alta complejidad (segundo y tercer nivel) de alcance universal y, por lo tanto, no necesariamente priorizando a los sectores.

Tabla 15: Prevalencia de anemia en mujeres en Bolivia, en porcentaje, 1998, 2003 y 2008

	1998	2003	2008
Área geográfica			
Urbano	24,0	30,0	36,0
Rural	35,1	39,9	42,3
Educación de la madre			
Sin educación	37,3	42,4	46,9
Primaria	32,5	36,0	39,6
Secundaria	23,8	30,0	38,3
Superior	20,6	25,9	32,9
Departamento			
La Paz	33,2	43,2	51,2
Oruro	25,3	30,8	38,9
Potosí	37,1	35,3	46,7
Chuquisaca	18,2	25,9	28,9
Cochabamba	21,5	27,9	27,6
Tarija	14,4	25,6	28,4
Santa Cruz	21,2	28,5	30,5
Beni			30,4
Pando			58,4
Beni/Pando	24,7	42,1	
Total	27,1	33,1	38,3

Fuente: ENDSA 1998, 2003 y 2008.

La Tabla 16 acerca de la aplicación del Papanicolaou es llamativa porque aumentan las mujeres que lo hacen de 28,0 por ciento a 33,3 por ciento en 2003 y 2008, respectivamente, tanto en zonas rurales como urbanas al mismo tiempo que disminuye la declaración acerca de resultado positivo, manteniéndose más o menos estable el resultado negativo. Cabe señalar que

la agencia internacional para comparabilidades internacionales –esto es para cumplir con los estándares, definiciones y clasificaciones acordadas internacionalmente, (edad, grupo, CINE, etc.). El indicador para 2005 proviene de OMS.

existen varias otras categorías no reproducidas en la tabla para completar el 100 por ciento de respuestas a esta pregunta en la encuesta, que se asocian básicamente a desconocimiento. Este conjunto de cifras son una señal positiva al respecto y de que efectivamente ha habido una disminución del problema.

Tabla 16: Papanicolaou (PAP) en Bolivia, en porcentaje, 2003 y 2008

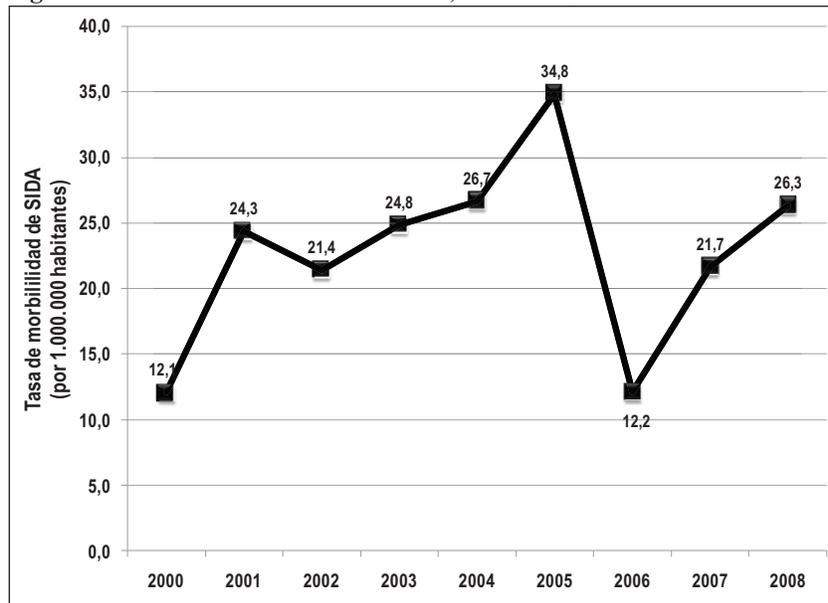
	2003			2008		
	Mujeres que se hacen el PAP	Resultado positivo	Resultado negativo	Mujeres que se hacen el PAP	Resultado positivo	Resultado negativo
Urbano	32,2	3,6	35,7	37,4	2,1	32,8
Rural	18,7	1,7	19,7	25,2	0,9	28,5
Total	28,0	3,2	32,4	33,3	1,8	31,7

Fuente: ENDSA 2003 y 2008.

3.1.4 Objetivo 6–Meta 7: Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA

El ODM 6 se enfoca en el control de enfermedades transmisibles como VIH/SIDA, malaria, Chagas y tuberculosis. La MDM 7 es específica para el caso de VIH/SIDA. La Figura 9 muestra la evolución de la tasa de morbilidad del SIDA desde el año 2000 al 2008. Los datos provienen de los registros de SNIS-VE. En este caso se ve una tendencia al alza en la tasa de morbilidad del SIDA que debería frenarse. En el caso de enfermedades como el SIDA, siempre puede haber un subregistro de casos debido a la percepción sociocultural asociado a la enfermedad.

Figura 9: Tasa de morbilidad del SIDA, 2000-2008



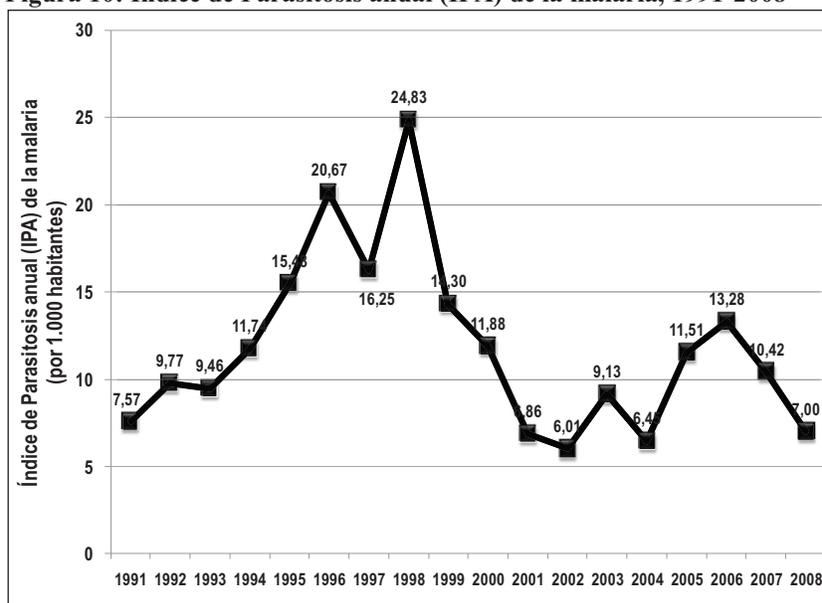
Fuente: Elaboración propia en base a SNIS-VE (2008).

Siempre pueden existir otras consideraciones como la verificación de los datos que podrían explicar estas fluctuaciones en la tasa de morbilidad. Por ejemplo, que explique la caída tan drástica en el 2006 para luego volver a tasas similares entre el año 2001 y el 2004.

3.1.5 Objetivo 6–Meta 8: Haber detenido y comenzado a reducir la incidencia de la malaria y otras enfermedades importantes

Finalmente, está el control y reducción de incidencia de malaria y otras enfermedades importantes que en el caso de Bolivia incluye el Chagas y la tuberculosis.

Figura 10: Índice de Parasitosis anual (IPA) de la malaria, 1991-2008



Fuente: Elaboración propia en base a SNIS-VE (2008).

La Figura 10 muestra el índice de Parasitosis anual (IPA) de la malaria entre el año 1991 y el 2008. En este caso hubo un aumento inicial en el IPA que se logró revertir a partir del año 1998. En definitiva, el avance es poco en relación al IPA inicial (7,57) y el actual (7,00).

3.2 Mortalidad en Bolivia

3.2.1 *Mortalidad todas las causas en Bolivia y comparaciones internacionales*

Tomando en cuenta todas las causas de mortalidad sin ajustar (OMS, 2004), se aprecia que no es Bolivia el país que tiene la tasa más alta a nivel general, sino que es Uruguay (que no aparece en la tabla) debido a que según su estructura demográfica es el país más envejecido de la región. Luego viene Bolivia, por su nivel de desarrollo, pobreza y distribución del ingreso. De esta forma, Bolivia destaca por sus tasas superiores, a los demás países, en mortalidad por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, por enfermedades infecciosas y parasitarias, dentro de las cuales destaca la tuberculosis, la mortalidad por diarrea y por enfermedades de la niñez, como la pertusis y la polio. También la mortalidad por meningitis y hepatitis B son importantes. La mortalidad por enfermedades tropicales, dentro de las cuales destaca el Chagas, es otro grupo en que Bolivia sobresale.

Bolivia lidera también las tasas de mortalidad por enfermedades respiratorias, por condiciones maternas, perinatales y nutricionales como la desnutrición proteica en las mujeres.

También destacan la muerte por las enfermedades digestivas principalmente la cirrosis y la mortalidad por las enfermedades del aparato genitourinario, como la nefritis. Tampoco escapan a este record las enfermedades de la piel, aunque este dato es extraño por cuanto tienen tasa iguales o superiores a las de Bolivia países como Argentina y Uruguay. Luego destacan las muertes por anomalías congénitas y las muertes por lesiones involuntarias que podrían ser atribuidas a razones de seguridad en la vida cotidiana.

Tabla 17: Tasas de mortalidad por principales grupos de todas las causas en países seleccionados de América Latina 2004 (tasa por 100.000 habitantes)

GBD causa (b)	Grupo 1			Grupo 2			Grupo 3					
	Chile	Brasil	Argentina	Colombia	Venezuela	Ecuador	Guatemala	Perú	Bolivia	Nicaragua	Paraguay	Honduras
Población ('000)	16.124	184.318	38.372	44.317	26.260	12.917	12.397	26.959	9.009	5.394	5.793	6.702
Todas las causas	557,3	695,9	768,9	555,1	444,5	566,7	626,4	608,5	800,6	566,4	546,6	648,5
I. Transmisibles, condiciones maternas, perinatales y nutricionales	46,9	129,2	103,5	79,9	62,2	126,4	252,0	186,2	293,0	126,2	107,6	176,9
A. Enfermedades infecciosas y parasíticas	12,8	54,6	39,7	34,5	24,3	58,4	85,7	74,7	119,3	46,9	44,9	79,1
B. Infecciones respiratorias	24,8	39,5	41,8	15,4	12,3	28,4	72,8	70,9	77,3	24,7	23,7	27,4
C. Condiciones maternas	0,2	2,3	0,9	3,0	1,4	4,9	9,7	5,6	8,5	5,7	5,3	8,1
D. Condiciones perinatales (h)	5,5	22,4	15,3	22,1	20,6	26,0	59,0	20,7	63,5	34,9	28,8	44,8
E. Deficiencias nutricionales	3,6	10,4	5,7	4,8	3,6	8,8	24,8	14,3	24,4	14,0	4,9	17,4
II. Enfermedades no transmisibles	464,0	490,2	617,4	328,8	293,4	364,5	295,3	369,8	442,7	381,5	371,9	415,2
A. Neoplasmas malignos	131,7	104,6	157,8	81,5	68,6	87,0	65,0	113,5	139,3	69,7	85,7	77,3
B. Otros neoplasmas	5,7	1,3	8,1	2,2	4,8	1,9	0,2	1,7	2,1	0,9	3,2	0,4
C. Diabetes mellitas	22,6	30,1	26,4	20,0	27,7	32,1	24,4	15,0	18,5	35,2	44,2	34,1
D. Desórdenes de endocrina	3,9	7,9	6,8	2,3	2,7	6,0	7,9	3,7	4,7	3,1	6,0	4,4
E. Condiciones neuropsiquiátricas	32,4	16,7	18,3	5,8	7,5	13,1	22,1	10,0	12,6	14,7	6,6	17,3
F. Enfermedades de órganos	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	0,1	0,1	0,1	-	-	0,0
G. Enfermedades cardiovasculares	164,0	220,6	256,7	142,2	132,2	138,6	87,2	115,1	128,7	157,5	167,2	181,3
H. Enfermedades respiratorias	32,6	49,6	73,9	30,9	14,8	22,7	18,4	26,6	30,9	24,5	17,3	23,4
I. Enfermedades digestivas	43,2	37,5	32,2	22,5	17,7	35,7	45,4	47,4	59,2	41,7	23,7	40,5
J. Enfermedades genitourinarias	16,5	13,3	23,6	10,2	6,7	21,6	14,5	26,4	30,1	25,2	11,0	26,5
K. Enfermedades de la piel	1,8	1,5	3,7	2,0	0,3	0,1	2,1	3,4	3,6	0,1	1,2	0,8
L. Enfermedades músculo-esqueléticas	3,5	2,3	2,0	3,2	2,4	1,8	2,1	2,5	3,0	2,9	1,9	2,8
M. Anomalías congénitas	5,9	4,9	7,9	5,8	8,0	3,9	5,8	4,3	9,7	5,9	4,1	6,2
N. Condiciones orales	0,0	0,0	0,0	0,0	-	-	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
III. Heridas	46,3	76,5	48,0	146,4	88,9	75,8	79,1	52,4	64,9	58,7	67,1	56,4
A. Heridas no intencionales	30,1	39,8	31,9	36,1	41,8	44,0	34,8	47,8	59,4	32,5	37,9	29,2
B. Heridas intencionales	16,2	36,7	16,1	110,3	47,1	31,7	44,3	4,7	5,5	26,2	22,4	27,2

Fuente: OMS, datos actualizados a Febrero de 2009, en <http://who.int/entity/healthinfo/statistics/bodydeathdalyestimates.xls>.

3.2.2 Mortalidad en adultos en Bolivia y comparación internacional

Las enfermedades crónicas son las principales causas de muerte en Bolivia. Las tasas de mortalidad en adultos son las más altas después de Guatemala, pero han disminuido más rápidamente que muchos países desde 1990, entre los que tienen niveles más altos, Ecuador, Perú y Honduras (Tabla 18).

Tabla 18: Tasa de mortalidad de adultos en países seleccionados de América Latina (tasa de mortalidad entre los 15 y 60 años por 1.000 habitantes)

País	Año	Hombre	Mujer	Total	Variación (%)
Grupo 1					
Chile	1990	196	98	147	
	2000	137	69	103	-29,9
	2007	117	59	88	-40,1
Brasil	1990	272	150	212	
	2000	239	126	183	-13,7
	2007	211	106	159	-25,0
Argentina	1990	198	103	150	
	2000	179	92	136	-9,3
	2007	165	88	126	-16,0
Grupo 2					
Colombia	1990	253	139	197	
	2000	227	97	163	-17,3
	2007	163	77	120	-39,1
Venezuela	1990	178	117	148	
	2000	185	98	143	-3,4
	2007	187	94	142	-4,1
Grupo 1					
Ecuador	1990	254	173	214	
	2000	228	141	185	-13,6
	2007	204	122	164	-23,4
El Salvador	1990	385	177	284	
	2000	265	142	203	-28,5
	2007	252	125	188	-33,8
Guatemala	1990	286	198	243	
	2000	292	178	234	-3,7
	2007	300	161	229	-5,8
Perú	1990	164	123	144	
	2000	163	120	142	-1,4
	2007	124	98	111	-22,9
Bolivia	1990	307	247	277	
	2000	263	200	231	-16,6
	2007	238	172	204	-26,4
Nicaragua	1990	272	137	207	
	2000	185	121	153	-26,1
	2007	202	127	164	-20,8
Paraguay	1990	138	99	119	
	2000	158	103	132	10,9
	2007	169	105	138	16,0
Honduras	1990	239	170	205	
	2000	275	157	218	6,3
	2007	214	124	169	-17,6

Nota: Variación porcentual simple, calculada por el autor.

Fuente: Elaboración propia con estadísticas de la OMS, 2010.

<http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicador.aspx?iid=64>

De acuerdo a causas, Bolivia destaca por sus niveles similares en mortalidad estandarizada por edad, por cáncer y causas cardiovasculares, ya que prácticamente en todos los países de la región las enfermedades no transmisibles son la primera causa de muerte, luego se

instala las enfermedades cardiovasculares, cáncer y finalmente las heridas o accidentes (Tabla 19).

Tabla 19: Tasa de mortalidad estandarizada por edad en países seleccionados de América Latina, según causa (por 100.000 habitantes)

País	Cáncer	Cardiovascular	Heridas	No transmisible
Grupo 1				
Chile	132	160	46	458
Brasil	133	286	78	625
Argentina	139	207	46	515
Grupo 1				
Colombia	117	215	150	483
Venezuela	100	209	92	441
Grupo 1				
Ecuador	117	186	83	484
El Salvador	106	184	99	518
Guatemala	119	163	103	515
Perú	163	173	60	534
Bolivia	239	241	74	765
Nicaragua	128	309	71	705
Paraguay	138	278	74	602
Honduras	142	347	68	761

Fuente: Elaboración propia con datos OMS, 2010.

http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=78

3.3 Morbilidad en Bolivia

3.3.1 Morbilidad del adulto en Bolivia

La prevalencia de tuberculosis en Bolivia ha disminuido a casi la mitad entre 1990 y 2007, y ha caído más aceleradamente a partir de 2001, no obstante sigue siendo la tasa más alta de América Latina (Tabla 20). Perú mostró una disminución mucho más acelerada dado que en 1990 era la tasa más alta que la de Bolivia, pero ya en 1993 desplazó a Bolivia a ese lugar y en 2006 incluso desplazó a Ecuador.

Tabla 20: Tasa de prevalencia asociada a la tuberculosis en países seleccionados de América Latina, 1990-2007 (tasa por 100.000 habitantes)

País	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Grupo 1																		
Chile	45	41	38	35	32	30	28	25	24	22	21	19	19	18	15	15	13	12
Brasil	124	119	114	109	104	100	97	93	88	86	83	80	77	72	63	60	56	60
Argentina	96	91	86	82	78	74	71	67	63	58	52	51	42	41	39	39	37	35
Grupo 2																		
Colombia	88	85	82	79	76	73	71	69	67	61	51	62	60	58	55	53	44	43
Venezuela	46	45	44	43	42	42	41	41	40	39	39	41	41	39	38	38	38	39
Grupo 3																		
Ecuador	282	271	259	249	238	228	221	212	207	200	194	185	170	162	155	155	148	140
El Salvador	133	126	119	112	105	99	97	80	76	72	69	66	62	60	57	52	50	48
Guatemala	113	111	108	106	103	100	95	94	93	92	90	91	89	89	86	85	84	87
Perú	394	368	343	320	298	278	270	251	230	222	210	198	187	182	167	155	143	136
Bolivia	377	362	347	333	320	306	271	264	254	248	238	229	223	218	211	205	202	198
Nicaragua	145	137	129	122	114	108	100	97	93	89	85	80	79	73	69	68	64	56
Paraguay	95	93	92	91	89	88	71	92	92	91	90	89	88	85	85	81	74	73
Honduras	141	133	128	123	119	115	114	112	106	98	70	70	72	71	72	71	70	71
América Latina^a																		
	133	127	121	115	110	105	99	96	92	88	82	80	76	73	70	67	64	63

Notas: ^a: Promedio aritmético simple calculado por el autor.

Información revisada al 15/DIC/2009 por CEPAL.

Fuente: OMS: Organización Mundial de la Salud : Base de datos mundial de tuberculosis

3.3.2 Morbilidad de las consultas externas

Cualquier análisis de la morbilidad en Bolivia debe partir por reconocer la falta de información al respecto y los problemas de la información existente según el propio MSD. No obstante lo anterior, la información más completa sobre morbilidad en Bolivia se encuentra elaborada para el año 2004¹⁵ y está organizada en tres ámbitos: consulta externa, hospitalizaciones y emergencias¹⁶. Las consultas externas se presentan en dos niveles, Nivel 3, el más complejo, y Nivel dos, correspondiente a hospitalizaciones en establecimientos de menor complejidad. Aquí se presentan las consultas externas del Nivel 2 y se dejan las hospitalizaciones en anexos.

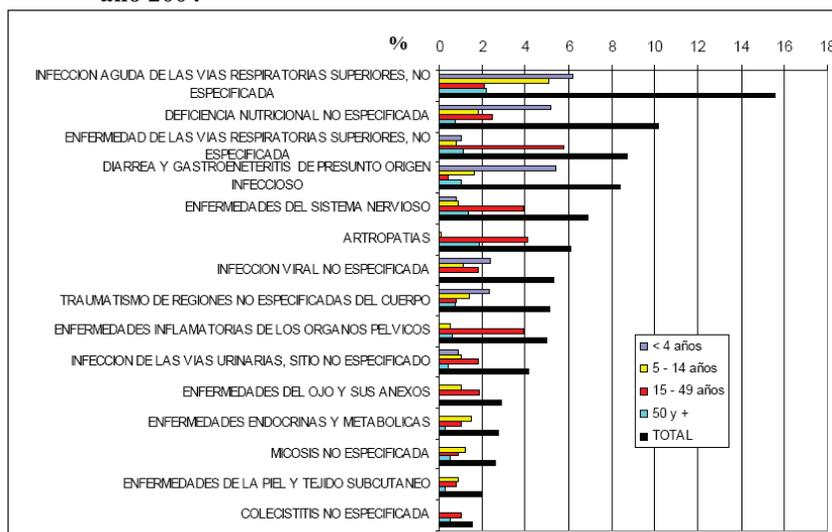
La primera causa de consultas externa en Bolivia es la infección de la vías respiratorias que si se junta con la tercera causa de enfermedades respiratorias (en la primera predominan los niños y viejos y en la segunda los adultos) constituyen cerca del 25 por ciento de todas las consultas externas (Figura 11). La desnutrición, que es predominantemente infantil, es motivo de consulta importante con un segundo lugar y con el 10 por ciento. Con más del 8 por ciento las

¹⁵ Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia.

¹⁶ En los Anexo G y Anexo H se presentan la información de hospitalizaciones. Las hospitalizaciones están organizadas por causa y áreas geográficas y desagregadas por edad. La información incluye las consultas externas del Nivel 3. A esta información hospitalaria se sumó información hospitalaria específica de la seguridad social de salud de Bolivia para el año 2008. Las emergencias se registraron para el nivel hospitalario de tercer nivel siempre para el año 2004.

diarreas de predominio infantil y gastroenteritis ocupan un cuarto puesto. Luego aparecen las consultas por problemas del sistema nervioso, fundamentalmente en el adulto. Las demás causas de consultas externas pueden observarse en la Figura 11.

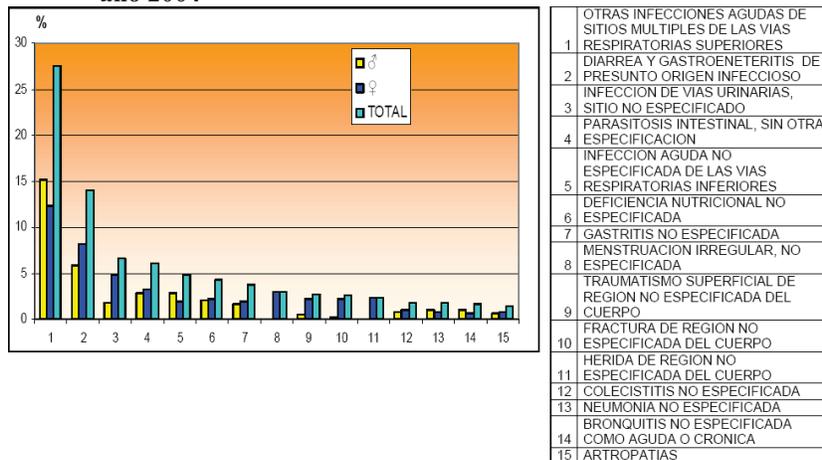
Figura 11: Morbilidad de consultas externas urbanas por causa y edad, año 2004



Fuente: Perfil de Morbilidad Gestión 2004, Ministerio de Salud y Deportes.

En cuanto a la consulta externa en las áreas rurales también en primer lugar aparecen las infecciones en vías respiratorias pero las áreas rurales se diferencia de las áreas urbanas por la predominancia mayor de las diarreas y las infecciones de vías urinarias en el segundo y tercer lugar (Figura 12).

Figura 12: Morbilidad de consultas externa rurales por causa y edad, año 2004



Fuente: Perfil de Morbilidad Gestión 2004, Ministerio de Salud y Deportes.

4. Organización institucional del sector salud

En este capítulo se presenta una descripción de la organización institucional del sector salud de Bolivia. En una primera sección se presenta el marco legal del sector y sus implicancias en la gestión del Sistema Nacional de Salud (SNS). Luego se presenta una visión general del sector, seguido de un esquema de los flujos financieros y de servicios de salud. La estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud se presenta en la cuarta sección. Le sigue una descripción de los sistemas de información del sector salud. Finalmente, se concluye con algunas observaciones sobre el funcionamiento y organización del sector.

4.1 Leyes, normas y rectoría

La Constitución Política del Estado en el Artículo 18 establece que todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. Sin embargo, Bolivia no tiene una ley general de salud. El sector salud funciona en base al Código de la Seguridad Social de 1956 y el Código de Salud de 1978.

El Código de la Seguridad Social es obligatorio para trabajadores con dependencia obrero-patronal. Dicho código regula el Seguro Social Obligatorio y las asignaciones familiares. El primero protege a los trabajadores y sus familiares en caso de: enfermedad; maternidad; riesgos profesionales; invalidez; vejez; y muerte. Las asignaciones familiares corresponden a los siguientes subsidios: matrimonial; de natalidad; de lactancia; familiar; y de sepelio.

El 15 de abril de 1987 se promulgó la Ley Financial No. 0924, que en su artículo tercero replantea los esquemas de Seguridad Social dejándole a las cajas de salud la administración de los seguros a corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales) y a los Fondos Complementarios la administración de las prestaciones a largo plazo (invalidez, vejez y muerte). Ahí también se establece la contribución a la seguridad social de corto plazo (cajas de salud) de 10 por ciento del salario de los trabajadores.

El Código de Salud establece la regulación para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población y define la salud como un bien de interés público. Asimismo, establece que es de responsabilidad del Estado velar por la salud del individuo, la familia y la población en su totalidad. El Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud y Deportes, define la política nacional de salud, la regulación, planificación, control y coordinación

de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas sin excepción alguna.

La gestión del sistema de salud se modifica en los años noventa mediante la promulgación de dos disposiciones legales, que significaron el inicio de un proceso de apertura a la participación ciudadana y a una descentralización administrativa en el manejo de los recursos del sector salud. La Ley N° 1551 de Participación Popular, promulgada el 20 de abril de 1994, establece una participación activa de la sociedad civil en los procesos de planificación (Planificación Participativa), mayores recursos a los Municipios (Coparticipación Tributaria) y representación de la sociedad civil (reconocimiento de las Organizaciones Territoriales de Base – OTB's) y creación del Comité de Vigilancia), en la toma de decisiones y control social.

Con la Ley de Participación Popular se promueve la participación de la sociedad civil. También se transfiere a los municipios la infraestructura física de salud con la obligación de administrarla. Asimismo, incrementa recursos en favor de los gobiernos municipales, a los que se denominan recursos de Coparticipación Tributaria y clasifica los ingresos del Estado en Nacionales, Departamentales y Municipales, y establece un principio de distribución equitativa, en función al número de habitantes de cada sección de provincia, de los recursos de Coparticipación Tributaria.

Con la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa de 24 de julio de 1995, se formaliza el proceso de descentralización administrativa transfiriendo atribuciones de carácter técnico administrativo a nivel departamental.

El Programa de Alivio a la Pobreza (HIPC II) distribuye los recursos de manera focalizada a través de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), es decir, asigna mayores recursos a los municipios más pobres, en función a las categorías establecidas. Con esta distribución de recursos, con base en la equidad, nivel de pobreza y eficiencia, se incrementan los recursos a los Municipios.

En este marco el nuevo modelo de gestión se divide en los cuatro ámbitos de gestión que se presentan en la Tabla 21.

Con este nuevo modelo de gestión se implementó, mediante la promulgación del Decreto Supremo 25265 del Seguro Básico de Salud (SBS) de diciembre de 1998, como política principal de la Reforma de Salud en Bolivia para dar a la población el acceso gratuito a un paquete básico de 92 prestaciones de servicios preventivos y curativos. El principal objetivo era de disminuir las

altas tasas de mortalidad materna e infantil, así como la curación de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población.

El Seguro Médico Gratuito de Vejez se aprobó en 1998 brinda una atención médica integral de consulta externa, exámenes, cirugías, hospitalización, medicamentos, rehabilitación, servicios preventivos y odontológicos. Se financia en base a una prima anual de US\$56,00 por afiliado donde el TGN paga el 60 por ciento de la prima y el restante 40 por ciento las municipalidades. Sin embargo, en el año 2006, se reemplaza dicho seguro con el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) cuyo financiamiento es otorgado en su totalidad por las municipalidades.

Tabla 21: Ámbitos de gestión del Sistema Nacional de Salud de Bolivia

Ámbito	Atribuciones principales	Nivel de gestión
Nacional Ministerio de Salud y Deportes (MSD)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órgano rector y normativo ▪ Responsable de formular la estrategia, políticas, planes y programas nacionales ▪ Responsable de dictar normas que rigen el Sistema Nacional de Salud. 	Normativo nacional
Departamental Servicios Departamentales de Salud (SEDES) – dependiente de la Prefectura	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Articula las políticas nacionales y la gestión municipal. ▪ Coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en coordinación con los gobiernos municipales. ▪ Promueve la participación comunitaria y del sector privado. ▪ Encargado de hacer cumplir las políticas en salud. 	Gestión técnica departamental
Municipal Directorio Local de Salud (DILOS) – conformado por representantes de los Gobiernos Municipales, Comités de Vigilancia y los SEDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Máxima autoridad en la gestión compartida con la participación popular en salud para el cumplimiento de la Política Nacional en Salud, implementación del SUMI y aplicación de programas priorizados por el municipio. ▪ Armonizar la planificación participativa municipal con el sector salud para garantizar la prestación de todos los servicios de salud, el desarrollo de programas de atención integral y el SUMI. ▪ Promover y gestionar programas y proyectos de cooperación técnica y financiera para la provisión de servicios de salud en el marco de regulaciones y convenios en vigencia. ▪ Elaborar, suscribir y evaluar compromisos de gestión con el Gerente de Red. ▪ Instruir la realización de auditorías financiero contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios. ▪ Apoyar, controlar y atender los procesos de fiscalización en el uso de Cuentas Municipales de Salud, promoviendo la generación periódica de informes dirigidos a los entes deliberantes y de control social. ▪ Gestionar recursos físicos, financieros y humanos de la red de servicios para mejorar la calidad y eficiencia en la producción de servicios 	Gestión
Municipal Red de Salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Instancia técnica, operativa y ejecutiva del ámbito de gestión, responsable del funcionamiento de la red de salud, respetando y obedeciendo las decisiones del DILOS. ▪ Firma el Convenio Local de Salud y es responsable del cumplimiento de las actividades planificadas en materia de prestación de servicios de salud, y otras relacionadas con la promoción y movilización comunitaria en salud. ▪ Es responsable de gestionar la adecuada y suficiente gestión de recursos humanos y de supervisar y realizar seguimiento a la prestación de servicios de salud en todos los establecimientos que la conforman. ▪ Es responsable de coordinar la implementación de programas y proyectos de apoyo a la salud que trabajan con recursos privados ▪ (ONGs, iglesia, etc.). 	Gestión
Local Establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Responsable de hacer la prestación de servicios de salud. ▪ Responsable de coordinar con los usuarios y las autoridades municipales la solución de problemas relacionados con: horarios de atención a la población, comunicación entre personal de salud y, como nivel operativo comunidad, promoción de los servicios de salud, difusión de información sobre gratuidad del seguro hacia los usuarios de los servicios y planificación participativa de la implementación de los servicios de salud. 	Operativo

Fuente: Contraloría General de la República de Bolivia, 2007.

Desde 1996 existía el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez que incluía una cobertura de 32 prestaciones. Sin embargo, como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza (EBRP) se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) que entró en vigencia a

partir del 1 de enero de 2003 con una cobertura de 500 prestaciones.¹⁷ En el año 2005, mediante la Ley 3250, la cobertura se amplía agregando 27 prestaciones en salud sexual y reproductiva y para mujeres en edad fértil.

Se establece que el financiamiento del SUMI sería mediante:

- El Tesoro General de la Nación (TGN) cubre el costo de los servicios personales;
- El 10 por ciento de los recursos de Coparticipación Tributaria cubre el costo de los insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales.
- Hasta el 10 por ciento de los recursos de la cuenta especial Diálogo 2000, que cubre el costo de los insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales, cuando los recursos de Coparticipación Tributaria sean insuficientes.

Los recursos propios (provenientes de los servicios que prestan los centros hospitalarios y de salud) y los recursos municipales de participación popular (Coparticipación Tributaria) y de generación local financian los siguientes ítems: suministro de medicamentos, insumos y suministros médicos, mantenimiento y conservación de equipos médicos, servicios básicos de energía eléctrica, agua potable, teléfono y limpieza de los establecimientos de salud, mantenimiento de la infraestructura de los centros de salud, construcción de infraestructura médica y equipamiento, material de escritorio y capacitación de recursos humanos municipales.

¹⁷ No obstante, con la información disponible, no es posible saber si estas 500 prestaciones se contabilizan de manera equivalente a las 32 mencionadas antes, es decir, si las cifras son directamente comparables o no.

Tabla 22: Leyes, decretos supremos y normas del sector salud

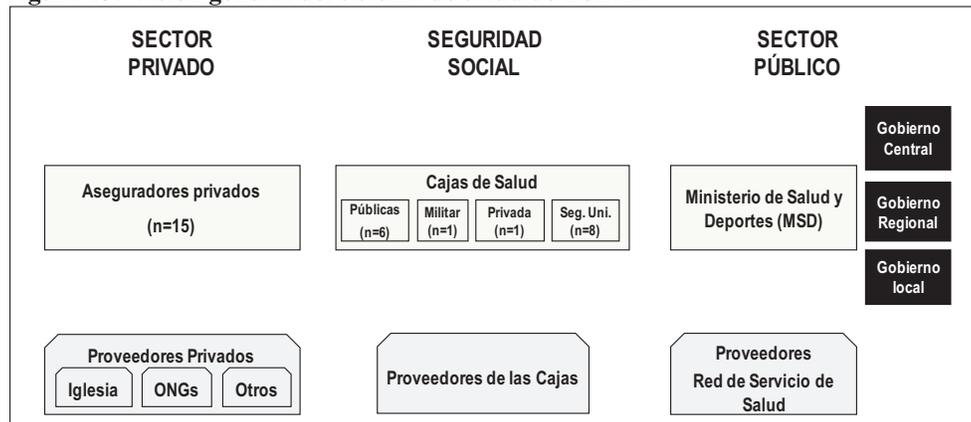
Fecha	Ley, Decreto Supremo, Norma
20/04/1994	Ley No. 1551 de Participación Popular
28/07/1995	Ley No. 1654 de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental
28/07/1995	Ley No. 1654 Ley de Descentralización Administrativa
24/05/1996	Decreto Supremo 24303 del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (abrogado con el Decreto Supremo 25265)
17/07/1996	Ley No. 1702 Modificación a la Ley No. 1551 de Participación Popular y a la Ley No. 696 Ley Orgánica de las Municipalidades
14/08/1998	Ley No. 1886 Seguro Médico Gratuito de Vejez
30/09/1998	Decreto Supremo Reglamentario 25186 del Seguro Médico Gratuito de Vejez
31/12/1998	Decreto Supremo 25265 del Seguro Básico de Salud
31/07/2001	Ley No. 2235 de Diálogo Nacional (Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP))
21/11/2002	Ley No. 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (entra en vigencia el 1 de enero del 2003)
21/12/2002	Decreto Supremo 26875 de Modelo de gestión y Directorio Local de Salud
06/12/2005	Ley 3250 SUMI ampliado
16/01/2006	Ley 3323 Seguro de Salud para el Adulto Mayor

Fuente: Elaboración propia.

4.2 Visión general del sistema de salud

El sistema de salud boliviano es un sistema segmentado con tres subsectores (Figura 13): el privado, la seguridad social de corto plazo (o seguridad social en salud) y el público. El sector privado funciona en un esquema de libre mercado con 15 empresas de seguros de salud que compran servicios a través de convenios de proveedores privados de la misma aseguradora o a través de convenios con otros proveedores privados. Entre los proveedores privados se encuentran aquellos administrados por la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y otros. La seguridad social de corto plazo, conocida como las cajas de salud, incluye 6 cajas de salud públicas (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), una Caja de Salud privada (Caja de Salud de la Banca Privada), la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y ocho Seguros Universitarios. Cada caja tiene su propia red de proveedores de los cuales compra los servicios a sus beneficiarios. Finalmente, en el sector público el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) es una entidad de administración pública a cargo de la rectoría del sector. Al nivel regional de la administración territorial de los departamentos están los Servicios Departamentales de Salud (SEDES). Finalmente, el sector público tiene su propia red de proveedores administrado por las municipalidades.

Figura 13: Visión general del sistema de salud de Bolivia



Fuente: Elaboración propia.

4.3 Flujo de recursos financieros y de servicios de salud

La Figura 14 muestra el flujo de recursos financieros y de servicios de salud en los tres subsectores. El subsector privado funciona a través de la contratación de seguros de salud ya sea por la población o por empleadores mediante el pago de primas. Sus beneficiarios acceden a los servicios de salud de la red de proveedores privados especificado en sus seguros y realizan los copagos correspondientes.

En el caso de la seguridad social de corto plazo, los empleadores de los trabajadores realizan pagos correspondientes al 10 por ciento del salario del trabajador que cubre a su familia incluyendo a hijos hasta los 25 años de edad. Los empleadores seleccionan la caja de salud al cual afilian a sus trabajadores y familias. Los beneficiarios acceden a las redes de proveedores de servicios de salud que cada caja ofrece. Las cajas financian a sus proveedores con presupuestos históricos.

La seguridad social de corto plazo también acoge a los jubilados. Su cobertura se financia mediante el pago de un tres por ciento de su renta pensionista a la caja de salud de la cual era beneficiario era trabajador activo. La población en general también puede acceder al aseguramiento de las cajas de salud mediante la compra de seguros de salud con el pago de primas.

Finalmente, el subsector público ofrece seguros públicos y programas nacionales a la población, además de los servicios de atención de salud primarios, secundarios, hospitalarios y de urgencia (emergencia) que brinda la red pública de atención. El MSD recibe del Tesoro Nacional mediante la asignación del Presupuesto General de la Nación, recursos para asignar a

los Gobiernos Regionales y Programas Nacionales. Los dos principales seguros son el SUMI y el SSPAM. Asimismo, el MSD administra los programas nacionales en salud. La asignación a los gobiernos regionales se asigna a las SEDES que financian los recursos humanos (RRHH) de los establecimientos de su red.

Las municipalidades son las responsables de la administración de los establecimientos. Los gobiernos locales o municipalidades financian el SUMI asignando el 10 por ciento de los recursos de los fondos del HIPC (*Highly Indebted Poor Countries* – Países Pobres Altamente Endeudados). A su vez, el SSPAM se financia por una asignación per cápita de US\$56 por adulto mayor. Los gobiernos regionales o departamentales asignan el financiamiento de los recursos humanos de los establecimientos, mientras que las municipalidades financian los gastos operacionales (equipos e insumos). La inversión en establecimientos de salud es administrada por el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS). Finalmente, los programas nacionales se financian con recursos asignados por el MSD por mediante donaciones o préstamos de fuentes externas.

El subsector público ofrece servicios en todos los niveles de atención. En caso de que no exista un establecimiento público, las atenciones aseguradas por el SUMI o el SSPAM pueden ser provistas por establecimientos de las cajas. En tal caso el gobierno local paga a dichos establecimientos por sus servicios.

4.4 Estructura, organización y funcionamiento

El SNS está organizado en redes de servicios de salud para garantizar continuidad de la atención hasta la resolución de los problemas. La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria en salud con los mecanismos de referencia y contra-referencia con el segundo y tercer nivel de atención. Siguiendo el principio de interculturalidad, el modelo de atención SAFCI incluye la articulación de la atención biomédica y la tradicional.

La red de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutive, entendiéndose como ésta como la capacidad de diagnosticar, tratar y resolver los problemas de salud de la población.

4.4.1 Atención primaria de salud (APS)

El primer nivel de atención son los Puestos de Salud y Centros de Salud (con y sin camas). Las principales atenciones que se ofrecen en el primer nivel incluyen: promoción de salud, educación en salud, prevención en salud, consulta ambulatoria, internación de tránsito (en establecimientos con camas) y visitas domiciliarias. Como se mencionó anteriormente, los establecimientos de primer nivel de atención son el primer punto de contacto de la población con el sistema de salud.

Las principales funciones se realizan tanto en los establecimientos de salud como también con la comunidad. Por ejemplo, en el establecimiento, aparte de prestar atención integral, debe realizar actividades de educación y promoción en salud, vigilancia epidemiológica completa y vigilancia epidemiológica nutricional y violencia intrafamiliar (en coordinación con las Unidades Nutricionales Integrales –UNI). En la comunidad debe fomentar la participación social, coordinar con autoridades locales y comités de salud y lograr alianzas estratégicas.

Existen comunidades que no tienen un Puesto de Salud o Centro de Salud por su difícil acceso. El programa “Extensa” de extensión de coberturas llega a aproximadamente 2,500 comunidades de todo el país para entregar la atención primaria de salud a través de brigadas móviles.

4.4.2 Atención secundaria y terciaria de salud

El segundo nivel de atención de salud se compone por los Hospitales Básicos que ofrecen servicios de inter-consulta para especialidades básicas (medicina interna, pediatría, ginecología-obstetricia, cirugía, traumatología, anestesiología, servicios básicos de apoyo de diagnóstico y

terapéutico). En este nivel se realiza la referencia al tercer nivel o la contrarreferencia al primer nivel de atención que le haya solicitado la atención. Al hospital básico se le asigna la población de un área territorial. Entre sus funciones está la de implementar las Unidades Nutricionales Infantiles (UNI) para la atención de niños menores de dos años con problemas de desnutrición.

El tercer nivel de atención se representa por los hospitales generales y los institutos especializados que ofrecen servicios de consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y sub-especialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos de alta complejidad.

4.5 Sistemas de información

Los sistemas de información en salud disponibles en Bolivia provienen básicamente de tres *Fuentes*: i) sistema de vigilancia epidemiológica, ii) encuestas de salud y de hogares (aunque esta última no es exclusiva de este sector), y iii) registros entre los cuales se cuentan los de morbi-mortalidad y los asociados a la gestión en particular a la gestión financiera.

En cuanto a la vigilancia epidemiológica y registros de morbi-mortalidad Bolivia cuenta desde hacen más de diez años con un Sistema Nacional de Información de Salud, SNIS, que proporciona información sobre los servicios de salud y sobre morbilidad que está bajo acción programática, así como de indicadores de vigilancia epidemiológica. El SNIS es regulado por el nivel central a través de la unidad que administra la gestión de la información en salud destinado a la gerencia, la vigilancia de la salud pública y el análisis de la situación de salud para la toma de decisiones en los diferentes niveles del sistema de salud.¹⁸

4.5.1 Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica (SNIS-VE)

Este sistema tiene por objetivo mejorar los procedimientos de la vigilancia epidemiológica, que se componen de notificación, procesamiento, análisis y comunicación de la información, así como los procedimientos para el análisis de la situación de salud, en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud, como lo define el propio ministerio (MSD, 2010).

El subsistema de vigilancia epidemiológica, es parte del Sistema Nacional de Información en Salud SNIS, a través de la vigilancia de enfermedades transmisibles busca estimar la magnitud de los problemas, determinar su distribución geográfica, monitorear cambios

¹⁸ Ver la página web del SNIS: <http://www.sns.gov.bo/snis/>

a corto y largo plazo en su patrón de presentación y en coordinación con los programas y red de laboratorios, identificar cambios en los agentes infecciosos y modificaciones en las prácticas de salud, para facilitar la planificación y toma de acciones eficaces y oportunas. La vigilancia de las enfermedades contribuye con la información a la Vigilancia Epidemiológica, entendida como un proceso continuo y sistemático de colección, análisis investigación, interpretación y diseminación de datos de un evento de salud. La información obtenida es utilizada para las acciones de prevención y control en los diferentes niveles del sistema y permite planificar, implementar y evaluar programas y proyectos de salud. El desarrollo de esta herramienta es estándar con enfermedades de notificación obligatoria, etc.

4.5.2 Encuestas

A. Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA)

Las ENSAs se han realizado cada 4 años desde 1990 y constituyen una fuente de información muy importante. Considera módulos demográfico, de salud materno-infantil, nutrición materno infantil, salud sexual y reproductiva, planificación familiar, violencia sobre la mujer y niños, a nivel departamental, regional y nacional. Un problema de las ENSAs es el efecto de la estacionalidad en algunos datos de morbilidad al ser levantadas en distintos períodos de los años y a pesar de los períodos de recordación.

No obstante, en general, estos datos permiten comparar la información sociodemográfica, las tendencias y los cambios registrados en materia de salud materna e infantil y en la fecundidad durante los últimos 20 años, sobre la base de los datos de las ENSAs anteriores y de otros estudios.

B. Encuesta de Hogares (EH)

Las encuestas de hogares desde el punto de vista del sector salud son coherentes con la necesidad de establecer el nivel y la distribución del acceso a la salud en la población y los factores que más influyen en ello, como son los determinantes de salud.

La encuesta de hogares de Bolivia tiene módulos de vivienda, de salud, educación, migraciones, trabajo e ingresos, todos ellos pueden ser relacionados con salud. El módulo salud se compone de cerca de 25 preguntas y se divide en partes: una parte de enfermedades diarreicas y respiratorias (niños), una sección de salud de todos los miembros del hogar, de acceso a la salud y una sección de fecundidad para mujeres.

Existe una rama de preguntas condicionadas que se inicia con la respuesta afirmativa de la existencia de enfermedad o accidente en el último mes anterior al levantamiento de la encuesta. Si la respuesta es afirmativa se pregunta a quién consultó en el sistema. Sin embargo si la respuesta es negativa no se le pide clasificar el motivo por el cual no consultó. Tampoco si su respuesta es afirmativa se le pregunta por el lugar de la consulta, el tipo de pago por ella, si tuvo medicamentos y el grado de satisfacción por la atención recibida. Si se contara con esa información se podría determinar quienes tuvieron necesidad de atención y quiénes no pudieron satisfacerla. Una vez seleccionado este grupo se analizarían sus características. Tampoco se incluyen preguntas al entrevistado por la existencia de controles de salud en el último mes y por la atención hospitalaria en el último año, el establecimiento de atención en que se efectuó la atención, la satisfacción en distintos aspectos y los días de hospitalización y tipo de pago en los casos correspondientes. Esta información podría ser utilizada en el análisis de acceso.

4.5.3 Registros

El desarrollo de registros persigue la captación, sistematización, consolidación y difusión de los datos y la información relacionados con la producción de servicios para facilitar la toma de decisiones gerenciales y de vigilancia epidemiológica, en todos los niveles de atención y administrativos del Sistema Nacional de Salud. Esta información permite a los establecimientos de salud realizar la planificación, ejecución y control de sus actividades.

La actividad de salud en Bolivia se registra en distintos formatos, de acuerdo a niveles de atención. De este modo se registra en el primer nivel a través de la Hoja de evaluación, Cuaderno N°1 y Estadístico VI, a nivel secundario a través de el Cuaderno N°1, Censo diario de Camas y Epicrisis y en el tercer nivel las fuentes de datos son la Historia clínica de consulta externa, Historia clínica de internación, Hoja de admisión de emergencias, Censo diario de camas, Epicrisis, Registro diario de consultorio externo y el Resumen de admisión y egreso hospitalario. Con ello se obtienen información de diagnósticos, antecedentes personales e historia clínica. La morbilidad se registra en CIE-10 y no se encuentra una codificación específica para la Atención del primer nivel.

En cuanto a la información financiera como costos y gastos se utilizan los sistemas implementados también en otros países de contabilidad de costos como el Winsig y/o sus anteriores, en algunos hospitales. Así como aquellos específicos de seguimiento financiero de los seguros o programas como el SUMI.

En suma en Bolivia se genera información relevante en todos los niveles de salud, que en general, aún no logran transformarse en un sistema integrado de información en salud. La información que se genera es de tipo estándar a nivel internacional y cuenta con orientaciones de desarrollo pertinentes, también ha contado con apoyos bastante sólidos en su desarrollo (BID, OPS, USAID). Dado lo anterior, parece posible que se puedan alcanzar un nivel de integración y sistematización importante en un plazo prudente. No obstante, se echa en falta el impulso de una clasificación adecuada para la atención ambulatoria primaria, lo que es particularmente relevante en el contexto de la estrategia de desarrollo actual de las políticas de salud.

Cabe señalar que aunque Bolivia cuenta con las ENDSAs que se usan para calcular las tasas de mortalidad, la construcción de indicadores de mortalidad no debiera reemplazar a aquellos esfuerzos por construir indicadores a partir de registros de rutina y estandarizados, tal como recomiendan los organismos internacionales. Por otra parte, el hecho de tener esta encuesta no debiera inhibir en ningún caso la implementación definitiva del sistema de registros del sistema de información de salud.

5. Reforma del sector salud

Las políticas públicas de Bolivia están fuertemente enfocadas a las políticas sociales, en particular al sector salud. El Proyecto de Reforma del Sector Salud (que se inició en el año 1999 financiado por el BM y el BID) se diseñó para introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, en sus relaciones y sus funciones. Dichas reformas estaban dirigidas a mejorar la equidad en la prestación de servicios de salud, la eficiencia de su gestión y la efectividad en las intervenciones de salud. Una condicionante de los organismos internacionales para financiar el Proyecto de Reforma del Sector Salud fue el compromiso con el proceso de descentralización de los servicios de salud, de tal manera que las prefecturas y municipios se hicieran cargo de la administración, evaluación y supervisión de recursos humanos, infraestructura y también del manejo y ejecución de partidas presupuestarias, asignadas a estas actividades.

La Ley de Participación Popular promulgada en 1994 contempló la municipalización del país y la transferencia de competencias y recursos a regiones, poblaciones rurales y pueblos indígenas para que tuviesen la posibilidad de decidir las mejores alternativas de desarrollo, según sus propias vivencias y prácticas culturales. Esta ley también logró incluir a la población en las

decisiones políticas. Entonces, se dio inicio a la descentralización y el Proyecto de Reforma del Sector Salud la fortalecería. Sin embargo, la transferencia de funciones también conllevó un debilitamiento del MSD. El tema de la descentralización y su implementación ha sido estudiado y una de las lecciones aprendidas de esta literatura es que la descentralización tiene prerequisites y uno de ellos es que el descentralizado tenga la capacidad de recibir lo que se le ha delegado (Williamson, 2000).¹⁹

En el año 2006 el MSD presentó un marco general de rediseños de las políticas de salud, manifestando la voluntad política para impulsar la reforma del sector. Allí, el estado se definió como garante de las personas a la salud, innovando además, en el reconocimiento de preferencias culturales y en un modelo participativo para la gestión de los servicios. En efecto, en la Constitución Política, aprobada en el año 2008, se establece que: “Toda persona tiene derecho a la salud y el estado garantiza estos derechos. El Sistema de Salud Unificado será universal, libre, equitativo, intercultural, y participativo, con calidad, con calidez y control social”.

Es así como el eje central de la reforma pasa a ser el modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI) que pone gran énfasis en la promoción de la salud y en la comunidad.

A continuación se presentan los objetivos de la reforma, su nuevo enfoque, el modelo SAFCI y los avances de la reforma en base al Plan Nacional de Desarrollo (PND) del 2006-2010 y más específicamente en los Planes Sectoriales de Desarrollo (PSD) 2006-2010 y 2010-2020 para el sector salud.

5.1 Objetivos generales de la reforma

El objetivo general de la reforma es mejorar el estado de salud de los bolivianos, mediante la implementación del modelo SAFCI, y así cumplir con los ODMs.

5.2 El nuevo enfoque

El presidente de la república, Evo Morales, introdujo un nuevo enfoque para el sector de la salud a través del “Plan General de Desarrollo Económico Social 2006-2010 Vivir bien” aprobado en el 2007. El nuevo enfoque se basa en el informe de Lalonde (1974),²⁰ donde se introduce una

¹⁹ La descentralización se analiza en la teoría económica bajo un modelo de agente-principal, esto ha sido estudiado por Laffont (1987) e Ibern (1999).

²⁰ Marc Lalonde era el ministro de salud de Canadá en la época.

nueva definición de la salud en base a sus determinantes y condicionantes, dejando de lado la visión más clínico-resolutiva vigente. Los determinantes y condicionantes se entienden como aquellos factores que influyen en la situación de salud, entre estos: el estilo de vida, el medioambiente, las características biológicas humanas, y los servicios de salud. Este enfoque justifica una mayor promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

5.3 Avances en la implementación de la reforma

5.3.1 Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien

El Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 fue desarrollado por el Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD) y presentado en el 2007 (MPD, 2007). El plan presenta las bases para que todos los sectores alineen sus políticas y planificación para lograr un modelo común social, económico y estatal.

El PND plantea cuatro grandes estrategias:

1. **Bolivia Digna:** Estrategia socio-comunitaria que comprende a los sectores distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales;
2. **Bolivia Soberana:** Estrategia de relacionamiento internacional que comprende las relaciones económicas, políticas y culturales con la comunidad internacional e incluye a los sectores de comercio internacional;
3. **Bolivia Productiva:** Estrategia económica que comprende a los sectores que conforman la matriz productiva;
4. **Bolivia Democrática:** Estrategia del poder social que comprende a los sectores que promoverán el poder social en los diferentes territorios.

El sector salud se desenvuelve principalmente en la estrategia de Bolivia Digna o la estrategia socio-comunitaria. Los objetivos de esta estrategia son: 1) erradicar la pobreza; 2) erradicar la exclusión social; y 3) eliminar la discriminación, marginación y la explotación de la población. Para lograr estos objetivos se plantea fortalecer las capacidades de las familias y las comunidades a través de la provisión de servicios básicos como servicios de salud. La idea es de devolver la dignidad a través del respeto a los derechos humanos y el principio de libertad cultural en una población diversa.²¹

²¹ Ver Ministerio de Planificación del Desarrollo (2007) para un desarrollo completo de las estrategias.

En el PND 2006-2010 se establece el “vivir bien” como la base de un modelo de vida comunitario que privilegia el bien común por sobre el bienestar personal. Este enfoque, del vivir bien, para el caso del sector salud prioriza la promoción de la salud y el acceso a la salud. Esto, a su vez, debe ser acorde con un país multiétnico y pluricultural.

La Tabla 23 resume la interconexión entre las cinco dimensiones propuestas en el PND 2006-2010 y el sector salud. En particular, presenta como el sector salud aporta a cada dimensión de dicho plan. Por ejemplo, el modelo de gestión SAFCI aporta en la dimensión de “vivir en comunidad” a través del rol que se le entrega a las Autoridades Locales de Salud y los Consejos Locales de Salud (CLOS) que se conforman por representantes de la comunidad para el control y vigilancia del sector.

Tabla 23: Mecanismos para que el sector salud aporte en las dimensiones del vivir bien del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010

Dimensión del vivir bien	Aporte del sector salud
Vivir en comunidad (compartir decisiones, recursos y beneficios)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Modelo de gestión SAFCI–Autoridades locales de salud y Consejos Locales de Salud ▪ Mejor estado de salud para toda la población ▪ Los recursos en el Sistema Único de Salud son de una comunidad ▪ Mejor acceso al Sistema Único de Salud ^A
Acceso y disfrute de los bienes	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor acceso a la promoción de la salud ▪ Programa Desnutrición Cero ▪ Bono Juana Azurduy
Realización afectiva, subjetiva y espiritual, identidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocer los usos y costumbres tradicionales (incluida la medicina tradicional) ▪ Mejor relación entre el personal de salud y la población
Armonía con la naturaleza, vivir en equilibrio con los alrededores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mejor armonía con la naturaleza ▪ Mejor gestión de los desechos del sector salud ▪ Utilización de los productos naturales para la farmacopea tradicional y natural
Descolonización (pensamiento, saber, conocimiento y poder basado en la diversidad cultural y la construcción de igualdad)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento y desarrollo de la medicina tradicional ▪ Incorporación los pensamientos y saberes de la comunidad como ejes centrales de las tomas de decisiones y planificación del sector ▪ Implementación del Sistema Único de Salud para lograr la igualdad en salud

Nota: ^A Ver sección 5.4.2 para la descripción del Sistema Único de Salud.

Fuente: Adaptado de MPD, 2007.

5.3.2 Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010

El Plan Sectorial de Desarrollo 2006-2010 se prepara en base a PND 2006-2010. A continuación se presenta una breve reseña de la visión, sus objetivos, estrategias, políticas y programas y una breve evaluación de sus logros.

A. Visión del sector salud al 2010

La visión de la reforma, planteada en el PSD 2006-2010, en orden de prioridad, es:

1. Lograr establecer el Sistema Único de Salud (SUS) con acceso universal que considere la interculturalidad y la medicina tradicional, de tal manera que sea inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado. El SUS sería conducido y dirigido por el MSD;
2. Utilizar el enfoque de determinantes de salud para mejorar la situación de salud del país;
3. Fomentar la participación de la población en su estado de salud de tal manera que puedan ejercer su derecho a la salud; y
4. Lograr el camino el “Vivir Bien”.

B. Objetivos del PSD 2006-2010

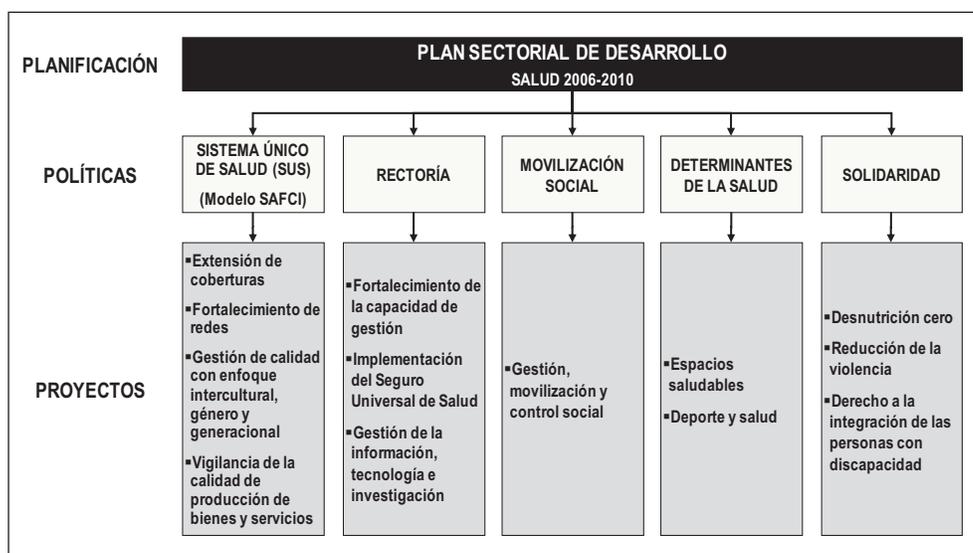
Los objetivos son:

1. Mantener la tendencia necesaria para cumplir los ODMs para el 2015;
2. Lograr un acceso del 100 por ciento de la población al SUS y además a servicios básicos;
3. Eliminar la desnutrición en niños menores de cinco años;
4. Generar un ambiente sano y sostenible, con vigilancia del ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos; y
5. Eliminar la violencia intrafamiliar focalizada en niñas de municipios pobres.

C. Resumen de las políticas, programas y proyectos del PSD 2006-2010

La Figura 15 muestra el esquema planteado para las cinco políticas del PSD 2006-2010 y los programas y proyectos para implementar dichas políticas.

Figura 15: Plan Sectorial de Desarrollo para el sector salud, 2006-2010



Fuente: MSD, 2007.

D. Evaluación del PSD 2006-2010

El PSD 2006-2010 no incluyó un plan de seguimiento y evaluación por lo que es muy difícil poder evaluar sus avances. Además no existen evaluaciones rigurosas de políticas en salud, sobre todo considerando el enfoque del PSD que prioriza los determinantes de salud y que requiere conocer las causalidades en el sector. Sin embargo, el PSD 2010-2020 destaca que no hubo una gran difusión del PSD 2006-2010 lo que pudo haber jugado en contra de la realización del mismo. Por otro lado, sí se puede observar que en lo que respecta a los ODM, Bolivia no ha logrado acercarse a los objetivos planteados y en algunos casos hasta se ha retrocedido (ver sección de ODMs).

5.3.3 Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI)

El modelo SAFCI fue establecido mediante el Decreto Supremo No. 29601 de 2008, el cual determina que el nuevo modelo se operacionaliza mediante un modelo de atención y un modelo de gestión participativa y control social en salud. El SAFCI se basa en un enfoque que incorpora las diferencias culturales de la población en múltiples aspectos. Uno de ellos, es generar una relación más “horizontal” entre culturas, por ejemplo, reconociendo la importancia de los médicos tradicionales.

El modelo SAFCI se basa en cuatro principios:

1. Participación social;
2. Interculturalidad;

3. Integralidad; e
4. Intersectorialidad.

Estos principios se han incorporado al SNS de la siguiente manera:

Participación Social: Se crea el proceso de Gestión Compartida en Salud para las comunidades urbanas y rurales. Este proceso involucra a las comunidades en la planificación, ejecución, administración, seguimiento y control social.

Interculturalidad: Se plantea la necesidad del trato más “horizontal” entre los diferentes agentes del sistema de tal manera que se respeten las diferencias culturales de cada persona.

Integralidad: Se plantea el proceso de salud-enfermedad de las personas considerando a la persona como ser, su entorno familiar, su comunidad y su entorno en general.

Intersectorialidad: Se plantea la necesidad de coordinar las acciones entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud, por ejemplo, con el sector de la educación, del saneamiento básico, y de producción.

5.4 Sigüientes etapas de la reforma

El Plan Nacional de Desarrollo 2010-2020 presenta las nuevas políticas a nivel país para los próximos diez años y en base a éste se preparó el nuevo Plan Sectorial de Desarrollo para el sector salud. A continuación se presenta una breve reseña del PSD 2010-2020.

5.4.1 Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2010-2020: Hacia la salud universal

El PSD para el sector salud se presentó en Diciembre de 2009. A continuación se describe la visión para el 2020, los nuevos objetivos del PSD, y las políticas, programas y proyectos.

A. Visión del sector salud al año 2020

La visión planteada en el PSD 2010-2020, es:

1. Gozar de un buen estado de salud y del derecho a la salud;
2. Lograr el acceso universal al Sistema Único de Salud dentro del modelo SAFCI;
3. Lograr eliminar las barreras al acceso a la salud de tipo económico, geográfico, cultural, es especial para los grupos vulnerables
4. Garantizar el acceso al Seguro Universal de Salud
5. Garantizar la presencia de personal de salud suficiente, capacitado y comprometido con las políticas nacionales de salud;

B. B Objetivos del PSD 2010-2020

La Tabla 24 presenta los objetivos generales del PSD 2010-2020, los indicadores para la supervisión de los avances, la situación actual, la meta y el método de verificación (la fuente de información para los indicadores). Este PSD es explícito respecto a los objetivos y su seguimiento.

Tabla 24: Objetivos generales del PSD 2010-2020

Objetivo	Indicador	Situación inicial	Meta	Método de verificación
Mejorar el estado de salud de la población	Esperanza de vida en buena salud	59 años (2007)	> 64 años	Censos Estudios específicos (ENDSA, modelos de mortalidad)
	Esperanza de vida al nacer	65,4 años (2007)	> 70 años	
	Tasa de mortalidad infantil	50 por 1.000 nacidos vivos (2004-2008)	< 30 por 1.000 nacidos vivos	
ODM 1 Erradicar la pobreza extrema y el hambre	Tasa de desnutrición aguda en menores de 5 años	10%	0%	SNIS
Meta 1C: Disminuir a 1/2, entre 1990 y 2015, el porcentaje de personas que padece hambre				
ODM 4 Reducir la mortalidad de niños menores de 5 años	Tasa de mortalidad en menores de 5 años	63 por 1.000 nacidos vivos (2004-2008)	< 40 por 1.000 nacidos vivos	Censos Estudios específicos (ENDSA)
Meta 4A: Reducir en 2/3, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de 5 años				
ODM 5 Mejorar la salud materna	Razón de mortalidad materna	A establecer	< 104 por 100.000 nacidos vivos	Censos Estudios específicos (ENDSA)
Meta 5A: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en 3/4 partes				
Meta 5B: Lograr para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva	Tasa de fecundidad en adolescentes (15-19 años)	88 por 1.000 mujeres de 15-19 años	< 70 por 1.000 mujeres entre 15-19 años	Censos Estudios específicos (ENDSA)
ODM 6 Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	Tasa de incidencia de infección por VIH			
Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la propagación VIH/SIDA	Tasa de incidencia de tuberculosis	280 por 100.000 habitantes	< 150 por 100.000 habitantes	SNIS Censos Estudios específicos (ENDSA)
Meta 6C: Haber detenido y comenzado a reducir, para 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves	Tasa de incidencia de malaria			

Fuente: Adaptado de MSD, 2009.

C. Resumen de las políticas, programas y proyectos del PSD 2010-2020

El sector salud incorporó en su planificación tres ejes para el desarrollo del sector: 1) acceso universal al sistema de salud; 2) promoción de la salud; y 3) soberanía y rectoría sobre el sistema de salud. En base a estos tres ejes se coordinan las estrategias del sector. La Tabla 25 muestra los ejes, sus objetivos estratégicos y sus metas para el año 2020.

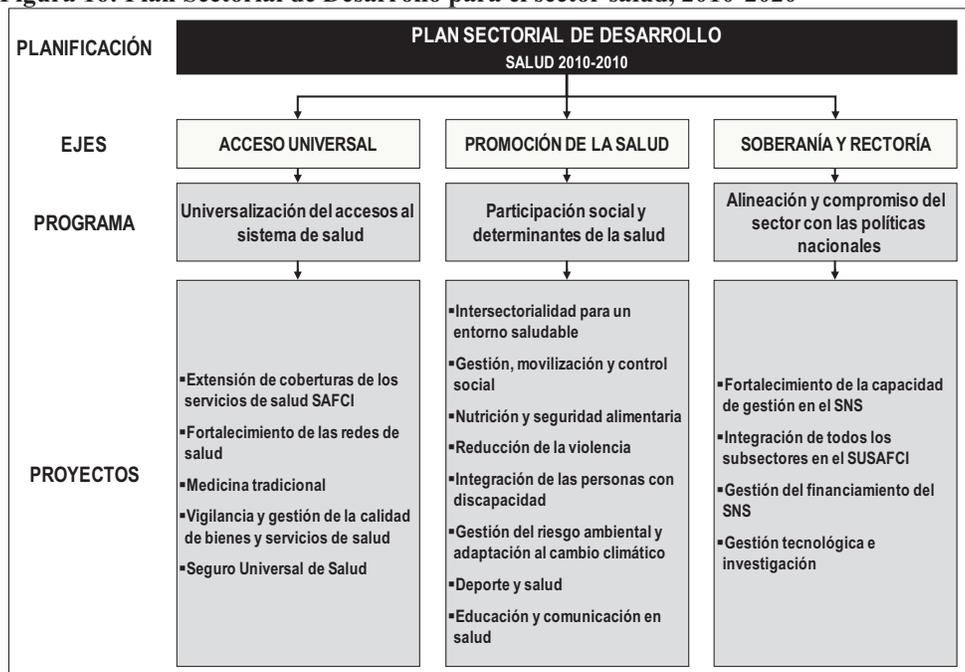
Tabla 25: Ejes de desarrollo del PSD 2010-2020

Eje de desarrollo	Objetivo estratégico	Indicador	Meta 2020
Acceso universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SUSAFCI)	Toda la población goza de acceso universal al USAFICI	% de población excluida en el acceso a servicios de salud	Tasa de exclusión menor a 10%
Promoción de la salud en el marco del modelo USAFICI	Fomentar el desarrollo de potencialidades de la población en sus diferentes ciclos de vida, en sus familias y comunidades para la consecución de un mejor estado de salud	Índice de desarrollo humano (IDH)	Mejora de 10% del IDS para llegar a la categoría de desarrollo “alto” (IDH > 0.8000)
		Índice de necesidades básicas insatisfechas	Reducción del NBI del 12%
Soberanía y rectoría en el marco del USAFICI	Recuperar la soberanía sanitaria en los diferentes subsectores de salud, ejerciendo la autoridad sanitaria	% de subsectores e instituciones que adoptan las políticas y normativa en salud del sector (adaptada a su contexto)	100%

Fuente: Adaptado de MSD, 2009.

En el PSD 2010-2020 se presentan los programas y proyectos de cada eje de desarrollo. Cada uno de estos proyectos tiene a su vez sus objetivos, indicadores, la situación actual la meta para el 2020 y el medio de verificación. La Figura 16 muestra los programas y sus proyectos para cada eje de desarrollo. El primer eje, de acceso universal, tiene su programa de universalización del acceso al sistema de salud que está compuesto por 5 proyectos cuyo objetivo es eliminar las barreras al acceso para así lograr el acceso universal a los servicios de salud. El eje de promoción de la salud, considerado el eje más importante del desarrollo sectorial, bajo el programa de participación social y determinantes de salud deberá lograr convertir a la población en protagonista de su salud, de tal manera de potenciar el bienestar de las familias y comunidades. Finalmente, el tercer eje, de soberanía y rectoría, tiene la tarea de lograr construir y organizar el Sistema Único de Salud para Bolivia.

Figura 16: Plan Sectorial de Desarrollo para el sector salud, 2010-2020



Fuente: MSD, 2010.

5.4.2 Propuesta para el Sistema Único de Salud

Actualmente se discute en Bolivia la propuesta para implementar el Sistema Único de Salud. El punto central de la propuesta es la creación de un Fondo Único de Salud (FUS). Con la creación de dicho fondo, los recursos públicos ahora serían reasignados al fondo al igual que los recursos de la seguridad social de largo plazo. Este parece ser un intento de juntar el riesgo país en un solo fondo. Sin embargo, los aportes patronales para la seguridad social de corto plazo, se vuelve a reasignar a dicha población, no permitiendo que hayan subsidios cruzados con las otras poblaciones.

Por otro lado, los recursos departamentales y municipales se estarían reasignando a cuentas específicas de salud. La asignación de recursos a departamentos y municipios se realizaría mediante tres criterios:

- Número de habitantes del municipio y departamento de acuerdo a las proyecciones del Censo (el último Censo se realizó en el año 2001);
- Número de afiliados registrados en el Sistema de Afiliación; y
- Producción de servicios y mejoramiento de la calidad de atención de los servicios.

Finalmente, al ser promulgada la ley los seguros públicos existentes (SUMI y SSPAM) dejarían de existir a favor de un Seguro Universal de Salud. Esto es particularmente ambicioso considerando que no existen señales claras que esta medida sea sostenible en el tiempo.

5.5 Análisis de la reforma

La reforma en Bolivia se inicia con la descentralización. La descentralización es deseable en la medida que permite a las regiones, que se espera que tengan una mejor visión de su situación, pueden efectivamente responder en forma más rápida y directa a sus necesidades. Sin embargo, la descentralización que ha tenido Bolivia, ha generado desarticulación en el sector. Por ejemplo, mantener el financiamiento de los recursos humanos a nivel central, no le permite a los que administran los establecimientos de salud, de ajustar sus necesidades de médicos y enfermeras sin pasar por un proceso administrativo centralizado.

Por otro lado, llama la atención el poco seguimiento y evaluación que se ha realizado de los avances e implicancias de la reforma, y es un punto muy positivo que en el PSD 2010-2020 se hayan incluido metas e indicadores claros para medir el avance y las mejoras. Lamentablemente no se cuenta con un análisis profundo de las lecciones aprendidas del PSD 2006-2010. La revisión de las experiencias pueden diferir mucho entre departamentos y se estaría perdiendo la oportunidad de que otros mejoren su gestión vía estas lecciones aprendidas.

Una posible razón de la falta de seguimiento y análisis de la reforma podría ser la falta de información. El SNIS-VE tiene mucha información, pero su credibilidad se debilita al no haber ningún sistema de verificación y control de la información. Esto lleva a que cualquier análisis se base en otras fuentes de información como las Encuestas Nacionales de Demografía y Salud.

El modelo SAFCI es interesante en la medida que se pueda implementar. Aunque es explícito respecto a la incorporación de costumbres y culturas diferentes, no lo es en su estrategia de incorporación. La medicina tradicional sobresale como uno de los principales retos del modelo SAFCI. No existe aún una estrategia clara para crear el registro de los médicos tradicionales, de tal manera que la población pueda estar informada al respecto. Tampoco es claro si es necesario. Sí es un paso importante que se los haya incluido ya que representan la costumbre de una parte importante del país. Una experiencia interesante, que se observó en una visita de campo, fue la alianza estratégica entre un centro de salud y las parteras tradicionales. El establecimiento construyó una sala de parto bajo las especificaciones de las parteras para que

ellas luego lleven a sus pacientes al establecimiento para que tengan su parto. Aunque el parto sigue siendo supervisado por las parteras tradicionales, no deja duda que estar en el establecimiento de salud con un médico cerca es un beneficio.

Finalmente, la discusión ahora se centra en la implementación de un Sistema Único de Salud. La visión del Sistema Único de Salud, es deseable, pero para el largo plazo. No se han planteado etapas para llegar a ese sistema con acceso universal y cobertura universal. Un camino deseable para llegar a la universalidad podría ser la expansión gradual de programas como el SUMI y el SSPAM.

6. Principales políticas públicas en salud

6.1 Programas nacionales y seguros públicos

En esta sección se describen los principales programas nacionales y seguros públicos en Bolivia.

6.2 Programa Desnutrición Cero

El programa Desnutrición Cero se lanzó el año 2006 como un programa multisectorial y coordinado por el Consejo Nacional de Alimentación y Nutrición (CONAN). CONAN está presidido por el Presidente de la República, y está conformado por representantes de la sociedad civil y nueve ministerios, a saber: Presidencia, Planificación del Desarrollo, Hacienda, Producción y Microempresa, Desarrollo Rural, Agropecuario y Medio Ambiente, Educación y Culturas, Salud y Deportes, Justicia, Agua. El MSD tiene el rol de Secretaría Técnica.

En el año 2007 se consolida la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) con los componentes AIEPI-Nut Clínico y Comunitario para contribuir con la erradicación de la desnutrición de la niñez. La estrategia AIEPI-Nut Clínico mejora las habilidades del personal de salud e incluye el AIEPI Neonatal. Por otro lado, la estrategia AIEPI Comunitario mejora las prácticas familiares y comunitarias, con un enfoque hacia actores sociales y sus redes.

Las líneas de acción del programa son:

- Promoción de las mejores prácticas de alimentación y cuidado de los niños y niñas, con participación social, a través de la estrategia AIEPI-Nut Comunitario, apoyada con la comunicación interpersonal.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional para la atención nutricional y de las enfermedades prevalentes de los niños y niñas menores de 5 años e identificación y

tratamiento de niños desnutridos, para lo cual, las intervenciones principales son el AIEPI-Nut Clínico, la Iniciativa Hospitales Amigos de la Madre y el Niño (IHAMN), las Unidades de Nutrición Integral (UNI) y el manejo estandarizado del desnutrido severo en hospitales de referencia.

- Promoción del consumo de micronutrientes (Chispitas Nutricionales, Vitamina A, zinc) y del alimento complementario “Nutribebé” para niños de 6 a 24 meses y de otro complemento nutricional para mujeres embarazadas desnutridas.

6.3 Bono Madre Niño-Niña “Juana Azurduy” (Bono Juana Azurduy)

El Bono Juana Azurduy se establece mediante el Decreto Supremo No. 0066 el 3 de abril 2009 en el marco del Programa de Desnutrición Cero y las políticas de erradicación de la extrema pobreza. Su objetivo es incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de dos años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas menores de 2 años.²² Se establece el 27 de mayo de 2009 como la fecha del inicio del programa.

Se trata de un programa de transferencias condicionadas (*Conditional Cash Transfers*) para mujeres gestantes y niños menores de dos años. Para poder cobrar los bonos, las mujeres gestantes deben acudir a cuatro controles prenatales, acceder a tener un parto institucional más el control post-natal (Tabla 26). Los niños y niñas menores de dos años deben recibir un total 12 controles bimestrales integrales de salud. Así una familia con una mujer gestante podría llegar a recibir hasta Bs. 1,820 en un período de 33 meses (o en promedio Bs. 55.15 por mes).

²² No podrán acceder al bono: 1) mujeres gestantes y niños y niñas menores de 2 años que sean beneficiarios de la seguridad social de corto plazo; y 2) mujeres gestantes cuyo último niño nacido vivo tengan menos de dos años de edad en el momento de su inscripción.

Tabla 26: Condiciones para el pago del Bono Juana Azurduy

Grupo y servicio	Bolivianos (Bs.)
<i>Mujeres gestantes</i>	
1er control prenatal	50
2do control prenatal	50
3er control prenatal	50
4to control prenatal	50
Parto institucional más control postnatal	120
<i>Niños menores de 2 años</i>	
Control bimestral integrales de salud (12 en total)	125
<i>Total por hogar (en 33 meses)</i>	<i>1,820</i>

Fuente: D.S. No. 0066.

El MSD es el responsable de la administración, coordinación y pago del bono. Los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) apoyan con los servicios necesarios para la implementación del bono a nivel de redes de salud. Las municipalidades se encargan de la afiliación de los beneficiarios y de la provisión de los servicios de salud requeridos en la municipalidad. Una de las condiciones de entrada para las beneficiarias de Bono Juana Azurduy es estar inscritas en el SUMI y las corresponsabilidades que las madres del Bono tienen que cumplir se basan en una parte de las prestaciones del SUMI, con lo cual cumple el rol de provisión de los servicios correspondientes de oferta para el programa del Bono.

El Ministerio de Planificación del Desarrollo evalúa anualmente la implementación de este programa el cual se financia con recursos provenientes de: 1) el TGN; 2) donaciones y créditos externos e internos; y 3) transferencias de entidades e instituciones públicas y privadas.

El MSD es el responsable de efectuar los pagos a través de convenios o contratos con entidades públicas o privada. En el primer año se coordinó con los militares y dos bancos grandes para realizar los pagos, hasta que se optó por la entrega de los pagos únicamente mediante entidades financieras a partir de junio de 2010.

6.4 Programa Extensa

El MSD inició el Programa Nacional Extensa en el año 2002 como parte de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), la política nacional de salud y el compromiso con ODMs. El objetivo del programa es contribuir a reducir la mortalidad materna e infantil que afecta de manera persistente a la población con alto grado de exclusión social que no utiliza servicios de salud, por razones de acceso y desconocimiento de los beneficios en materia de prevención. Así, se pretende informar a esta población para evitar y atender enfermedades

frecuentes en menores de cinco años. Mediante esta estrategia se lograría reducir la tasa de mortalidad infantil, asociada principalmente a enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e infecciones respiratorias agudas (IRAs).

La ampliación de cobertura se basa en la organización de Brigadas Integrales de Salud (BRISAS) y la formación de Agentes Comunitarios de Salud (ACS). Las BRISAS tienen la función de prestar un conjunto de servicios asistenciales promocionales y preventivos en las localidades alejadas. Por su parte, los ACS tienen el rol de constituir el enlace entre la población de las comunidades y los establecimientos de salud (puestos, centros de salud y hospitales).

6.5 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

La Ley N° 2426 del Seguro Universal Materno Infantil se promulgó el 21 de noviembre del 2002 en el marco de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP). Su vigencia data del 1 de enero del 2003. Su objetivo es disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

El SUMI es universal para mujeres embarazadas y niños(as) menores de 5 años de edad. Las prestaciones para las mujeres embarazadas incluyen consultas prenatales, de puerperio, atención por desnutrición, Papanicolaou y hasta el parto domiciliario atendido por partera articulada. Las prestaciones para niños menores de 5 años incluyen consultas pediátricas, vacunación regular del programa ampliado de inmunizaciones, tratamientos para la malaria, chagas, dengue, fiebre amarilla, enfermedades febriles, infecciones respiratorias agudas (IRA), diarrea entre otros. La inscripción al SUMI se realiza en los gobiernos municipales (o en algunos casos en los establecimientos de salud en el contexto de la inscripción al Bono).

Mediante la Ley N° 3250, promulgada el 6 de diciembre del 2005, se ampliaron las coberturas del SUMI para incluir a mujeres no embarazadas entre cinco y 60 años de edad y a mujeres de edad fértil para que tengan una maternidad segura. Asimismo, se establece la obligatoriedad de prevención del cáncer cérvico uterino mediante la inclusión de un Papanicolaou anual.

El SUMI se financia mediante tres fuentes. El Tesoro General de la Nación (TGN) financia los recursos humanos de todos los establecimientos del sector público en todos los niveles de atención. Una segunda fuente es el 10 por ciento de la Coparticipación Tributaria Municipal de la recaudación de impuestos nacionales. Esta transferencia a los municipios se hace

por población proyectada a partir del Censo 2001. Finalmente, la tercera fuente es el 10 por ciento del Fondo Solidario Nacional (FSN). El FSN tiene recursos del HIPC II de alivio a la deuda externa. Estos últimos se transfieren cuando los recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal son insuficientes. Los suministros de los centros hospitalarios serán cubiertos por los ingresos propios (Ley de participación popular Art. 22).

6.6 Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)

El SSPAM se creó mediante la Ley N° 3323, de 16 de enero de 2006, que es un seguro para personas mayores de 60 años, de carácter integral y gratuito. Las personas afiliadas al Seguro Médico Gratuito de la Vejez (SMGV) pasaron a ser automáticamente beneficiarios del SSPAM. Aquellos que no estuvieran afiliados sólo presentan un documento de identificación para afiliarse. La afiliación se realiza en los gobiernos municipales.

El SSPAM cubre la atención integral de salud del adulto mayor que incluye: la atención ambulatoria, servicios complementarios de diagnóstico, atenciones odontológicas, hospitalización, tratamientos médicos y quirúrgicos; y la provisión de insumos, medicamentos necesarios y productos naturales tradicionales, de acuerdo a un listado de prestaciones y costos.

Este seguro se financia mediante tres fuentes: el Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH), ingresos propios y la asignación del Tesoro General de la Nación (TGN). La transferencia se hace mediante el pago de una prima de US\$56 por afiliado (Tabla 27) a las municipalidades para los gastos operativos y de ejecución del seguro.²³ Los recursos humanos en salud son financiados por las SEDES, las cajas de salud o el sector privado según sea el caso. Mientras que los recursos humanos administrativos, personal adicional en salud (médicos, enfermeras y paramédicos), y de apoyo a los tendrían que ser contratados por los municipios con cargo a sus propios recursos, previa justificación.

Las municipalidades se clasifican según la capacidad de resolución (niveles de atención con los que cuentan) para la asignación de los fondos: municipios capitales de departamento, municipios intermedios y municipios pequeños.

²³ A modo de comparación, el per cápita para el conjunto de servicios de APS que entrega el Ministerio de Salud de Chile a toda su población es de aproximadamente de 70 dólares anuales, que corresponde a cerca del 65% de todo el financiamiento de la APS.

Tabla 27: Prima anual del SSPAM

Nivel de atención	US\$	Bs.
Primer nivel de atención	10,00	88,55
<i>Médico tradicional</i>	<i>3,00</i>	
<i>Centro de salud</i>	<i>8,00</i>	
Segundo nivel de atención	15,00	120,75
Tercer nivel de atención	30,00	241,50
Gastos extraordinarios	1,00	
Prima total anual	56,00	450,80

Fuente: D.S. No. 28968.

Los municipios de capitales de departamento reciben el total de la prima (US\$56) por el número de afiliados. Los otros dos tipos de municipalidades reciben una fracción de esta prima según los niveles de atención con los que cuentan. El cálculo de la transferencia pasa a ser la prima correspondiente por el número de asegurados y este monto se transfiere a la Cuenta Fiscal Municipal del SSPAM de las municipalidades (gestoras de los establecimientos). Las Asociaciones Municipales Departamentales (AMD) reciben el porcentaje restante de las primas a municipalidades medianas y pequeñas. Para tales efectos las municipalidades deben presentar cuatrimestralmente la actualización de la población asegurada. Finalmente, las municipalidades pagan por las prestaciones otorgadas dentro del SSPAM (por número de pacientes y nivel de atención) y las AMDs pagan por las prestaciones otorgadas a asegurados de municipios medianos y pequeños para las atenciones de los niveles no disponibles en su jurisdicción, en ambos casos, directamente a los establecimientos.

6.7 Observaciones sobre los programas y seguros públicos

Como se ha presentado, existen una serie de programas y seguros claramente enfocados a mejorar la salud materno-infantil en Bolivia. Sin embargo, como se pudo apreciar en el capítulo 0 de la situación de salud en Bolivia, los resultados en el estado de salud de dicha población no han sido claros. Aunque ha habido mejoras en indicadores globales de salud infantil, aún no se ven resultados promisorios en la salud materna.

7. Financiamiento del sector salud

Este capítulo presenta el análisis del financiamiento del sector salud de Bolivia. Para facilitar la comparación con países de la región se seleccionaron cuatro países para comparar con Bolivia: Paraguay, Ecuador, Colombia y Perú.

7.1 Gasto en salud

En esta sección se presenta el análisis del gasto en salud. Para tales efectos, se empieza con las cifras más agregadas y luego se van desagregando viendo siempre en comparación con otros países y la evolución en los últimos años. La última subsección presenta un análisis más detallado del gasto de bolsillo en base a información de las Encuestas de Hogares (EH) del 2006 y 2007.²⁴

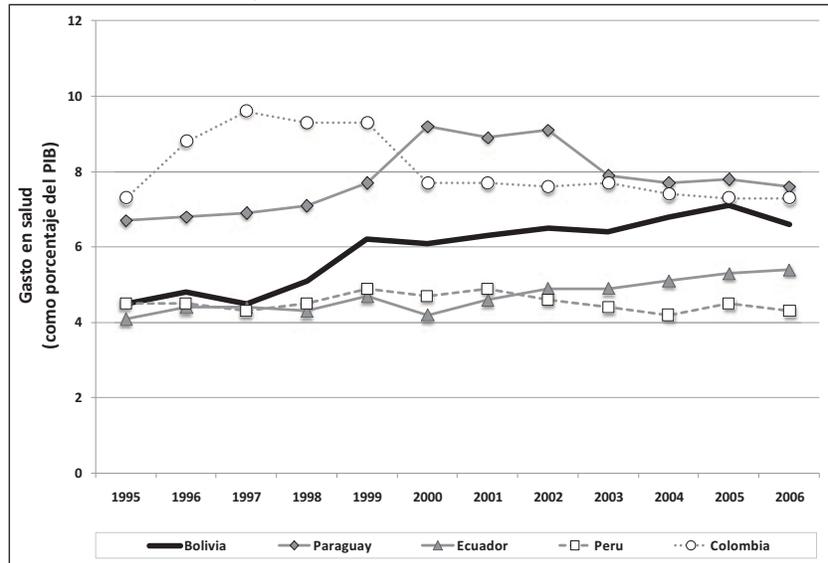
7.1.1 Gasto total en salud

El gasto total en salud es la suma del gasto del gobierno general y del gasto privado en salud. El gasto del gobierno general en salud incluye: el gasto de todos los niveles de gobierno (central, regional, departamental, etc.) y el gasto de la seguridad social en salud. El gasto privado en salud incluye el gasto de entidades del sector privado como los aseguradores privados, proveedores privados (clínicas, consultorios, etc.) y el gasto de bolsillo en salud de los hogares.

Bolivia ha ido aumentando el gasto total en salud como porcentaje del PIB (Figura 17). En comparación con otros países de la región, este crecimiento ha sido mayor. En el 2006 Bolivia asignaba 6,6 por ciento del PIB al sector salud. Sin embargo, si vemos el gasto total en salud per cápita en dólares americanos (al tipo de cambio promedio de cada año), el resultado es muy distinto (Figura 18). Bolivia gasta en salud sólo US\$79 per cápita, el monto más bajo del grupo en comparación.

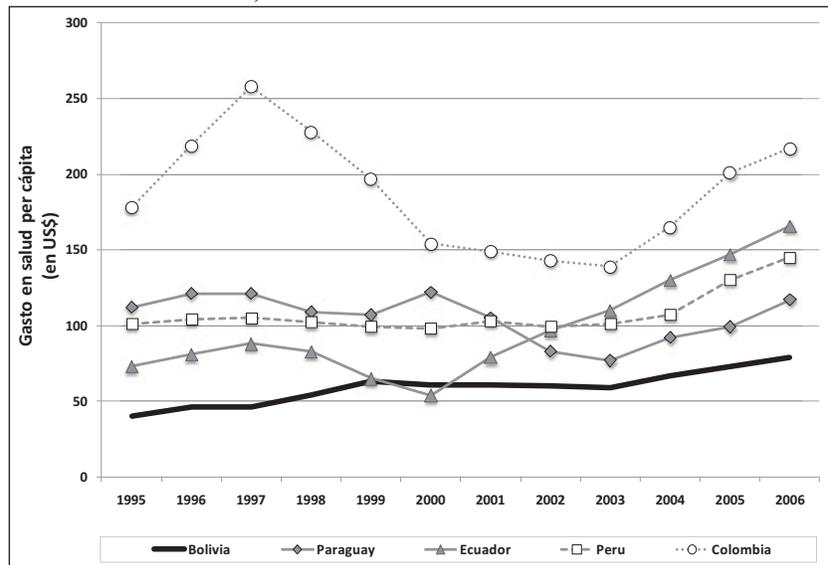
²⁴ La Encuesta de Hogar más reciente en Bolivia es la del 2008, sin embargo, hasta la fecha de elaboración de este informe, la base de dato de dicha encuesta no estaba disponible.

Figura 17: Gasto total en salud (como porcentaje del PIB) para países seleccionados, 1995–2006



Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

Figura 18: Gasto total en salud per cápita (en dólares) para países seleccionados, 1995–2006



Nota: En base a tipo de cambio promedio.

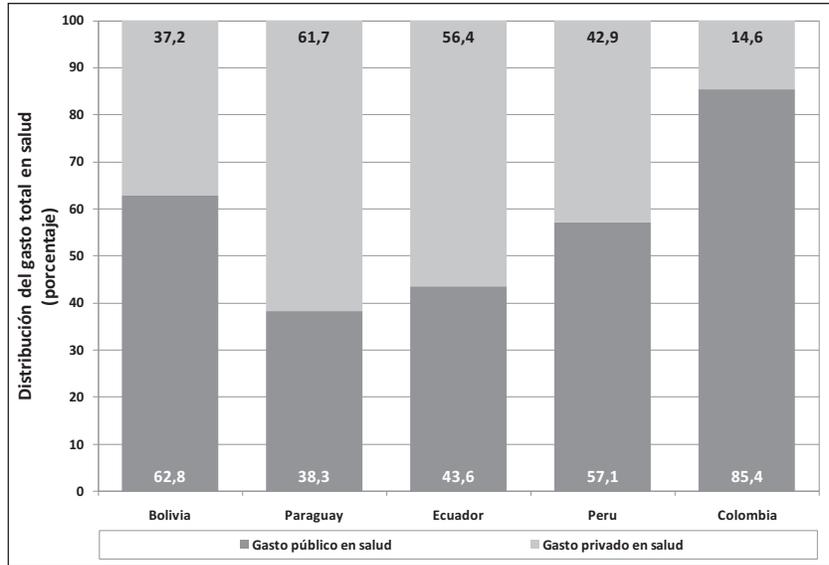
Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

7.1.2 Distribución del gasto total en salud

Según las cifras más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2006, el gasto público en salud representa el 62,8 por ciento del gasto total (Figura 19). Esto es similar

al caso de Perú, cuyo gasto público asciende a 57,1 por ciento del gasto total. Sólo Colombia supera la participación del sector público de Bolivia con un 85,4 por ciento.

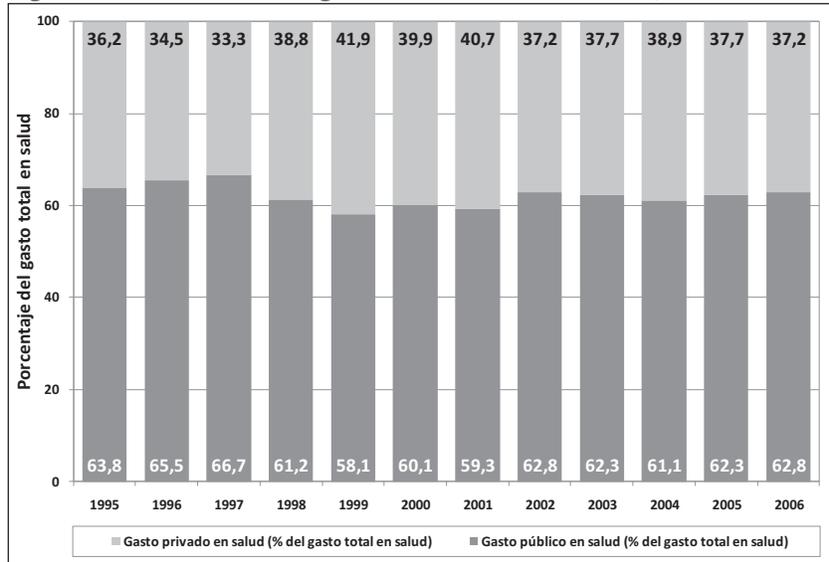
Figura 19: Distribución del gasto total en salud en países seleccionados, 2006



Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

El gasto público en salud en Bolivia ha estado estable alrededor del 62 por ciento del gasto total en salud desde el año 2002 (Figura 20).

Figura 20: Distribución del gasto total en salud en Bolivia, 1995–2006

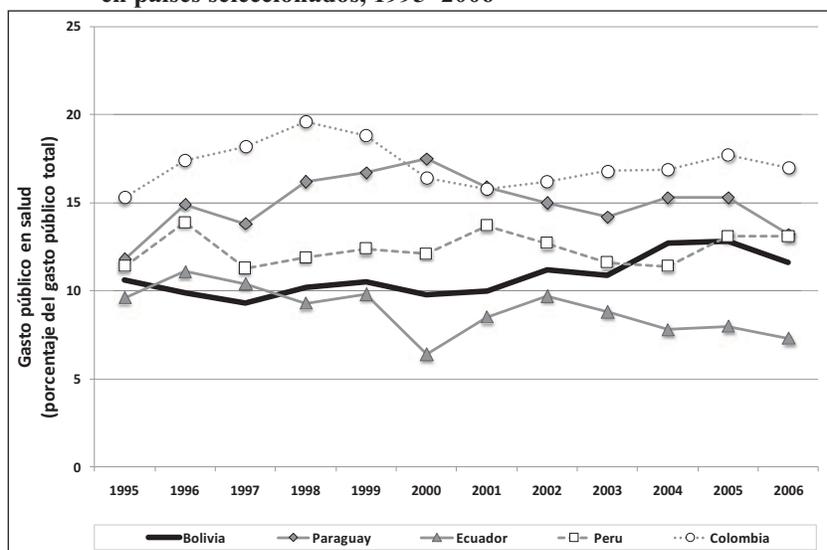


Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

7.1.3 Gasto público en salud

La Figura 21 muestra la evolución del gasto público en salud como porcentaje del gasto público total entre 1995 y 2006 en el grupo de países. Colombia es el país que más presupuesto público asigna a salud, de la misma manera que se mostró que su gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud era el más alto (ver Figura 19). Bolivia asignó en promedio el 10,8 por ciento del gasto público al sector salud durante el período 1995 y 2006. Sin embargo, se ve una clara tendencia al alza, manteniéndose en el segundo lugar más bajo después de Paraguay en 2006 tal como al inicio del período en 1995.

Figura 21: Gasto público en salud como porcentaje del gasto público total en países seleccionados, 1995–2006

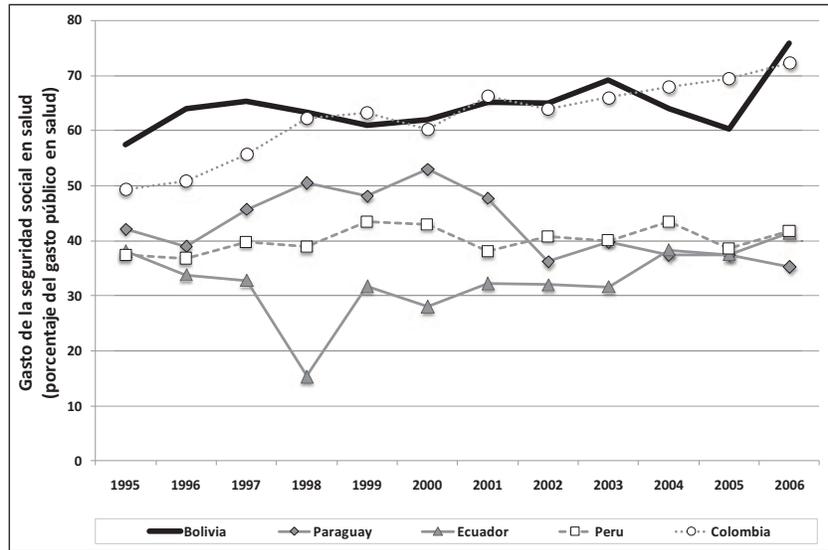


Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

Si además consideramos el gasto de la seguridad social en salud de estos mismos países, las cajas de salud de Bolivia tienen una participación creciente al igual que la seguridad social de Colombia (Figura 22).²⁵ Durante 1995 y 2006 Bolivia gastó en seguridad social un promedio de 64,4 por ciento del gasto público en salud. Por otro lado, la seguridad social en Paraguay, Ecuador y Perú sólo representa alrededor de un 40 por ciento del gasto público en salud. Sería interesante poder relacionar esta distribución del gasto con la distribución de la cobertura de la seguridad social de corto plazo, pero no existe la información necesaria.

²⁵ Cabe señalar que lógicamente esto puede deberse al aumento de la formalización del trabajo (aumento de beneficiarios) o aumento de la cotización por aumento de los salarios reales.

Figura 22: Gasto de la seguridad social en salud en países seleccionados, 1995–2006



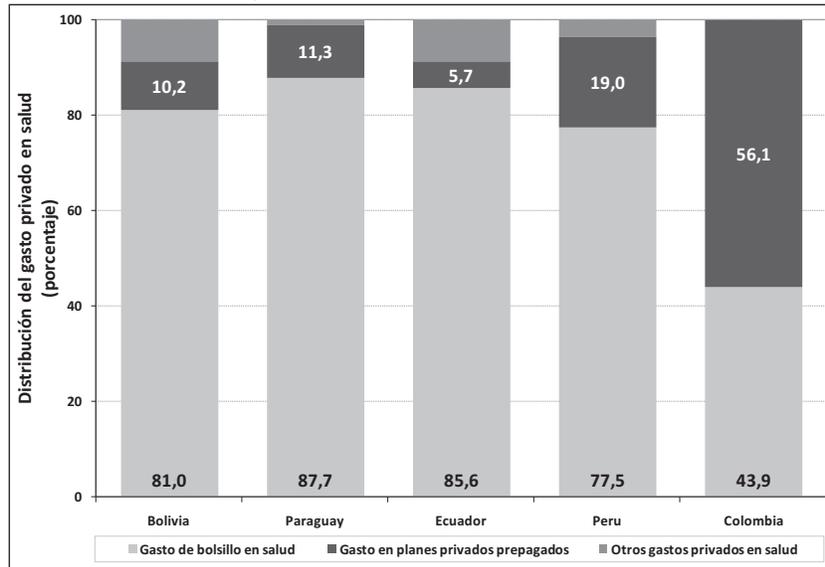
Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

7.1.4 Gasto privado en salud

El gasto privado en salud incluye el gasto de entidades privadas como empresas aseguradoras, clínicas, consultorios, organizaciones sin fines de lucro que atienden a hogares, y los gastos de bolsillo de los hogares. La Figura 23 muestra la distribución del gasto privado en salud en los países seleccionados para el año 2006.

Destaca la alta importancia del gasto de bolsillo de Bolivia, Paraguay, Ecuador y Perú. Este gasto corresponde a los pagos directos realizados por los hogares en atención de salud y medicamentos. En Bolivia este gasto representa el 81,0 por ciento del gasto privado en salud, en comparación con el 10,2 por ciento que corresponde a pagos de primas. Es importante destacar que el gasto de bolsillo es considerado el gasto más regresivo e inequitativo en el sector salud.

Figura 23: Distribución del gasto privado en salud en países seleccionados, 2006

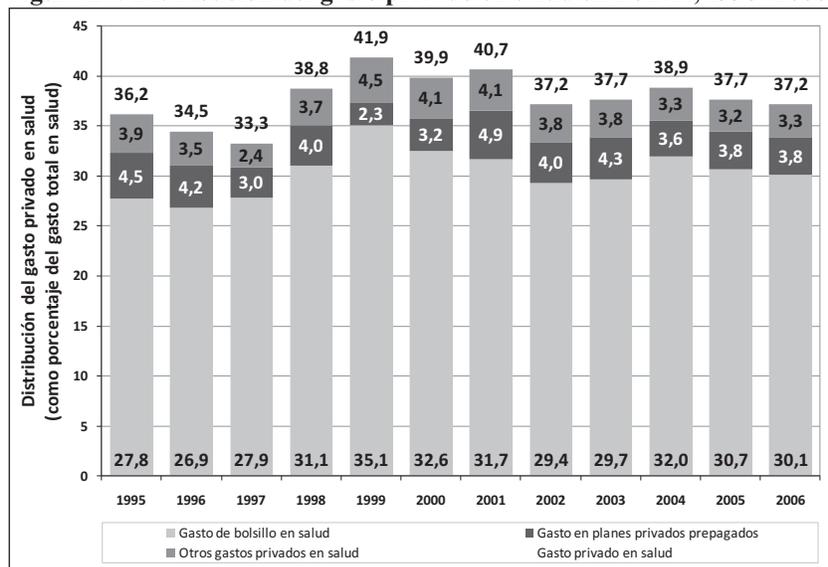


Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

Como se puede ver en la Figura 24, la evolución de la distribución del gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud ha sido dispar. En promedio, el sector privado financió el 37,8 por ciento del gasto total en salud durante el período 1995-2006. La participación más alta del sector privado fue en 1999 (41,9 por ciento) y la más baja fue en 1997 (33,3 por ciento). Nótese que desde 1999 que la participación del sector privado tiene una tendencia a la baja.

Cómo ya mencionamos más arriba, el principal componente del gasto privado en salud es el gasto de bolsillo. Durante el período 1995-2006 en promedio el gasto en bolsillo financió el 30,4 por ciento del gasto total en salud. Sin embargo, no se ha logrado llegar a nivel de 1995 (27,8 por ciento).

Figura 24: Distribución del gasto privado en salud en Bolivia, 1995–2006



Fuente: Elaboración propia con datos del Observatorio Global en Salud, OMS.

7.1.5 Gasto de bolsillo en salud

Esta sección sigue la metodología de la OMS para el análisis de determinantes del gasto de bolsillo en salud en Xu (2005) con las Encuestas de Hogares (EH) realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) de Bolivia. Se presentan algunos datos generales descriptivos de las bases de datos para poder realizar el análisis de fondo.

Según las EH, el gasto mensual de los hogares aumentó mucho más que el ingreso total del hogar (Tabla 28).

Tabla 28: Ingreso y gasto total mensual del hogar, 2006 y 2007

	2006	2007	Cambio %
Ingreso mensual	2,553	2,783	9.03
Gasto mensual	2,098	2,780	32.49

Fuente: Elaboración propia con datos de las EH 2006 y 2007.

El gasto de bolsillo en salud incluye todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de gastos por consultas (ya sea con médicos o de medicina alternativa o tradicional) gasto totales o co-pagos, compras de medicamentos y gastos hospitalarios completos o co-pagos. La Tabla 29 muestra seis indicadores del gasto de bolsillo en Bolivia para el 2006 y el 2007. El primero es el gasto de bolsillo per cápita (en Bolivianos), que corresponde al gasto realizado por todos los miembros del hogar en las últimas cuatro semana dividido por el número de miembros del hogar. Este

indicador aumentó en 12,1 por ciento entre el 2006 y 2007. El gasto por hogar también aumentó en 11,7 por ciento en términos reales. Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud no parece representar un porcentaje alto del presupuesto del hogar medido por diferentes indicadores, ya que no supera el dos por ciento del presupuesto del hogar (medido en términos del gasto total del hogar y del ingreso total del hogar).

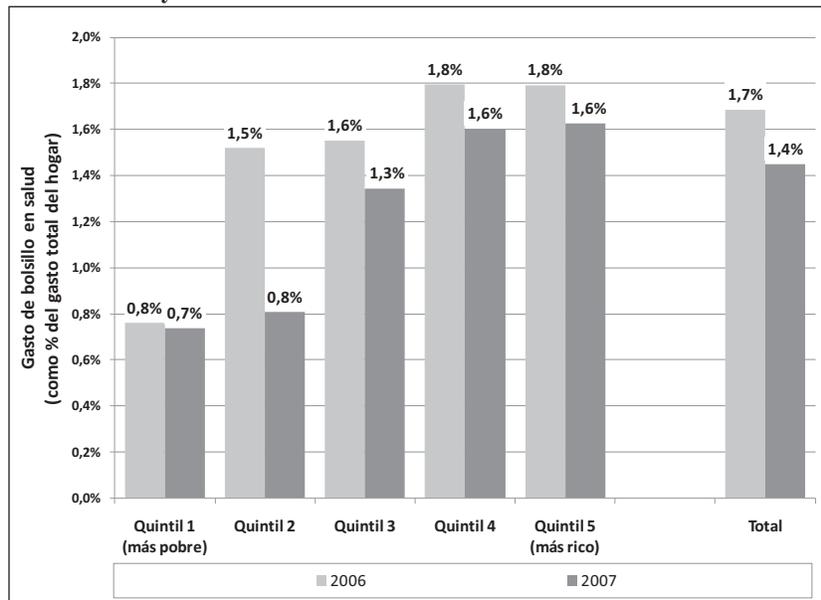
Tabla 29: Indicadores del gasto de bolsillo (en Bs. del 2007), 2006 y 2007

Indicador	2006	2007	Cambio
			%
Gasto de bolsillo en salud per cápita	8.09	9.07	12.1
Gasto de bolsillo en salud por hogar	33.36	37.26	11.7
Gasto de bolsillo en salud por hogar (como % del ingreso total)	1.31	1.34	
Gasto de bolsillo en salud por hogar (como % del gasto total)	1.59	1.34	
Gasto de bolsillo en salud per cápita (como % del ingreso total)	1.36	1.43	
Gasto de bolsillo en salud per cápita (como % del gasto total)	1.69	1.45	

Fuente: Elaboración propia con datos de las EH 2006 y 2007.

Sin embargo, el gasto de bolsillo en salud no es igual entre los diferentes estratos económicos de Bolivia. La Figura 25 muestra el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto total del hogar por quintiles de gasto para los dos años. La figura muestra que a mayores ingresos, mayor la asignación del presupuesto familiar a salud. El menor gasto de los quintiles más pobres no necesariamente significa que éste sea progresivo, ya que se puede deber al menor acceso (utilización) que los más pobres tienen a los servicios de salud. Es decir, gastan menos porque usan menos servicios de salud.

Figura 25: Gasto de bolsillo en salud en Bolivia por quintiles de gasto, 2006 y 2007



Fuente: Elaboración propia Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

7.2 Fuentes de financiamiento²⁶

Las principales fuentes de financiamiento del sector salud son: el gobierno, las empresas e instituciones; los hogares; y fuentes externas. La fuente más importante son las empresas o instituciones que contribuyen a la seguridad social de corto plazo y en algunos casos también a seguros privados (Tabla 30). Le siguen los hogares y luego el gobierno.

Tabla 30: Fuentes de financiamiento del sector salud de Bolivia, 1995–2002 (miles de dólares del 2000)

Fuente	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gobierno	61.057	68.088	69.524	75.794	79.812	71.024	61.335	62.821
Empresas o instituciones	129.027	164.796	179 236	199.720	214.763	222.577	227.857	233.543
Hogares	107.879	112.216	126.489	142.336	205.132	185.177	174.382	185.610
Externas	33.643	31.387	25.122	27.558	29.948	30.689	35.424	36.466
Total	331.607	376.487	400.371	445.408	529.656	509.467	498.998	518.440

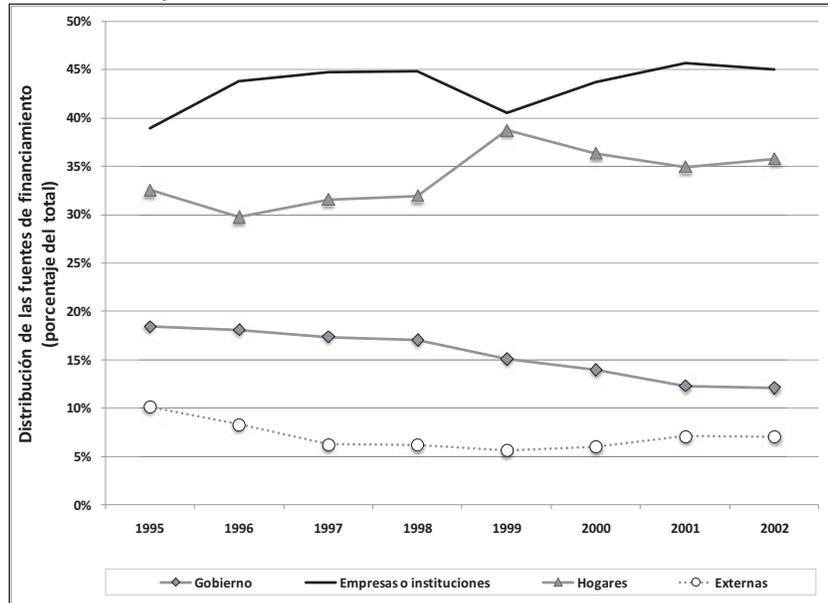
Fuente: Cárdenas, 2004.

El financiamiento en términos absolutos se ha casi doblado en este período pasando de US\$331.607.000 en 1995 a US\$518.440.000 en el 2002. Las empresas o instituciones y los hogares fueron los que más aumentaron su financiamiento. Las empresas o instituciones aumentaron en 81,0 por ciento su financiamiento, y los hogares en 72,1 por ciento.

²⁶ Esta sección se basa en el informe de cuentas nacionales de salud preparado para el MSD (Cárdenas, 2004).

La Figura 26 muestra estas mismas cifras pero expresadas como porcentaje del total de cada año. Preocupa que la tendencia hasta el 2002 haya sido que los hogares hayan ido aumentando su importancia en el financiamiento del sector junto con las empresas o instituciones. Debido a que la información sólo está disponible hasta el 2002, no se puede estudiar el impacto de las últimas reformas como la incorporación del SUMI.

Figura 26: Gasto de bolsillo en salud en Bolivia por quintiles de gasto, 2006 y 2007



Fuente: Elaboración propia con datos de las Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

7.3 Aseguramiento

En las encuestas de hogares, la gran mayoría de la población declaró no tener ningún seguro de salud. En el 2006 81,8 por ciento no tenía seguro, mientras que en el 2007 fue 69,4 por ciento. El aseguramiento privado cayó ligeramente entre estos dos años pero se mantiene en niveles muy bajos. La seguridad social de corto plazo cubre a 16,2 por ciento de la población en el 2007. Nótese que en el 2006 la opción de reportar aseguramiento público incluía que fueran beneficiarios de una caja de salud (seguridad social de corto plazo). Por lo tanto, el si uno considera el sector público como la seguridad social de corto plazo más los seguros públicos, entonces el aseguramiento público aumentó significativamente. Sin embargo, por el diseño de la encuesta del 2006, el aseguramiento público no incluye a beneficiarios del SUMI.

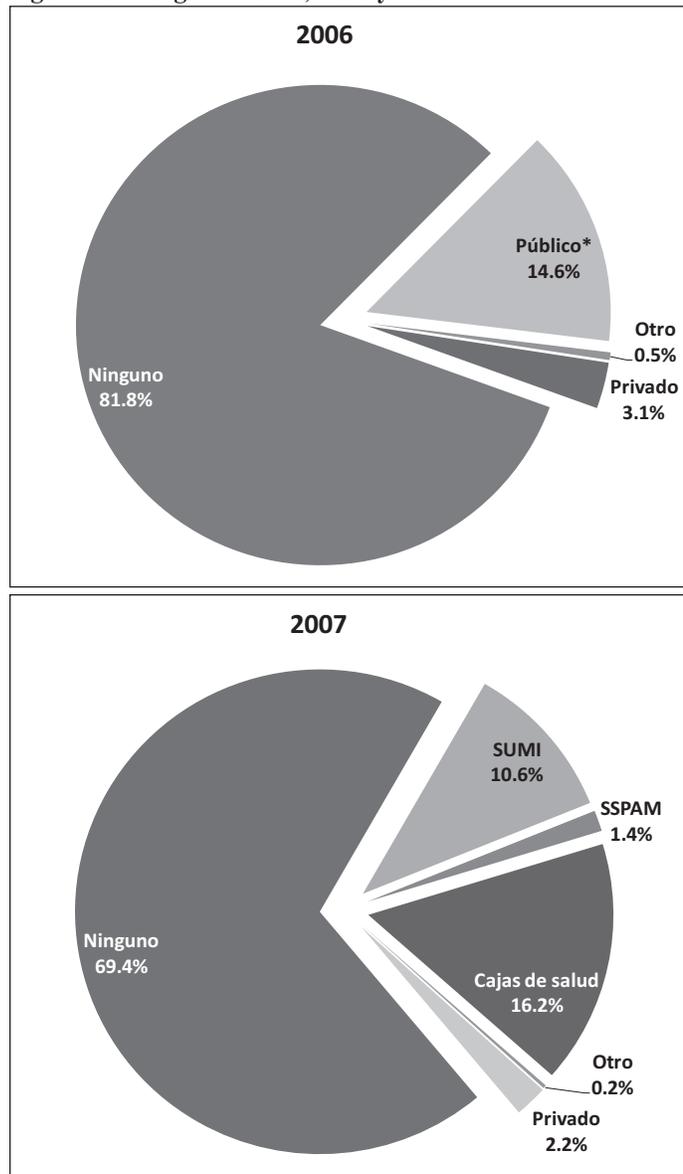
La cobertura en salud también está relacionada con los servicios cubiertos y con la protección financiera en los servicios cubiertos. Es decir, es importante tener presente las diferencias en qué está cubierto por el seguro y hasta qué punto está cubierto.

La seguridad social de corto plazo es el seguro con más amplia cobertura, tanto en términos de gama de servicios como en copagos. Por otro lado, la cobertura del SUMI, además de ser específica a unos grupos de edad y sexo, también se limita por listados de prestaciones cubiertas. Sin embargo, la cobertura del SUMI a las prestaciones incluidas es total, i.e., los beneficiarios no incurren en otros costos que no sea aquellos de viaje y tiempo de traslado.

La población que no tiene acceso a una cobertura en salud es en general las personas en los quintiles de gasto más pobres, los identificados como pobres extremos y moderados por el INE y los

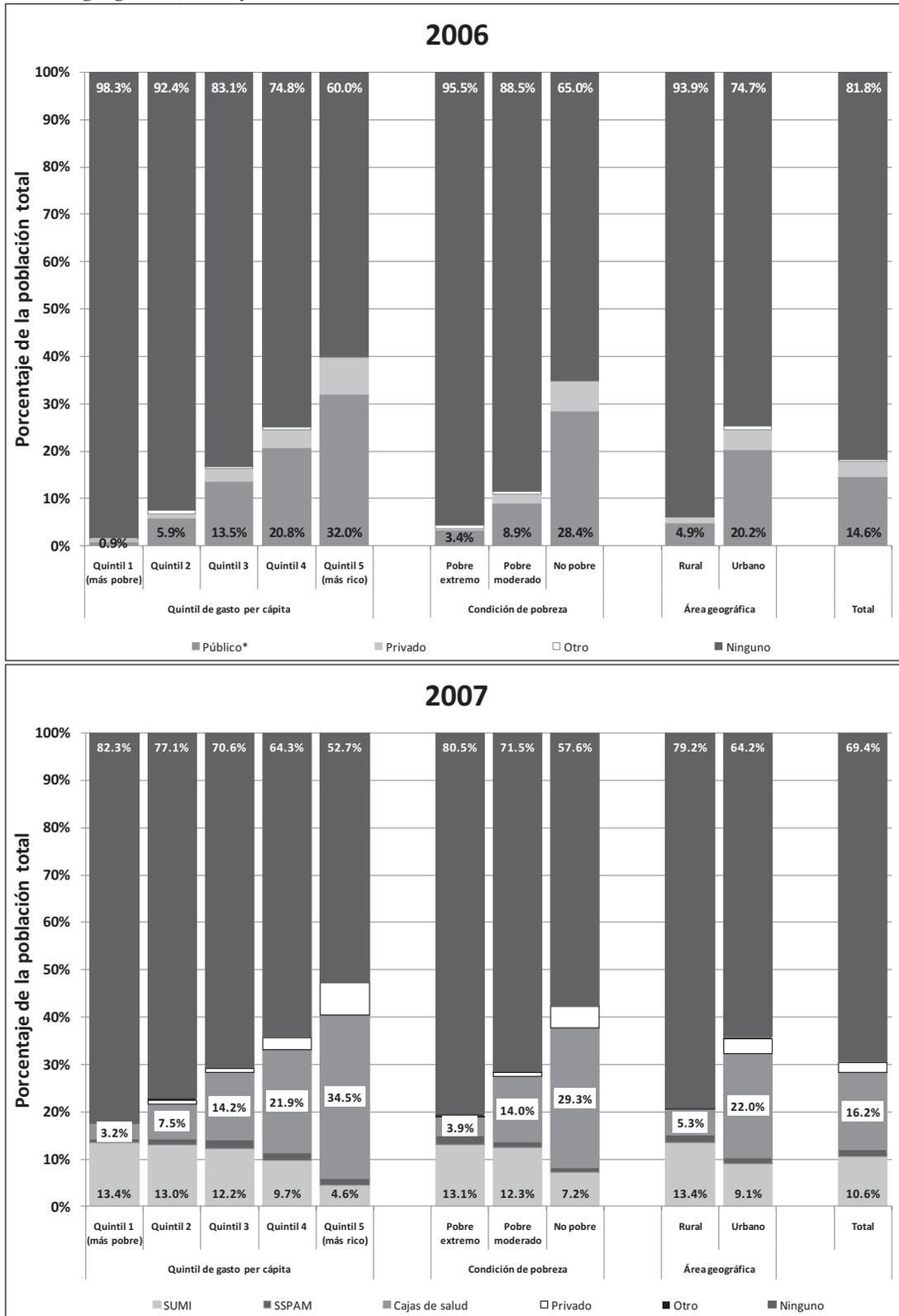
que viven en áreas rurales (Figura 28) en ambos años. Asimismo, se nota una clara disminución en el porcentaje no asegurados entre todos los grupos. En el 2007, cuando permiten desagregar al sector público, se observa la relación esperada de que la cobertura de la seguridad social de corto plazo aumenta con los quintiles de gasto. Por otro lado, la cobertura de los seguros públicos (SUMI y SSPAM) cae con el nivel de ingreso y en zonas rurales.

Figura 27: Aseguramiento, 2006 y 2007



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

Figura 28: Aseguramiento por quintiles de gasto per cápita, condición de pobreza y área geográfica, 2006 y 2007



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

Finalmente, la Tabla 31 compara los niveles de gasto de bolsillo en salud promedio y el porcentaje que dicho gasto representa del gasto total del hogar. No sorprende que el gasto más alto sea de los hogares con aseguramiento privado. Sí llama la atención que los asegurados del SSPAM tengan gastos tan altos, tanto en nivel como porcentaje del gasto del hogar, ya que la atención debería ser gratuita. Sin embargo, esto se puede deber a problemas de acceso a los establecimientos que tienen convenio con las municipalidades para proveer los servicios del programa.

Tabla 31: Gasto de bolsillo por tipo de aseguramiento, 2007

Aseguramiento	Gasto en salud del hogar	Gasto en salud del hogar per cápita	Gasto en salud del hogar (como porcentaje del gasto total del hogar)
SUMI	41.23	7.87	1.27
SSPAM	57.03	19.32	2.84
Cajas de salud	48.71	12.17	1.08
Privado	65.15	17.65	1.10
Otro	20.35	3.00	0.95
Ninguno	34.11	8.01	1.18
Total	38.20	9.03	1.20

Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2007.

8. Provisión de y acceso a servicios de salud

En este capítulo se realiza un análisis acerca de las capacidades de la oferta de atención de salud en Bolivia y su utilización, por lo tanto, del acceso y cobertura de las mismas, a niveles de desagregación convenientes para el estudio, como grupos poblacionales, regionales, etc.

8.1 Disponibilidad de servicios y redes de salud

Más de 1,500 puestos de salud 1.441 centros de salud, 213 hospitales básicos y 35 hospitales generales y 26 institutos especializados, conforman la red de atención de salud de Bolivia (Tabla 32).

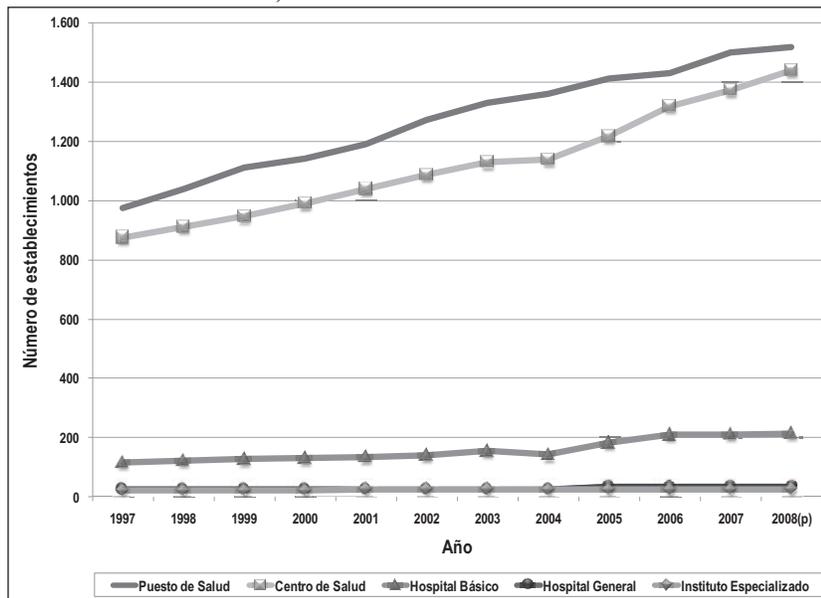
Tabla 32: Oferta de establecimientos y camas, 2008

Tipo de establecimiento	Número
Puesto de Salud	1.519
Centro de Salud	1.441
Hospital Básico	213
Hospital General	35
Instituto Especializado	26
Total establecimientos	3.234
Número de camas	15.015

Fuente: INE <<http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0401&d2=6>>.

El número de puestos y centros de salud ha crecido en cerca de un 60 por ciento en poco más de 10 años y partir de 2005 los hospitales básicos también han crecido aunque en menor medida. Los hospitales generales y institutos especializados se mantienen prácticamente sin aumentar con un aumento en hospital general en 2005 (1 hospital) (Figura 29).

Figura 29: Número de establecimientos en Bolivia, por tipo de establecimiento, 1997–2008



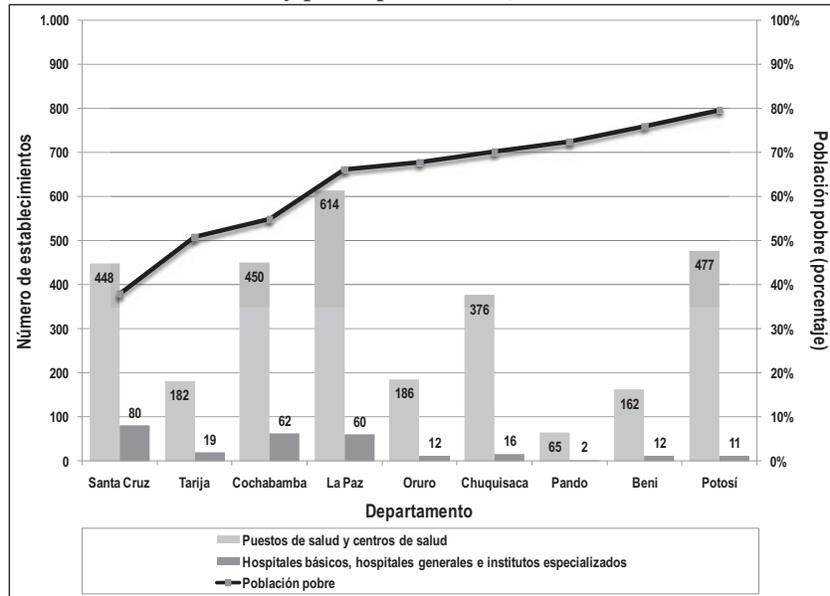
Nota: Datos del 2008 son preliminares.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

<<http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0401&d2=6>>.

Los hospitales se encuentran en mayor concentración en las ciudades más grandes y no hay una correlación con el nivel de pobreza de los departamentos en términos de número de hospitales. No obstante habrá que evaluar el tamaño de ellos (Figura 30).

Figura 30: Número de establecimientos y población pobre, por tipo de establecimiento y por departamento, 2008



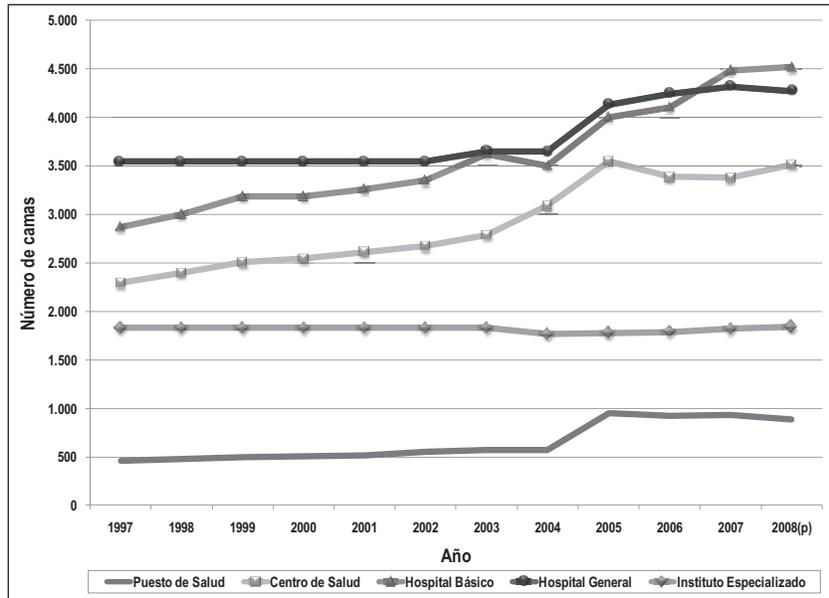
Nota: Datos del 2008 son preliminares.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

<<http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0401&d2=6>>.

Lógicamente las camas de hospitales básicos y centros de salud son las que más han crecido y las de institutos especializados se mantienen constantes. Las de hospitales generales crecen de manera importante a partir de 2005. Los puestos de salud también aumentan su dotación de camas a partir de esa fecha (Figura 31).

Figura 31: Número de camas en Bolivia, por tipo de establecimiento, 1997–2008

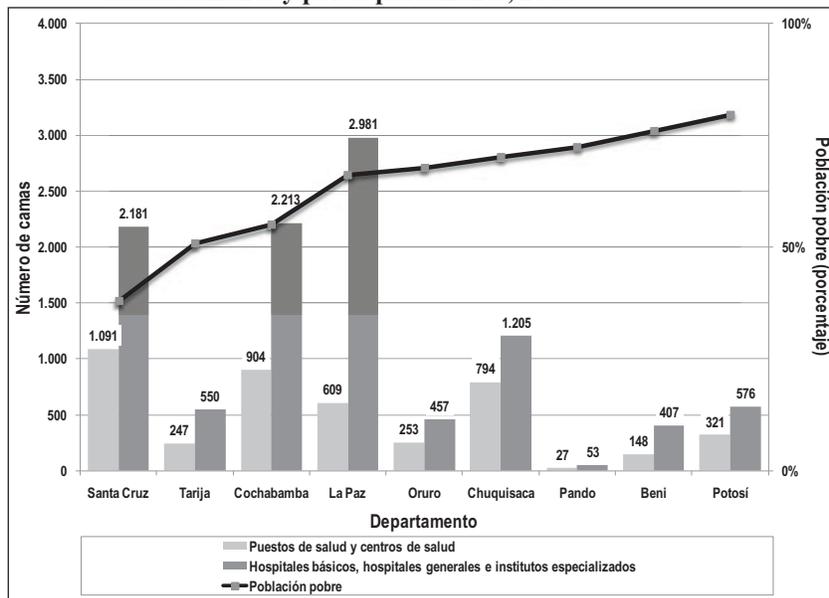


Nota: Datos del 2008 son preliminares.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

<<http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0401&d2=6>>.

Figura 32: Número de camas y población pobre, por tipo de establecimiento y por departamento, 2008

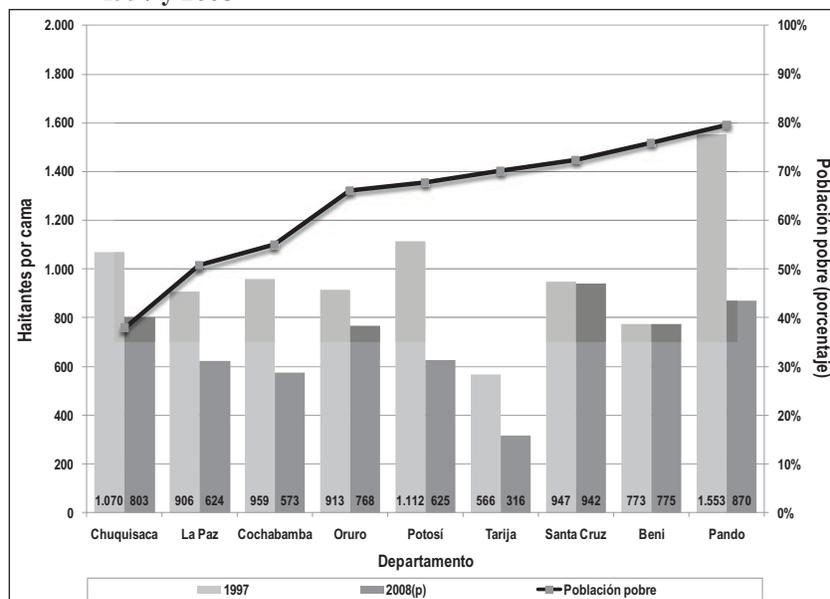


Nota: Datos del 2008 son preliminares

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

<<http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0401&d2=6>>.

Figura 33: Habitantes por cama y población pobre, por departamento, 1997 y 2008



Nota: Datos del 2008 son preliminares

Fuente: Elaboración propia con datos del INE

<<http://www.ine.gov.bo/indice/indice.aspx?d1=0401&d2=6>>.

Cuando se analiza el número de camas por habitante, se observa que las grandes ciudades tienen relativamente menos camas por habitante que otras zonas, y que hay una mejor correlación con pobreza en algunos casos que en el caso de número de camas. Sin embargo con excepción de Pando (donde seguramente la población y las camas no han variado mucho) las camas por habitante han caído en los últimos 10 años.

En el contexto internacional, Bolivia no destaca por tener pocas camas por habitante. Después del grupo Argentina, Brasil y Chile (con 2,0 a 2,4 camas por habitante), Bolivia tiene 1,5 camas por habitante, similar a Perú y Ecuador y mejor que los países centroamericanos incluidos en la tabla y mejor que Venezuela y Paraguay en Sudamérica. Esto rompe la tendencia de la mayoría de los indicadores vistos hasta aquí, donde Bolivia ha figurado siempre en los lugares menos positivos (Tabla 33).

Tabla 33: Cama por habitantes países seleccionados de América Latina, 2004-2008

País	2004	2005	2006	2007	2008
Grupo 1					
Chile	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2
Brasil		2,4			
Argentina	2,0	2,0	2,0	2,0	
Grupo 2					
Venezuela	0,9				
Grupo 3					
Ecuador	1,6	1,6	1,5	1,5	
El Salvador	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Guatemala	4,2	4,2	0,7	0,6	0,6
Perú	1,5	1,5	1,5	1,6	1,5
Bolivia	1,4	1,6	1,5	1,6	1,5
Nicaragua	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9
Paraguay	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Honduras	0,7	0,7	0,7	0,7	

Nota: Los datos son calculados con universos diversos en cada país, las notas al respecto se encuentran en el

Anexo

Fuente: CEPAL, <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=4&idioma=>.

8.2 Recursos humanos para salud en Bolivia

En general, existe un número insuficiente de recursos humanos para la salud en Bolivia y su distribución está concentrada en algunos departamentos del país en desmedro de otros, con un menor número de personal en los municipios más pobres. Los recursos humanos también se encuentran concentrados en los hospitales del tercer nivel en desmedro de los establecimientos de primer nivel de atención. Además, el personal más calificado del sector se encuentra mayoritariamente las zonas urbanas y muy poco de él se desempeña en las zonas rurales.

Tabla 34: Recursos humanos permanentes en el subsector público de salud, 2006

Departamento	Número de personal financiado por la TGN (promedio mensual)
Beni	1.158
Chuquisaca	1.540
Cochabamba	2.351
Oruro	849
Pando	339
La Paz	3.701
Potosí	1.399
Santa Cruz	3.878
Tarja	1.314
Total	16.530

Fuente: Tesorería General Nacional, Ministerio de Economía

El sistema de remuneraciones del sector público está compuesto de 43 niveles salariales, se paga un salario fijo de acuerdo a estos niveles, los que no está asociado a funciones

específicas, ni áreas o lugares de trabajo de los que los perciben y tampoco a su desempeño, lo que provoca problemas de calidad en las zonas rurales (Esquivel, 2006).

Cerca del 40 por ciento de los cargos de médicos generales y de médicos especialistas del sector público de salud son cargos de medio tiempo. Por otra parte, las principales ciudades (las del llamado eje troncal que son: La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) acumulan el 62 por ciento de los médicos con jornada completa y el 74 por ciento de los médicos de medio tiempo. No obstante, analizando por habitantes, es decir médicos por habitantes, estas ciudades presentan las menores tasas. Los Departamentos de Chuquisaca, La Paz y Tarija tienen el mayor número de cargos administrativos en relación al promedio, concentrando el 76 por ciento de ellos en el año 2005 (Esquivel, 2006). El 63 por ciento del personal de los municipios pobres (primer y segundo quintil) son enfermeras y de acuerdo a algunos autores, ello conlleva déficit en la calidad de la atención (Urcullo et al, 2008).

Por otra parte, el crecimiento de los recursos humanos en salud en los últimos años (entre 2001 y 2005) que ha sido de 5,2 por ciento promedio anual es considerado débil, en particular desde la implementación del SUMI (2003) que activó una mayor demanda por atención de salud a partir del año 2005.

A nivel de la región de América Latina, en cuanto a médicos, Bolivia se destaca por su escasez, con 1.970 personas por médico en el 2008, liderando las estadísticas al respecto después de Guatemala que presenta 5.235 personas por médico. Argentina, Brasil y Ecuador lideran el ranking en este caso y acompañan cercanamente a Bolivia países como El Salvador, Nicaragua y en Sudamérica: Paraguay (Tabla 35).

Tabla 35: Promedio de habitantes por médico en países seleccionados de América Latina, 2003-2008

País	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Grupo 1						
Chile	1.063	986	1.089	1.044	1.029	989
Brasil			353			
Argentina		313	320	323	327	
Grupo 2						
Venezuela	725					
Grupo 3						
Ecuador	638	583	561	555	502	497
El Salvador	2.286	1.653	1.690	1.737	1.654	1.745
Guatemala	4.037	4.160	4.072	6.065	5.142	5.235
Perú		666			682	
Bolivia		3.449	5.158	2.000	2.347	1.970
Nicaragua	2.561	2.594	2.567	2.250	2.330	1.503
Paraguay	2.478	1.676	1.609	1.556	1.374	1.408
Honduras	1.037	1.028	1.016			

Nota: Los datos son calculados con universos diversos en cada país, las notas al respecto se encuentran en el Anexo
Fuente: CEPAL, <http://websie.eclac.cl/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idAplicacion=1&idTema=4&idioma=>.

Una particularidad del recurso humano de salud en Bolivia es que una parte importante de él es financiado con recursos provenientes de la condonación de la deuda externa (HIPC II). Por ejemplo, en 2005 el 13 por ciento de los recursos provenía de esa fuente.²⁷ Lo cual se implementó a partir de que en el año 2002 existía un déficit de 3.230 trabajadores de salud de jornada completa en atención primaria y secundaria (Banco Mundial, 2002).

Respecto del sistema de recursos humanos en el sector privado de salud de Bolivia, la información es escasa, no obstante se pudo constatar que los salarios del sector privado en general son más altos pero han tendido a converger a lo largo de los años con los del sector público global (Urcullo, et al. 2008). En efecto entre 1996 y 2006 la brecha entre los salarios privados y públicos disminuyó en la mitad, debido, fundamentalmente a la caída de los salarios del sector privado que cayeron en un 35 por ciento desde US\$331 a US\$245, aunque los salarios del sector público también cayeron pero sólo en un 15 por ciento desde US\$213 a US\$184.

Este conjunto de realidades sugiere la necesidad de una redistribución de recursos humanos para la salud en Bolivia y la generación de ingresos salariales vinculados a las variables mencionadas más arriba, esto es, asociados también a área de trabajo del personal, a funciones específicas y evaluación del desempeño, para generar incentivos que lleven a ganancias de eficiencia y mayor equidad en el acceso a la atención médica.

²⁷ La ley N°2235 del 31 de Julio de 2001, conocida como la Ley del Diálogo, es la que distribuye esos recursos del Highly Indebted Poor Countries (HIPC).

8.3 Análisis de equidad en el acceso

En esta sección se presenta el análisis de la equidad en el acceso a servicios de salud. Para tales efectos, se estudia la equidad en el acceso desde el punto de vista de necesidad, demanda y utilización de servicios de salud en base a información de las dos Encuestas de Hogares (EH) disponibles (2006 y 2007). Este análisis se centra en el estudio de la equidad horizontal (misma utilización para personas con el mismo problema) ya que las EH no permiten medir la equidad vertical (más servicios para personas con problemas de salud más graves).

El proceso de toma de decisiones de un hogar para acceso a un servicio de salud se puede entender en los siguientes pasos: 1) primero la persona debe percibir que tiene un problema de salud; 2) luego debe decidir si buscar de atención para el problema de salud; y 3) debe recibir (utilizar) la atención de salud. En las EH de Bolivia se observa información de la auto-percepción de un problema de salud en las últimas cuatro semanas que se entenderá como incidencia de un problema de salud. La incidencia es también la demanda potencial por servicios de salud. No se observa la demanda por servicios de salud en estas bases de datos, entendida ésta como el haber tratado de acceder a una atención de salud.²⁸ Nótese, que se entiende que el buscar atención de salud (demandar servicios de salud) no implica que se llegue a recibir la atención. Por ejemplo, una persona puede acercarse al establecimiento para atenderse, pero puede que no reciba la atención porque ésta resulta ser muy cara, porque el tiempo de espera es muy alto, o por otros motivos. Finalmente, se observa la utilización de servicios de salud.²⁹

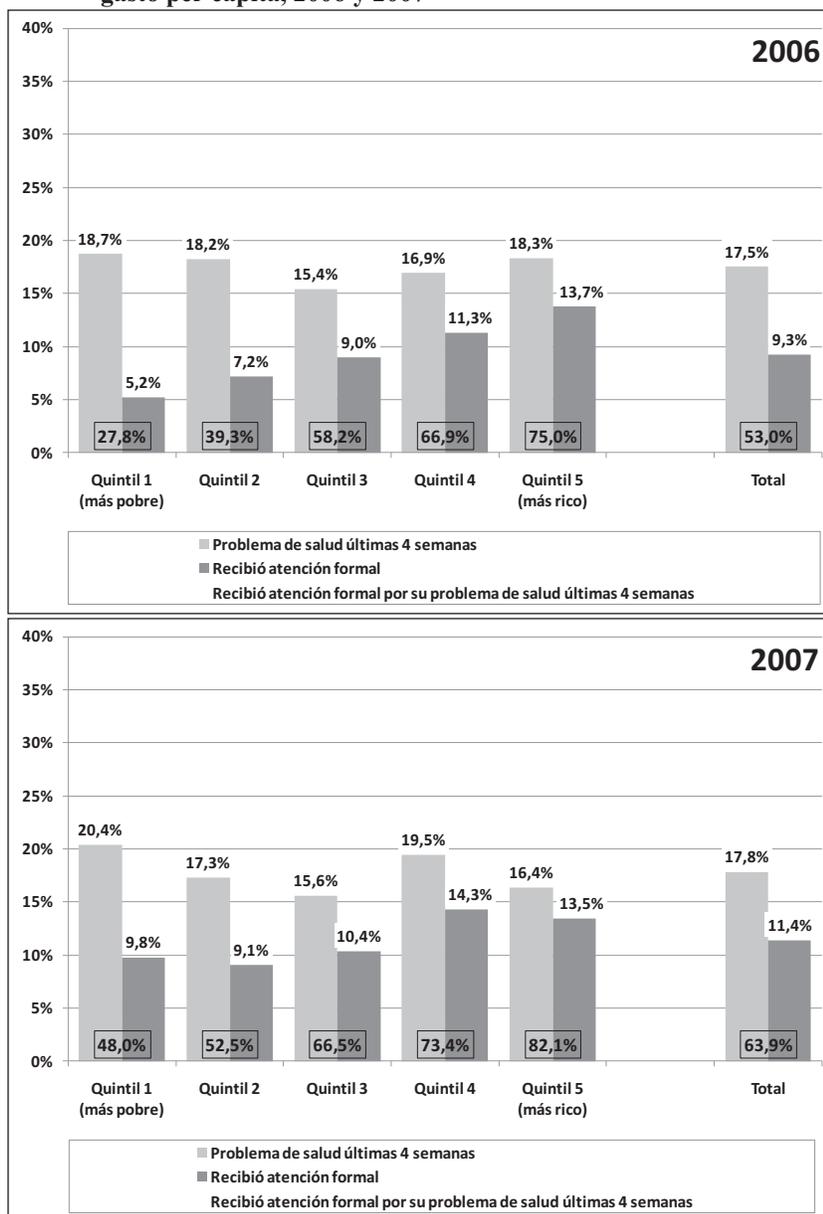
La incidencia de un problema de salud (medida como la auto-percepción de enfermedad u accidente en las últimas 4 semanas) no muestra una relación por quintiles de gasto per cápita ni en el 2006 ni en el 2007 (Figura 34). Aproximadamente, un 18 por ciento de la población percibió haber estado enfermo o declaró haber tenido un accidente en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta. Generalmente, se esperaría que los quintiles más pobres tengan una incidencia más alta, debido a la correlación que existe entre pobreza y mala salud. Sin embargo, si hay una clara relación, en ambos años, en el acceso a servicios (medido como la utilización auto-declarada por el problema de salud en las últimas 4 semanas). En el 2006, el acceso aumenta de 27,8 por ciento de los que declararon un problema del quintil más pobre a 13,7 por

²⁸ Generalmente esto se incluye en las encuestas de hogares con la pregunta “¿Buscó atención de salud para el problema de salud?”.

²⁹ La diferencia entre la demanda y la utilización es conocida como la “demanda insatisfecha”.

ciento en el quintil más rico. Es decir, es 2,64 veces más probable que el quintil más rico reciba atención que el quintil más pobre. En el 2007 se reduce esta brecha y debido a una clara mejora en el acceso de los más pobres. En promedio, el 63,9 por ciento de la población que percibió un problema de salud recibió atención.

Figura 34: Problema de salud y utilización de servicios, por quintiles de gasto per cápita, 2006 y 2007

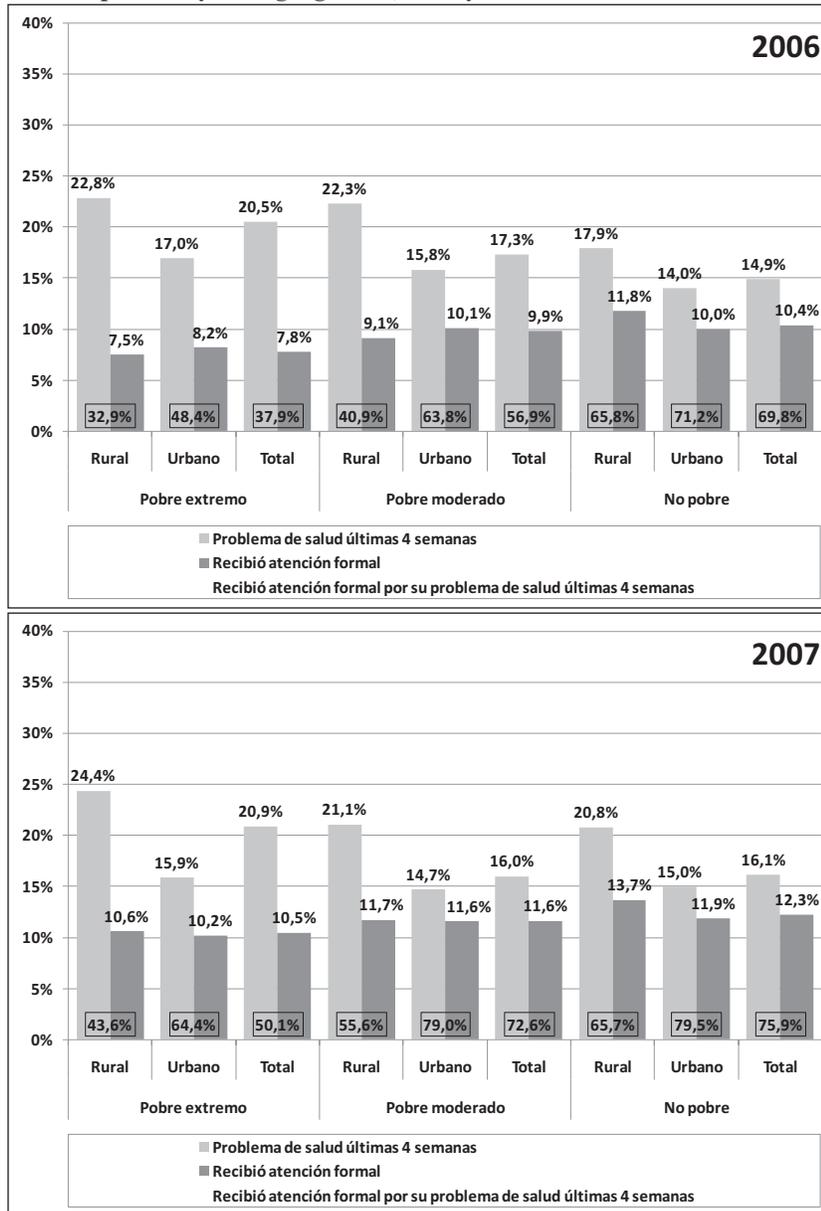


Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

Este mismo análisis por condición de pobreza (medido por el INE) y área geográfica (Figura 35) muestra que efectivamente entre los pobres la incidencia es más alta que entre los no

pobres en ambos años. Asimismo, es se muestra una clara diferencia por área geográfica, donde las tasas de incidencia más altas son siempre en las zonas rurales. A pesar que la auto-percepción de un problema de salud es menor en las zonas urbanas, la tasa de utilización es mejor en las zonas urbanas. Por ejemplo, en el 2006, entre los pobres moderados, aunque sólo 15,8 por ciento de las personas en zonas urbanas percibieron un problema de salud, 63,8 por ciento recibió atención para el mismo. En la zona rural 22,3 por ciento percibieron un problema de salud, pero sólo el 40,9 por ciento recibió atención. En el 2007, las brechas en utilización se ven disminuidas, aunque la incidencia no parece variar significativamente. Los pobres muestran una mayor tasa de utilización, aunque los no pobres también.

Figura 35: Problema de salud y utilización de servicios, por condición de pobreza y área geográfica, 2006 y 2007



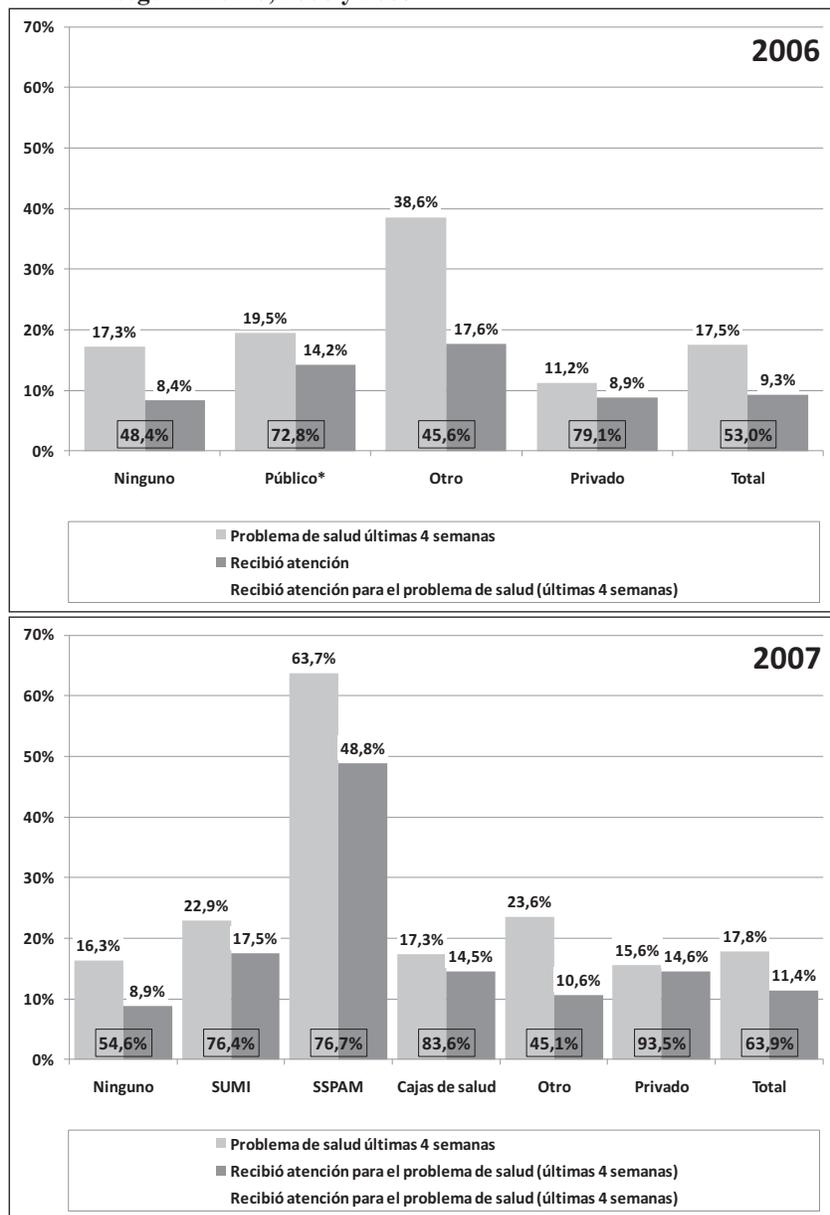
Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

Finalmente, la Figura 36 presenta las diferencias por tipo de aseguramiento. La EH 2006, permite una menor desagregación de la información de aseguramiento y la opción “Público” incluye la Caja Nacional de Salud y el Seguro Nacional de la Vejez y “Otros” incluye ONGs, seguros escolares y universitarios. Las personas con un seguro privado, tienen una mejor percepción de su estado de salud, y el más alto acceso. Los que declararon tener un seguro público 19,5 por ciento declaró un problema de salud en las últimas cuatro semanas, y 72,8 por

ciento de ellos recibió atención. No sorprende que sólo la mitad de los que no tienen ninguna cobertura y que tuvieron un problema, recibieran atención de salud.

En la EH del 2007, es más fácil y claro el análisis. La opción de seguro público se desagregó para incluir los principales seguros públicos (SUMI y SSPAM) y la seguridad social de corto plazo (Cajas de salud). Lo primero que destaca de la figura es la alta incidencia entre aquellas personas bajo la cobertura de SSPAM, aunque no debiera de sorprender ya que comprende a personas mayores de 60 años que tienen un más alto riesgo de enfermar. El seguro privado mantiene su condición de mayor acceso llegando a un 93,5 por ciento de los que tuvieron un problema de salud. Nuevamente el menor acceso se presenta entre las personas que no tienen un seguro de salud. Tres de cada cuatro que de los que tienen cobertura pública y que declararon haber tenido una enfermedad o accidente recibieron atención.

Figura 36: Problema de salud y utilización de servicios, por aseguramiento, 2006 y 2007



Fuente: Elaboración propia con datos de la Encuesta de Hogares 2006 y 2007.

9. Conclusiones

Bolivia es el país más pobre de América Latina y destaca por la presencia rural e indígena en su población. La estabilidad política de los últimos años ha posibilitado un período de mejoramiento de sus principales indicadores económicos, que ha permitido profundizar la política social y en ese contexto, la de salud. Las reformas económicas emprendidas a partir de los noventa, sin embargo, no han llegado a los sectores históricamente más desplazados como el sector rural.

De la revisión del sector salud destacan los siguientes grandes problemas:

1. La alta tasa de mortalidad materna e infantil;
2. La falta de acceso de los sectores pobres, rurales y población indígena;
3. El sistema de información insuficiente; y
4. Problemas de implementación de las reformas.

Bolivia ha logrado avances importantes en el cumplimiento de los ODMs y sus respectivos MDMs relacionadas a la salud, de tal modo que en los últimos 20 años todos los indicadores han mejorado aunque sea moderadamente.

Sin embargo, persisten indicadores de salud desfavorables en comparación con otros países latinoamericanos. En el año 2008 la tasa de mortalidad infantil seguía siendo alta (50 por 1.000 nacidos vivos), al igual que la tasa de mortalidad en menores de 5 años de 63 por 1.000 nacidos vivos y tasa de mortalidad materna de 310 por 100.000 nacidos vivos. Además, estos indicadores nacionales esconden grandes diferencias con peores resultados en las zonas rurales, las mujeres, las personas más pobres e indígenas. En este contexto la velocidad en las reducciones debería aumentar para poder lograr los ODMs. En efecto, según los ODM, la tasa de mortalidad materna debería reducirse a 104 por 100.000 nacidos vivos lo que requiere una reducción anual de 9 por ciento en la tasa mientras que lo que se ha logrado hasta ahora ha sido una reducción anual promedio de uno por ciento. Asimismo, la tasa de mortalidad infantil debería llegar a 27 por 1.000 nacidos vivos que requiere de una reducción anual de siete por ciento, mientras que lo que se ha logrado es una reducción anual promedio de dos por ciento. Finalmente, la tasa de mortalidad en menores de cinco años debería reducirse a 43 por 1.000 nacidos vivos, lo que implica una reducción anual de cinco por ciento, mientras que lo que se ha logrado sólo una reducción anual promedio de dos por ciento. En particular, el caso de la mortalidad materna es más preocupante, ya que después de 14 años de reducciones en la tasa, en el 2008 ésta aumentó de 230 a 310.

También se ha encontrado que las tasas de muertes por enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, además de enfermedades infecciosas y parasitarias son superiores a los demás países de la región, que entre las enfermedades infecciosas y parasitarias destaca la alta incidencia de la tuberculosis, la mortalidad por diarrea y por enfermedades de la niñez, como la pertusis y la polio. También la mortalidad por meningitis y hepatitis B son

importantes en Bolivia y la mortalidad por enfermedades tropicales, dentro de las cuales destaca el Chagas, es otro grupo en que Bolivia sobresale a nivel regional.

Se mantienen las diferencias históricas en desmedro de las áreas rurales y el altiplano. Por ejemplo, la desnutrición crónica en las áreas rurales es 2,25 veces mayor que en áreas urbanas. Igualmente la TMI es 1,74 veces más alta en áreas rurales que en las urbanas, mientras que en altiplano ésta tasa es 2,21 veces más alta que en el llano.

En resumen la velocidad en los avances y la persistencia de las diferencias entre subgrupos poblacionales, son una clara señal de que se deben aumentar los esfuerzos para lograr cumplir con los ODMs.

Actualmente, el sistema de salud boliviano se caracteriza por ser un sistema segmentado con tres subsectores: el privado, la seguridad social de corto plazo y el público. El sector privado funciona en un esquema de libre mercado para seguros de salud que compran servicios a proveedores privados de la misma aseguradora o a otros proveedores privados. La seguridad social de corto plazo ofrece amplia cobertura y proveen los servicios de salud a través de su propia red de proveedores. Finalmente, en el sector público tiene su propia red de proveedores administrado por las municipalidades. La red pública de servicios de salud está conformada por establecimientos de diferentes niveles de capacidad resolutive. La puerta de ingreso al sistema son los establecimientos de atención primaria en salud con los mecanismos de referencia y contra-referencia con el segundo y tercer nivel de atención.

El modelo SAFCI está correctamente dirigido a cubrir las necesidades de la primera línea de atención. No obstante, la segmentación del sistema, la poca integración de las redes, y la escasez de los recursos, en particular, los recursos humanos médicos, dificultan el logro de los objetivos. Cabría esperar que se fomente la integración sanitaria a nivel de redes y la unificación de los fondos de riesgos nacionales para dirigir mejor el financiamiento, además de enfocar fuertemente la política de promoción y prevención en los determinantes socioeconómicos de la salud en una estrategia integrada con otros sectores del estado.

En el proceso de recolección de información para realizar este informe se presentaron varios problemas. El SNIS-VE es el sistema nacional de información, y aunque es obligatorio, no hay ningún sistema de control o supervisión de la información. Se supone que el subsector público reporta al 100 por ciento, sin embargo, el SNIS-VE es un simple receptor de la información y no tiene ninguna actividad de control, verificación o auditoría, debido a su bajo

presupuesto. Así, ésta información deja de ser un insumo útil en la toma de decisiones, tanto a nivel nacional como a nivel local.

Existen otras fuentes de información como las encuestas. No obstante, la construcción de indicadores de mortalidad no reemplaza a aquellos contruidos por registros de rutina y estandarizados, tal como recomiendan los organismos internacionales. Por otra parte, el hecho de tener esta encuesta no debiera inhibir en ningún caso la implementación definitiva del sistema de registros del sistema de información de salud.

La falta de un sistema de información integrado tiene un impacto importante en la generación de políticas y en la implementación de programas ya que limita la capacidad de evaluación de los mismos. La evaluación de programas y políticas permite identificar problemas y solucionarlos así como destacar lo logros que sirvan de lecciones aprendidas.

En suma en Bolivia se genera información relevante en todos los niveles de salud, que en términos generales, aún no logran transformarse en un sistema integrado de información en salud. La información que se genera es de tipo estándar a nivel internacional y cuenta con orientaciones de desarrollo pertinentes, también ha contado con apoyos bastante sólidos en su desarrollo (BID, OPS, USAID). Dado lo anterior, parece posible que se pueda alcanzar un nivel de integración y sistematización importante en un plazo prudente.

Las reformas en salud –como la descentralización, el modelo SAFCI, la creación del SUMI, del SSPAM, además de las transferencias condicionadas del Bono Juana Azurduy– son un claro reflejo del compromiso político de mejorar la situación de salud del país y en particular de las mujeres y niños más pobres. Sin embargo, existen importantes problemas en la implementación que impiden que estos esfuerzos se vean reflejados en resultados concretos.

Por ejemplo, es esencial que se revise la experiencia con la descentralización, ya que parece que la transferencia de funciones también conllevó un debilitamiento del MSD. Una lección aprendida sobre la descentralización es que el descentralizado tenga la capacidad de recibir lo que se le ha delegado (Williamson, 2000), y esto se debe tomar en cuenta. Asimismo, ya que la reforma se está implementando mediante los PSD, sería importante realizar su seguimiento. Por ejemplo, el PSD 2006-2010 no fue acompañado de evaluaciones de sus avances y se critica que un problema fue su poca difusión en el sector. Es alentador que ya en el PSD 2010-2020 se haya incluido explícitamente la necesidad de seguimiento junto con listar los indicadores y fuentes para lograr este objetivo.

Una posible razón de la falta de seguimiento y análisis de la reforma podría ser la falta de información. El SNIS-VE tiene mucha información, pero su credibilidad se debilita al no haber ningún sistema de verificación y control. Esto lleva a que cualquier análisis se base en otras fuentes de información como las ENDSAs.

Por otro lado, los programas focalizados como el SUMI también deben estar sujetos a un seguimiento y evaluación. Por ejemplo, medidas como la ampliación del SUMI en el año 2005 –que se limitó a aumentar la cobertura a todas las mujeres y a la prevención del cáncer cérvico uterino, pero que no incluyó la atención de salud sexual y reproductiva– pudo tener un efecto indeseable en la tasa de mortalidad materna. Es decir, habría que analizar el posible efecto en el retroceso en la tasa de mortalidad materna de la eliminación de la cobertura de mujeres en edad fértil al acceso a métodos anticonceptivos y al acceso a información sobre derechos reproductivos. Junto con eventualmente no haber garantizado una nutrición adecuada de las madres. Asimismo, llama la atención que, a pesar del aumento en la razón de mortalidad materna en la última ENDSA, la cobertura de partos asistidos por personal de salud calificado muestre un claro aumento. Estos resultados –aparentemente contradictorios– se podrían explicar porque al priorizar ciertas atenciones (partos asistidos) se están descuidando otras (derechos reproductivos, nutrición, el ámbito rural, etc.).

Otro ejemplo es la ejecución y pago del Bono Juana Azurduy a través de la red militar ha generado mucho descontento en la población beneficiaria. El que se generen atrasos y descoordinaciones en los pagos, o fallas administrativas en general, pueden estar generando un impacto negativo del programa.

La revisión de las experiencias pueden diferir mucho entre departamentos y se estaría perdiendo la oportunidad de que otros mejoren su gestión vía estas lecciones aprendidas. De esta forma a pesar de los nuevos programas o seguros públicos desarrollados desde fines de los 80s y en un reimpulso en los últimos diez años, los indicadores de salud de la población son deficientes, aunque han mejorado pero no al ritmo requerido, particularmente en el área materno-infantil.

Con relación a la implementación del modelo de atención SAFCI destaca que no ha logrado ser muy clara. En las reuniones con actores clave del sector, se notó el discurso reiterante del modelo SAFCI. Dicho modelo es innovador al incorporar la realidad de las zonas rurales y diferencias étnicas al modelo de atención. Sin embargo, no hay una visión clara de su

implementación. Es decir, todos conocen la intención del modelo, pero al ser consultado sobre las medidas concretas, fue poco que se pudo plantear como avances. Entre los avances concretos está la incorporación de la especialidad SAFCI como una especialidad alternativa para los médicos. Sin embargo, la residencia SAFCI no trae nada nuevo a parte de que sea realizada en zonas rurales.

Por otro lado, se quiere incorporar a los “médicos tradicionales” al modelo de atención. Sin embargo, debido a su naturaleza, no se ha logrado llegar a un acuerdo respecto a cómo establecer un sistema de registro o acreditación de médicos tradicionales.

También existen experiencias positivas que no se han difundido. En una visita de campo, un hospital básico había incorporado el modelo SAFCI coordinando con parteras locales para instalar en el recinto una sala de partos SAFCI de acuerdo a los requerimientos de las parteras. Con esta coordinación se ha logrado llevar el parto al recinto médico. Este tipo de experiencia debería ser evaluada y difundida.

La actual administración sigue impulsando nuevas medidas de reforma entre las que destaca el anteproyecto de Ley del SUS presentado en el congreso que se basa en el modelo de atención SAFCI (que enfatiza la promoción y prevención a través de la educación y capacitación con corresponsabilidad) y de gestión SAFCI (con participación y control social a través de los comités locales de salud). Es decir, hay una propuesta para unificar el sistema, aunque se excluya al subsector privado.

El punto central de la propuesta es la creación del FUS. Los recursos públicos serían reasignados al FUS al igual que los recursos de la seguridad social de largo plazo lo que estaría juntando el riesgo país en un solo fondo. Sin embargo, la propuesta contempla que los aportes patronales para las cajas de salud, se reasignen a su población beneficiaria, impidiendo que se generen subsidios cruzados con las otras poblaciones.

Estas propuestas son una señal clara que el gobierno se encuentra en un empeño importante por fortalecer el sistema público de salud en pos de la universalidad y la equidad. Así se podrían combinar los esfuerzos por apoyar las políticas focalizadas con los esfuerzos por apoyar en el ámbito de diseño e implementación de éstas reformas macro en salud, como el camino para llegar al SUS.

La propuesta también contempla que la asignación de recursos a departamentos y municipios se realice mediante una nueva fórmula que comprende cantidad estimada de

beneficiarios y de producción. Lo cual implica un enfoque adecuado. No obstante, la experiencia internacional en tales mecanismos de asignación han avanzado hacia la incorporación también de factores de demanda que se aproximen a las necesidades de salud de la población, por lo que será pertinente avanzar hacia la incorporación de dichas variables en la asignación de los recursos territoriales.

Otro componente de la propuesta es que los seguros públicos existentes (SUMI y SSPAM) dejarían de existir a favor de un Seguro Universal de Salud. Esto es particularmente ambicioso considerando que no existen señales claras que esta medida sea sostenible en el tiempo.

En resumen, la reforma en Bolivia se inició con la descentralización. La descentralización es deseable en la medida que permite a las regiones, que se espera que tengan una mejor visión de su situación, pueden efectivamente responder en forma más rápida y directa a sus necesidades. Sin embargo, la descentralización que ha tenido Bolivia, ha generado desarticulación en el sector. Por ejemplo, mantener el financiamiento de los recursos humanos a nivel central, no le permite a los que administran los establecimientos de salud, de ajustar sus necesidades de médicos y enfermeras sin pasar por un proceso administrativo centralizado. Un camino deseable para llegar a la universalidad podría ser la expansión gradual de programas como el SUMI y el SSPAM.

Destaca que Bolivia ha ido aumentando el gasto total en salud como porcentaje del PIB y que en comparación con otros países de la región, este crecimiento haya sido mayor. En el 2006 Bolivia asignaba 6,6 por ciento del PIB al sector salud. Sin embargo, el gasto total en salud per cápita en dólares americanos (al tipo de cambio promedio de cada año) de Bolivia es sólo US\$79 per cápita, lo que es bastante bajo. Los quintiles más pobres muestran gastos de bolsillo en salud significativamente menores a los quintiles más ricos. De esto no se puede inferir que el gasto de bolsillo sea progresivo, ya que se puede deber al menor acceso (utilización) que los más pobres tienen a los servicios de salud. Es decir, gastan menos porque usan menos servicios de salud.

El acceso a aseguramiento aumentó entre el 2006 y 2007. En el año 2006, 81,8 por ciento de la población no tenía seguro, mientras que en el 2007 disminuyó a 69,4 por ciento. El aseguramiento privado cayó ligeramente entre estos dos años pero se mantiene en niveles muy bajos entre dos a tres por ciento. En el 2007 las cajas de salud cubrían a 16,2 por ciento de la población con una relación positiva con el ingreso. Además, la seguridad social de corto plazo

ofrece la más amplia cobertura, tanto en términos de gama de servicios como en copagos. El SUMI, además de ser específica a unos grupos de edad y sexo, se limita por listados de prestaciones cubiertas aunque son totalmente financiadas, i.e., los beneficiarios no incurren en otros costos que no sean aquellos de viaje y tiempo de traslado. La población que no tiene acceso a una cobertura en salud es, en general, la de los quintiles más pobres, los identificados como pobres extremos y moderados por el INE y los que viven en áreas rurales.

Finalmente, y en general, es importante mejorar el acceso de los más desprotegidos como lo son los sectores pobres, las áreas rurales, y la población indígena a través de inversiones concretas en atracción de médicos que incorporen la diversidad cultural de la salud y en la infraestructura necesaria.

Bibliografía

- Cárdenas, Marina, 2004, “Cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud,” Segunda Edición, Ministerio de Salud y Deportes.
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) 2007. Panorama social
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) 2009. Panorama social
- Comisión Económica para América Latina (CEPAL) 2010. Página web. Bases de datos. CEPALSTAT. <http://www.eclac.cl>.
- Contraloría General de la República de Bolivia, 2007, “Contribución de recomendaciones por las EFS para la sostenibilidad financiera de los sectores sociales (educación, salud y seguridad social), presentado en la V Jornadas/ Conferencia EUROSAI-OLACEF, Lisboa, Portugal, <<http://www.tcontas.pt/eurosai/eurosaiolacefs/Docs/2ST/Bolivia/WS2BO-span.pdf>>.
- FES-ILDIS-USAID, Municipalización: Diagnóstico de una década; Tomo I, Plural editores, La Paz, septiembre 2004.
- FES-ILDIS-USAID, Municipalización: Diagnóstico de una década; Tomo II, Plural editores, La Paz, septiembre 2004.
- Ibern, Pere, Ed, 1999, “Incentivos y contratos en los servicios de salud,” Barcelona, Springer-Verlag Ibérica.
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, 2009, “Estadísticas e indicadores sociodemográficos del Estado Plurinacional de Bolivia,” 6 agosto 2009, Actualidad Estadística Nacional – INE, <http://www.ine.gov.bo/pdf/Bo_Es_Na/BEN_2009_1.pdf>
- Laffont, Jean-Jacques, 1987, “Toward a normative theory of incentive contracts between government and private firms,” *The Economic Journal*, Vol. 97, Supplement: Conference Papers (1987), pp. 17-31.
- Lalonde, Marc, 1974, “A new perspective on the health of Canadians – a working document,” Gobierno de Canadá, Ottawa, Canadá.
- Mesa-Lago, Carmelo (2009). Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas. Serie Políticas sociales 150. División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago, Octubre de 2009.

Ministerio de Desarrollo Humano, 1993, Estadísticas de Salud 1991-1992, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Desarrollo Humano, 1994, Estadísticas de Salud 1993, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud.

Ministerio de Desarrollo Humano, 1995, Estadísticas de Salud 1994, Ministerio de Desarrollo Humano, Secretaría Nacional de Salud.

Ministerio de Planificación del Desarrollo, 2007, “Plan Nacional de Desarrollo – Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien: Lineamientos Estratégicos, 2006-2010,” Ministerio de Planificación del Desarrollo, aprobado mediante el Decreto Supremo No. 29272 el 12 de septiembre del 2007).

Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Estadísticas, 2009, Informe Encuesta Nacional de Demografía y Salud Bolivia 2008, Ministerio de Salud y Deportes & Instituto Nacional de Estadísticas, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes, 2003, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 2002, Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes, 2004, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 2003, Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes, 2005, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 2004, Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes, 2008, “Norma nacional de caracterización de establecimientos de salud de primer nivel” Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 103.

Ministerio de Salud y Deportes, 2008, “Norma nacional de Red Municipal SAFCE y Red de Servicios” Serie: Documentos Técnico-Normativos No. ¿??.

Ministerio de Salud y Deportes, 2008, “Norma nacional de Referencia y Retorno” Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 103.

Ministerio de Salud y Deportes, 2009, “Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 – Hacia la Salud Universal,” Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Planificación.

Ministerio de Salud y Deportes, 2009, Anuario Estadístico en Salud 2008, Ministerio de Salud y Deportes, Sistema Nacional de Información en Salud – Vigilancia Epidemiológica, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 1998, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 1997, Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad de Información y Planificación, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 1998, Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad del Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 2000, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 1999, Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad del Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 2001, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 2000, Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad del Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 2002, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 2001, Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad del Sistema Nacional de Información en Salud, La Paz, Bolivia.

Ministerio de Salud y Previsión Social, 2006, Sistema Nacional de Información en Salud Estadísticas de Salud 1996, Ministerio de Salud y Previsión Social, Dirección General de Salud, Unidad de Información y Planificación, La Paz, Bolivia.

Morales Medina, Sydney Edson, “El Sistema de Salud Boliviano”, Mimeo.

Organización Panamericana de la Salud, 2007a, “Salud en las Américas, 2007” Volumen II- Países, Publicación Científica y Técnica No. 622, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, EE.UU.

Organización Panamericana de la Salud, 2007b, Diciembre, Perfil de País.

Página web del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (<http://www.ine.gov.bo>)

Página web del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia (<http://www.sns.gov.bo>)

Urcullo, Gonzalo, Julio Von Vacano, Carlos Ricse, y Camilo Cid, 2008, “Health worker salaries and benefits: Lessons from Bolivia, Peru and Chile” Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, Geneva, Switzerland.

(<http://www.who.int/alliance-hpsr/researchsynthesis/Alliance%20HPSR%20-%20HWS-LAC%20Bitran.pdf>)

Williamson, Oliver E., 2000, “The New Institutional Economics: Taking Stock, Looking Ahead,” *Journal of Economic Literature*, 38, 595–613.

Anexo A. Agenda de reuniones con actores del sector salud

Día	De:	A:	Temas	Participantes	Lugar
	09:00	10:00	UDAPE	Adhemar Esquivel (UDAPE)	UDAPE
	10:00	11:00	MSD – Unidad de Servicios de Salud	Miguel Villareal Henry Flores – Jefe de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad	Representación BID
Ma 18/05	14:30	16:00	Marco Antonio Valencia Cárdenas (SAFCI)	Marco Antonio Valencia Cárdenas – Coor. Gral. Residencia Médica Carlos Lluja – Médico Tradicional Franz Trujillo – Coordinador Académico de la Residencia Médica	Representación BID
	16:30	18:00	Carmen Tapia (Directora de Sociales) Instituto Nacional de Estadística (INE)	Carmen Tapia (Directora de Sociales) Mabel Patón – Especialista en Salud	INE
	09:30	10:15	ONG PROCOSI	Amparo Ergueta	PROCOSI
Mi 19/05	10:30	11:30	ONG	CIES (Jhonny López – Director ejecutivo)	CIES
	11:45	12:30	FAM - Jorge Gemio (Responsable de la FAM)	FAM - Jorge Jemio (Responsable de la FAM)	FAM
Ju 20/05	09:00	10:00	OPS	Christian Darras – Representante OPS	OPS
Vi 21/05	09:00	10:00	Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS)	SNIS (Juan Carlos Mendoza)	SNIS
	10:15	11:15	MSD	Reynaldo Aguilar – Unidad de Seguros Públicos MSD	Representación BID
Ma 08/06	9:00	10:00	UDAPE	Adhemar Esquivel (UDAPE)	UDAPE
Ma 08/06	11:30	12:30	Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES)	Nicolás Armando Dávila Juan Alcasar	INASES
Mi 09/06	07:00	18:30	Visita de Campo	Puesto de Salud Vila Vila Hospital de Apoyo Caracollo Hospital Español	
Ju 10/06	09:00	11:00	Cooperación Internacional	Cooperación Canadiense, JICA, UNICEF, OPS, BID	Cooperación Canadiense
	14.30	17:00	OPS	Christian Darras Carlos Ayala Haydeé Padilla	Representación BID
Vi 11/06	08:30	09:30	SNIS		SNIS
	10:30	11:30	Colegio de Médicos	Dr. Larrea	Colegio de Médicos

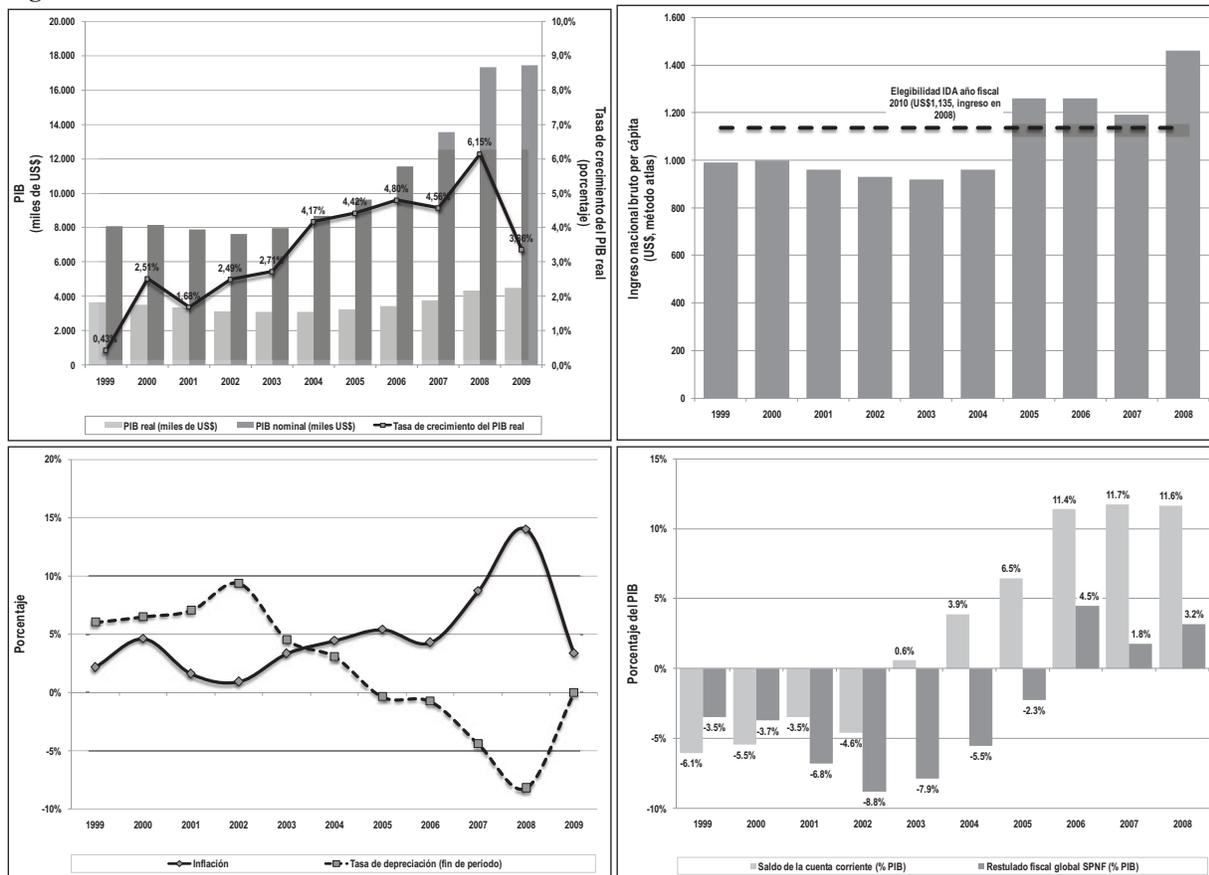
Anexo B. Exportaciones de Bolivia

La economía de Bolivia se basa principalmente en la exportación de sus recursos naturales, siendo históricamente uno de los principales países productores de estaño. Tanto es así, que su economía llegó a depender de los precios de este mineral en el mercado mundial durante décadas.

En la actualidad, las principales exportaciones bolivianas están compuestas por minerales como el zinc o el estaño, gas natural y soya. Bolivia posee la segunda más importante reserva de gas natural en América del Sur pero, estas reservas, no alcanzan el 1 por ciento del total de las reservas mundiales. El sector agroindustrial ha tenido un impacto importante en la economía boliviana, debido a la tecnificación y optimización de productos agropecuarios como la ganadería, la producción de soya, la producción de azúcar, producción de arroz, etc. El turismo es un sector en crecimiento debido a que Bolivia es un país de contrastes profundos ubicado entre las altas cumbres de Los Andes y las selvas tropicales del Amazonas.

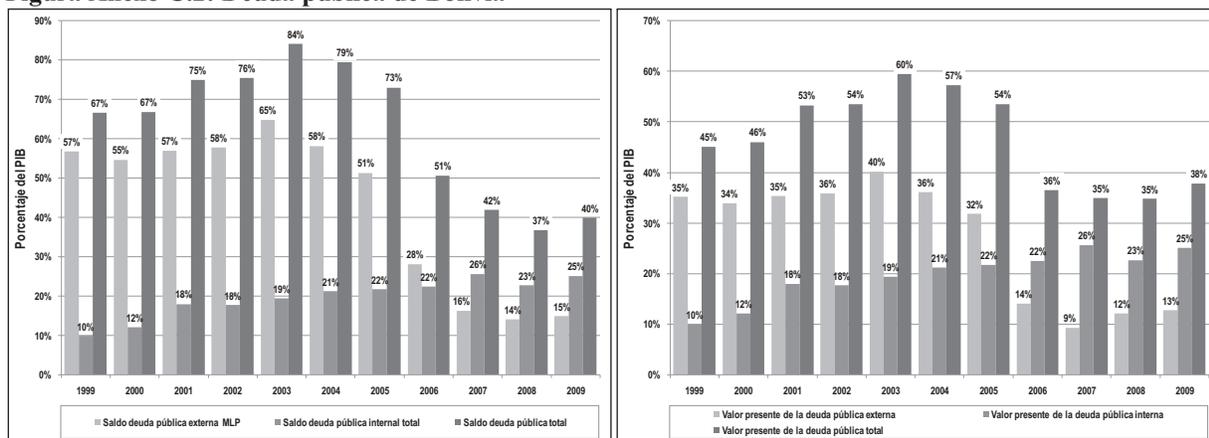
Anexo C. Indicadores macroeconómicos y del sector público de Bolivia

Figura Anexo C.1: Indicadores macroeconómicos de Bolivia



Fuente: Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos. Asociación Regional de Bancos Centrales

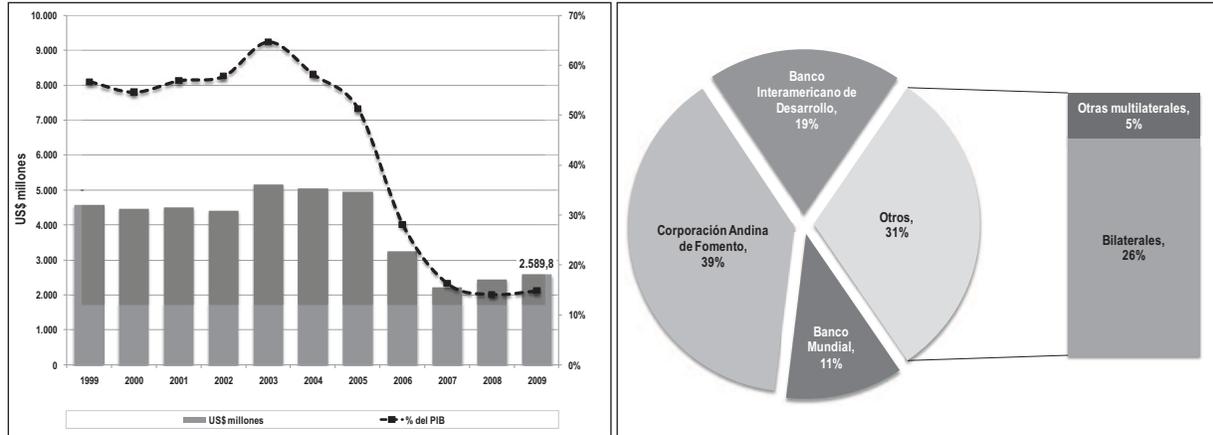
Figura Anexo C.2: Deuda pública de Bolivia



Fuente: Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos. Asociación Regional de Bancos Centrales

En efecto, la deuda externa de Bolivia comenzó su disminución drástica en el año 2003 con un reimpulso en el año 2005. Además, la mayoría de la deuda externa pública proviene de créditos multilaterales de organismos internacionales (Banco Mundial (BM) y BID) y de créditos bilaterales (Figura Anexo C.3).

Figura Anexo C.3: Deuda externa y deuda externa pública de Bolivia



Fuente: Centro de Estudios Monetarios latinoamericanos. Asociación Regional de Bancos Centrales

Anexo D. Crecimiento económico

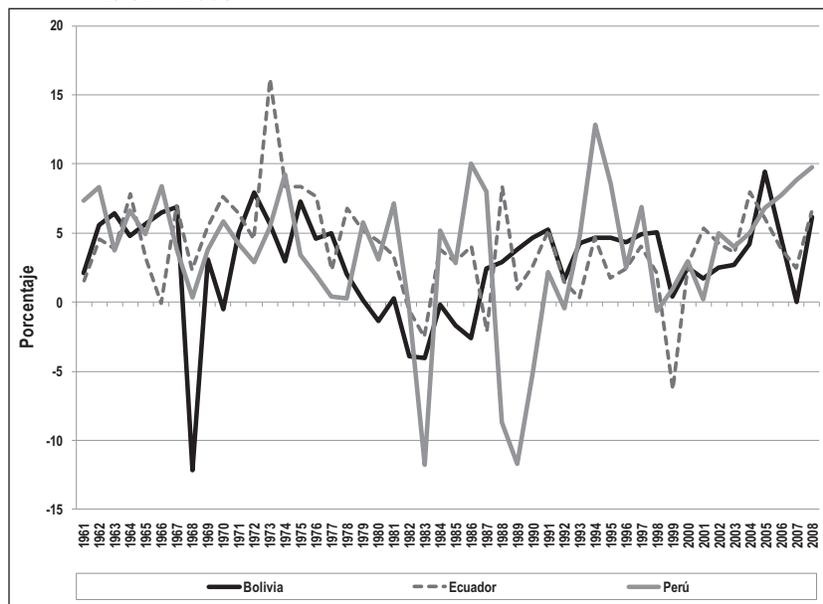
Bolivia cerró el 2009 con un crecimiento económico del cuatro por ciento del PIB, esto es un punto por debajo de las expectativas previstas a principio de ese año. Asimismo, la inflación no superó el cuatro por ciento, frenando de esta manera su alza anterior (hasta el 2008). Debido a estos datos el gobierno boliviano consideró el comportamiento de su economía como un ejemplo para aquellos países que fueron afectados por la crisis financiera internacional del año 2008 que se originó en los bonos sub-prime de los Estados Unidos.

Es así como después de importantes períodos de inestabilidad económica, en los últimos años, Bolivia ha alcanzado estabilidad macroeconómica, mostrando una tasa de crecimiento alta. Sin embargo, el único sector económico que sufrió un revés en el año 2009 fue el de la industria del petróleo y del gas natural, con un descenso de hasta 13,48 por ciento respecto del año anterior. Por su parte, la administración pública de Bolivia fue el sector con mayor participación en la economía durante el año 2009 con un 11,92 por ciento, seguido muy de cerca por la industria manufacturera con 11,62 por ciento.

El año anterior, en 2008, el PIB de Bolivia se incrementó en un 6,15 por ciento, principalmente gracias a la expansión de la industria minera, que entonces avanzó un 56,26 por ciento y que había presentado en el año 2007 una expansión del 9,43 por ciento.

De acuerdo a la Figura Anexo D.4 con excepción de la crisis de fines de los años 60, Bolivia ha tenido tasa de crecimiento del PIB con menos variabilidad que otros países comparables de la región como Perú y Ecuador. Ha sufrido los mismos embates y caídas en las crisis pero menos profundos y desde el año 2000, después de la crisis asiática, al igual que Perú, presenta tasas de crecimiento positivas.

Figura Anexo D.4: Tasa de crecimiento del PIB Bolivia, Perú y Ecuador, 1961 – 2008



Fuente: Banco Mundial, 2010.

<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/countries/latest?display=default>

El crecimiento del PIB para 2006 fue de 4,6 por ciento, en comparación con un cuatro por ciento para 2005, 4,2 por ciento para 2004 y comparado con un promedio de 2,3 por ciento anual para el periodo entre 2000 y 2003. El sector manufacturero fue uno de los sectores de mayor crecimiento, con una variación de 8,1 por ciento (comparada con una de 2,7 por ciento en el año anterior). La construcción –incluyendo las obras públicas – también repuntó, al crecer a un ritmo de 4,5 por ciento en 2006, en comparación con uno de 2,6 por ciento en el año anterior.

La situación en Bolivia en relación a las finanzas públicas, balanza de pagos y reservas internacionales ha ido mejorando drásticamente. Los ingresos totales para el sector público aumentaron de 27,5 por ciento del PIB en 2004 a 40,2 por ciento en 2006. La mayor parte de este incremento se debe a las políticas implementadas por el gobierno en el sector de hidrocarburos, comenzando con la Ley de hidrocarburos de 2005 que resultó en un aumento de los impuestos, seguida por incrementos adicionales en las regalías y la re-nacionalización del sector el año pasado. El incremento en los precios del gas natural ha causado que estos cambios sean aún más importantes.

Los ingresos del gobierno por concepto de hidrocarburos han aumentado desde un cinco por ciento del PIB en 2004 hasta un 13,3 por ciento en 2006. Este es un enorme incremento en

los ingresos, que por ejemplo e hipotéticamente hablando, en Estados Unidos equivaldría a más de US\$ 1,1 billones.

El gasto público ha crecido a un menor ritmo. Los gastos totales del gobierno aumentaron de 33 por ciento del PIB en 2004 a un 35,6 por ciento en 2006, lo que resultó en un balance global positivo (superávit) de 4,6 por ciento del PIB en 2006. Este resultado positivo sufrió una leve reducción en 2007 debido a los planes del gobierno de incrementar los gastos de capital en un 68 por ciento, pero se recuperó y aumentó en 2008 (ver Anexo C).

Tabla Anexo D.1: Tasa de crecimiento del PIB países de América Latina, 1999-2008

País	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Grupo 1										
Chile	-0,76	4,49	3,38	2,18	3,92	6,04	5,56	4,59	4,68	3,16
Brasil	0,25	4,31	1,31	2,66	1,15	5,72	3,16	3,97	5,67	5,08
Argentina	-3,39	-0,79	-4,41	-10,89	8,84	9,03	9,18	8,47	8,65	6,76
Grupo 2										
Colombia	-4,20	2,92	2,18	2,46	4,61	4,66	5,72	6,94	7,55	2,53
Venezuela	-5,97	3,69	3,39	-8,86	-7,76	18,29	10,32	10,35	8,40	4,82
Grupo 3										
Ecuador	-6,30	2,80	5,34	4,25	3,58	8,00	6,00	3,89	2,49	6,52
El Salvador	3,45	2,15	1,71	2,34	2,30	1,85	3,09	4,18	4,65	2,55
Guatemala	3,85	3,61	2,33	3,87	2,53	3,15	3,26	5,38	6,27	4,03
Perú	0,91	2,95	0,21	5,02	4,03	4,98	6,83	7,74	8,87	9,76
Bolivia	0,43	2,51	1,68	2,49	2,71	4,17	9,43	4,56	0,00	6,15
Nicaragua	7,04	4,10	2,96	0,75	2,52	5,31	4,35	3,69	3,90	3,50
Paraguay	-1,48	-3,35	2,06	-0,05	3,84	4,14	2,88	4,32	6,76	5,77
Honduras	-1,89	5,75	2,72	3,75	4,55	6,23	6,05	6,65	6,35	3,95

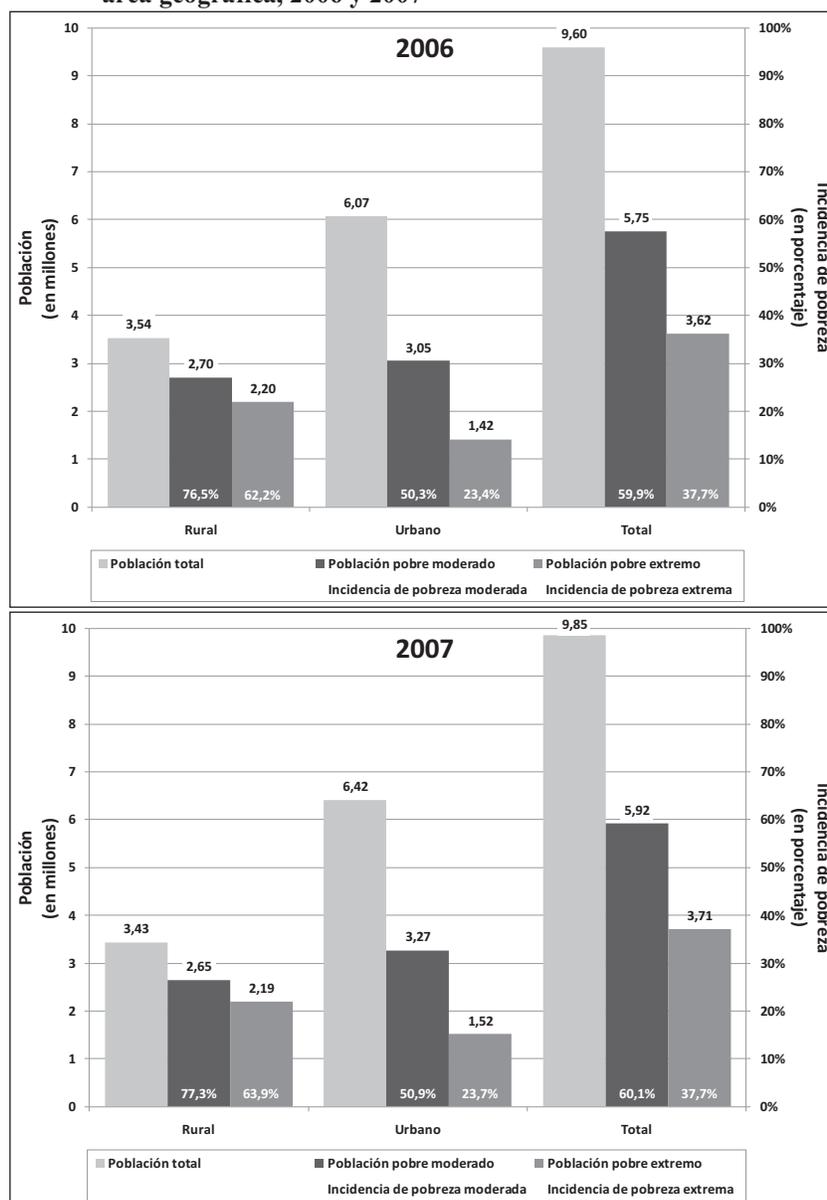
Fuente: Banco Mundial, 2010 (<http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.KD.ZG/countries/latest?display=default>).

Anexo E. Incidencia de la pobreza en Bolivia

La situación de la extrema pobreza presenta el mismo patrón que el de la pobreza, siendo sorprendente el nivel de pobreza extrema en el área rural de 63,9 por ciento (unas 2,19 millones de personas), mientras que en el área urbana es de un 23,7 por ciento (1,52 millones de personas) y en promedio un 37,7 por ciento en todo el país unas 3,71 millones de personas (Figura Anexo E.5).

Aunque levemente se aprecia que es en las mujeres en que se produjo el aumento de la pobreza entre 2006 y 2007 (Figura Anexo D.6).

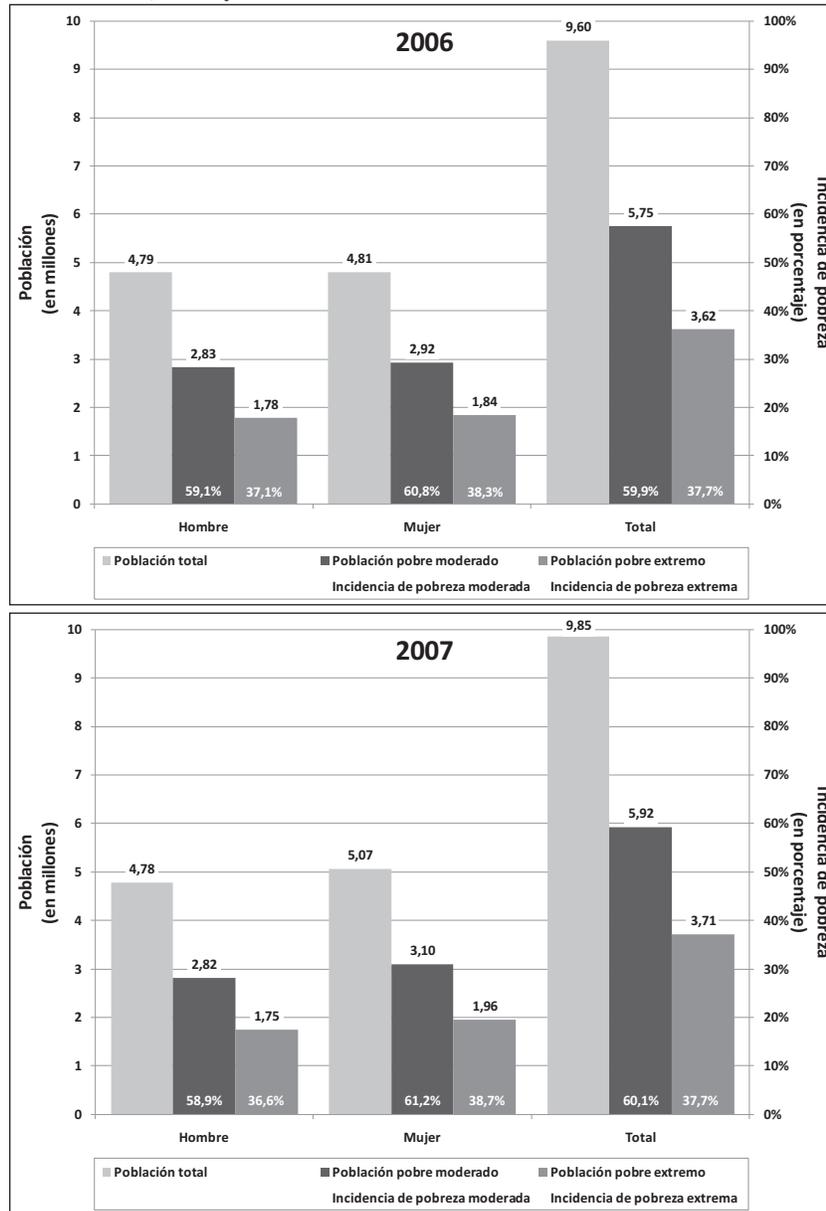
Figura Anexo E.5: Incidencia de pobreza total y pobreza extrema, por área geográfica, 2006 y 2007



Nota: INE 2009 "Estadísticas e indicadores sociodemográficos del Estado Plurinacional de Bolivia," 6 agosto 2009.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE (Encuesta de Hogares 2006 y 2007).

Figura Anexo D.6: Incidencia de pobreza total y pobreza extrema, por sexo, 2006 y 2007



Nota: INE 2009 "Estadísticas e indicadores sociodemográficos del Estado Plurinacional de Bolivia," 6 agosto 2009.

Fuente: Elaboración propia con datos del INE (Encuesta de Hogares 2006 y 2007).

Anexo F. Coeficiente de la brecha de pobreza

El coeficiente de brecha de pobreza, indicador introducido por el Banco Mundial, muestra el porcentaje de personas viviendo con menos de un dólar al día. Bolivia marca dos registros 12,36 por ciento en el año 2002 y 9,7 por ciento en el año 2005. Ambos son registros significativamente altos en el contexto regional sólo superados por Honduras y sólo en el año 2005 (Tabla Anexo F.2).

Tabla Anexo F.2: Coeficiente de brecha de pobreza (porcentaje de personas viviendo con menos de un dólar diario), países seleccionados de América Latina, 2000–2007

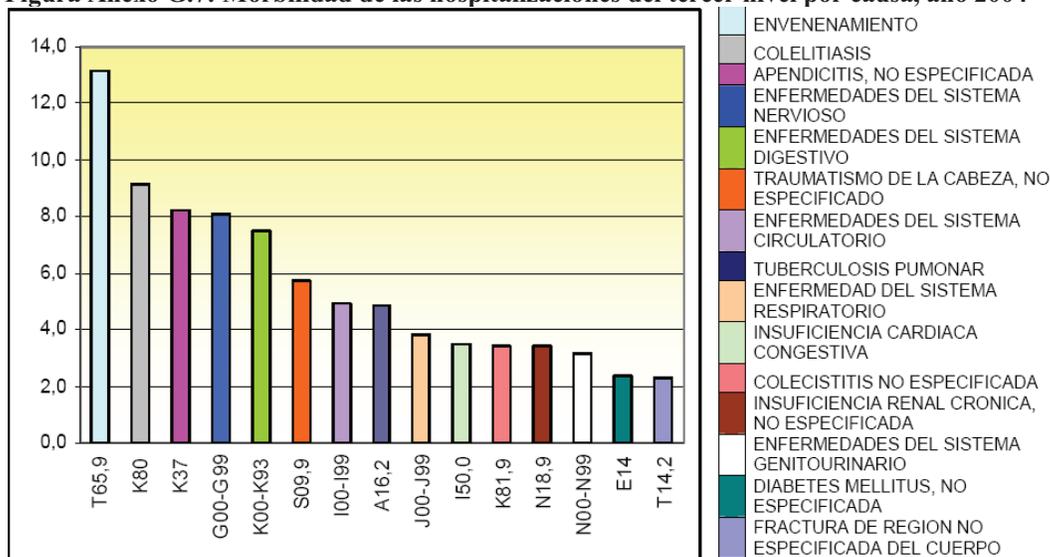
País	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Grupo 1								
Chile	0,19			0,27			0,04	
Brasil	2,83		2,24	2,60		1,59		1,26
Argentina			2,86		2,8	0,99	0,6	
Costa Rica	1,36	0,91		2,3		0,4		
Grupo 2								
Colombia	6,94			6,05			5,7	
Venezuela				8,82		4,51	1,16	
Grupo 3								
Ecuador				4,09		3,16		1,20
El Salvador	5,68		6,51	6,70		4,77		
Guatemala	4,67		6,50				3,83	
Perú		5,29	4,25	1,96	1,86			
Bolivia			12,36			9,70		
Nicaragua		6,66				5,23		
Paraguay			7,80			3,42		2,74
Honduras				5,57		10,18	8,19	
América Latina y el Caribe			3,61			2,75		

Fuente. Elaborado con las bases de datos en línea del Banco Mundial 2010.

Anexo G. Morbilidad hospitalaria

En el caso de los hospitales públicos más complejos de Bolivia, la primera causa de egreso, por lejos, son los envenenamientos (código T65.9 en la Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10)) con cerca del 13 por ciento del total de egresos, lo cual se debe señalar, merece algunas dudas, y nos lleva pensar que tal vez se trate del grupo más amplio asociado (Traumatismos envenenamientos y otras causas externa) pero no podemos estar seguros. En segundo y tercer término aparecen las intervenciones como las coleditiasis y apendicitis, con cerca del nueve por ciento y ocho por ciento respectivamente. Las enfermedades del sistema nervioso, enfermedades del sistema digestivo, los traumatismos, son las siguientes en importancia y en ese orden. Sorprende que no aparezcan los partos en los primeros lugares de frecuencia, como sí aparecen en otros países. Sin embargo, en la seguridad social los partos sí aparecen con la más alta frecuencia, ya que esa población tiene mayor acceso.

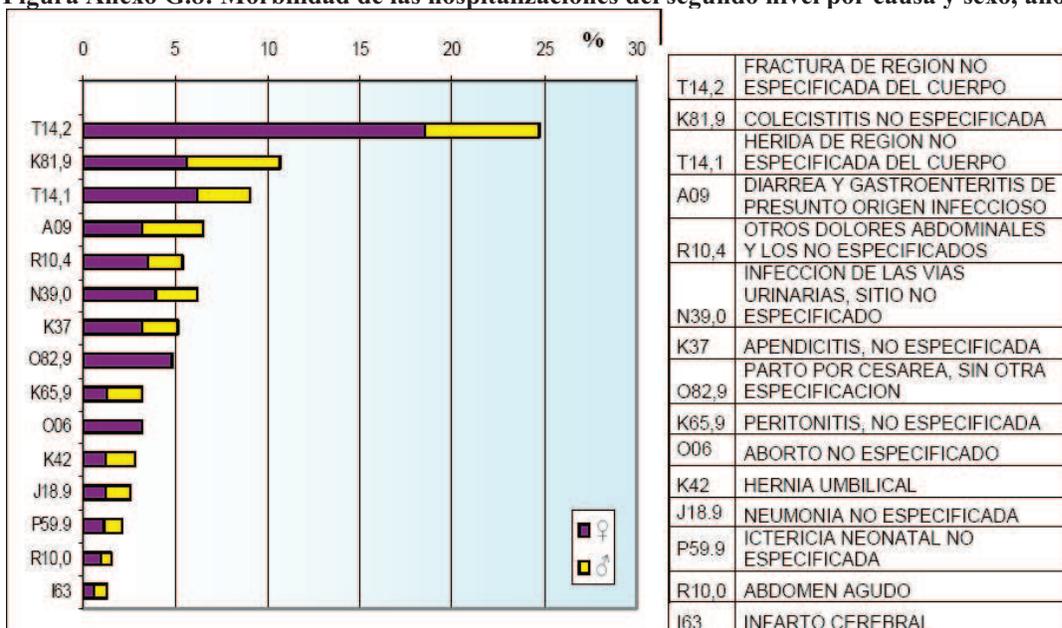
Figura Anexo G.7: Morbilidad de las hospitalizaciones del tercer nivel por causa, año 2004



Fuente: Perfil de Morbilidad Gestión 2004, Ministerio de Salud y Deportes.

En el segundo nivel hospitalario, más sencillo, pueden apreciarse causas más o menos similares a las anteriores en los primeros lugares de importancia, con la ausencia del envenenamiento, reemplazado por las fracturas en el primer lugar de importancia y las heridas en el tercero. Llama la atención también que aquí sí aparecen los partos, pero por cesáreas con cerca de un cinco por ciento.

Figura Anexo G.8: Morbilidad de las hospitalizaciones del segundo nivel por causa y sexo, año 2004



Fuente: Perfil de Morbilidad Gestión 2004, Ministerio de Salud y Deportes.

El sector de la seguridad social de corto plazo, con sólo 56.321 egresos, presenta una distribución de causas bastante distintas a las anteriores y más parecida a la de otros países de la región (como Chile, Argentina, Uruguay, Perú, etc.). La Tabla Anexo G.3 muestra la información acerca de la morbilidad hospitalaria de la seguridad social de salud de Bolivia para el año 2008. En efecto, lo característico en este caso es que cerca de la mitad de los egresos están asociados al parto o cuestiones asociadas.

Tabla Anexo G.3: Egresos hospitalarios según grupo de causas en la seguridad social de corto plazo de Bolivia, 2008 (%)

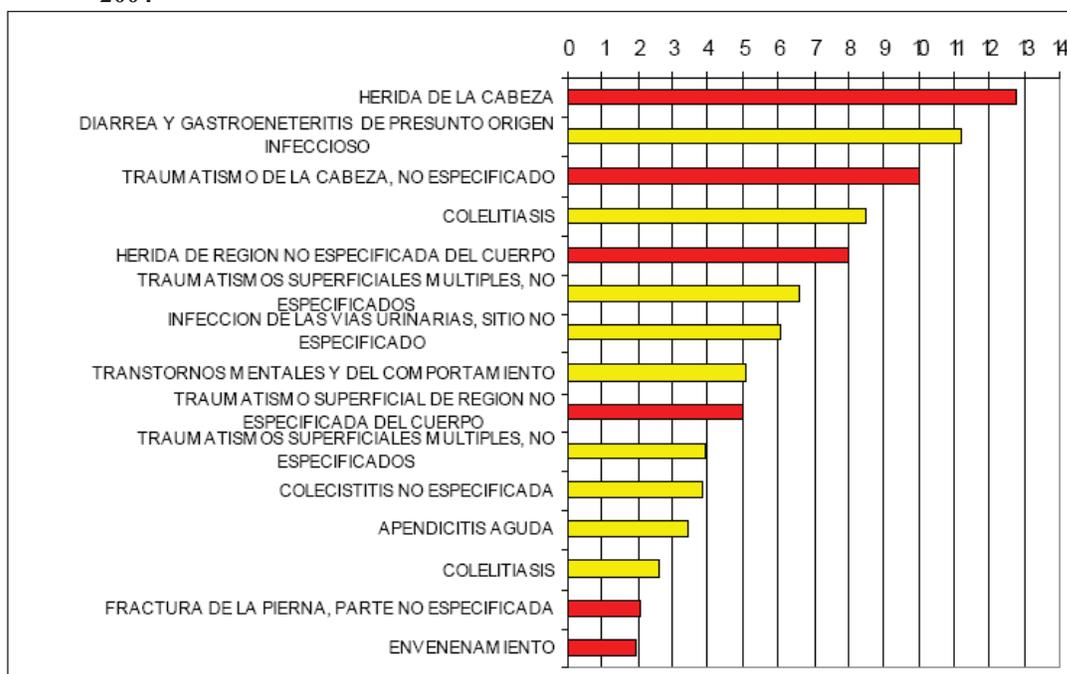
Grupos de causas	Total egresos	Tramos de edad				Total egresos	Tramos de edad			
		0-14	15-44	45-64	65 y +		0-14	15-44	45-64	65 y +
Parto único espontáneo	100,0	0,1	99,7	0,2	0,0	22,8	0,2	37,4	0,3	0,0
Otras complicaciones del embarazo y del parto	100,0	0,1	99,4	0,5	0,0	22,5	0,2	36,8	0,8	0,0
Colelitiasis y colecistitis	100,0	1,2	43,6	33,8	21,4	13,4	1,3	9,6	32,1	23,4
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	100,0	45,9	22,2	15,6	16,3	8,3	29,5	3,0	9,2	11,0
Otras afecciones originadas en el periodo perinatal	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	7,8	60,5	0,0	0,0	0,0
Insuficiencia renal	100,0	0,4	17,4	59,5	22,7	6,7	0,2	1,9	28,3	12,4
Personas en contacto con los servicios de salud para procedimientos específicos y atención de la salud	100,0	3,5	2,5	33,5	60,4	5,8	1,6	0,2	13,7	28,5
Otros embarazos terminados en aborto	100,0	0,1	97,8	2,1	0,0	5,3	0,0	8,6	0,8	0,0
Otras enfermedades del sistema urinario	100,0	20,2	31,8	18,7	29,2	4,0	6,3	2,1	5,3	9,6
Diabetes mellitas	100,0	0,9	5,9	38,9	54,2	3,4	0,2	0,3	9,4	15,1
Total	100,0	12,9	60,8	14,1	12,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INASES, 2008

Anexo H. Morbilidad de las emergencias hospitalarias

Las emergencias hospitalarias son dominadas por las heridas y traumatismos especialmente a la cabeza, pero con un importante segundo lugar de la diarrea y gastroenteritis, igual que en las consultas abiertas no urgentes.

Figura Anexo H.9: Morbilidad de la atención de emergencia de los hospitales de tercer nivel, 2004



Fuente: Perfil de Morbilidad Gestión 2004, Ministerio de Salud y Deportes.

En definitiva, el perfil de morbilidad de Bolivia registra la incidencia y prevalencia de enfermedades agudas que afectan al sistema respiratorio y digestivo en más de un tercio del total del registro de las principales causas. Los menores de 5 años de ambos sexos constituyen el grupo más afectado. Los traumatismos en general, constituyen el segundo tercio de las principales causas. Las infecciones de las vías urinarias con una concentración mayor en mujeres, ocupan entre las principales causas, como motivo de consulta externa, hospitalización y atención de emergencias. Las enfermedades transmisibles se registran entre las principales causas en agrupaciones, con variaciones según la región. Las enfermedades agudas y crónicas no transmisibles, ocupan el resto de causas.

Anexo I. Principales endemias en adultos

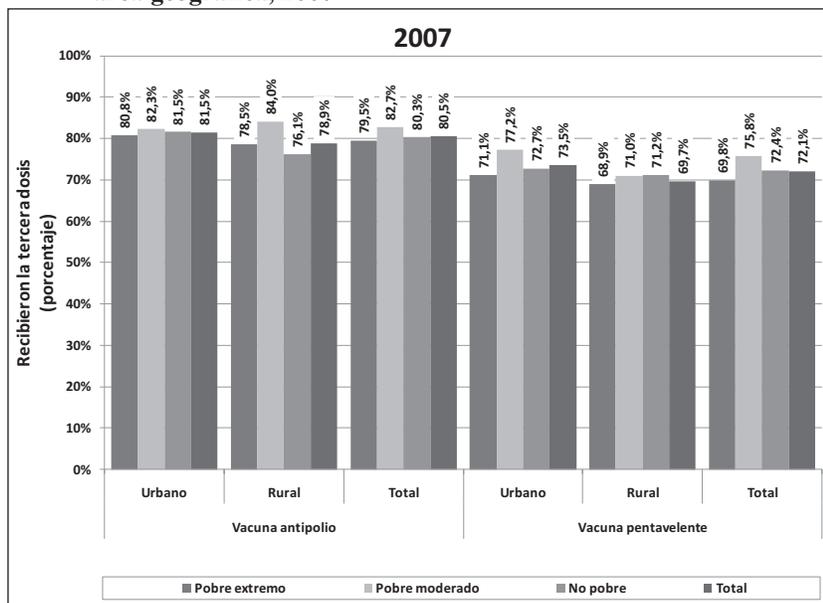
Tabla Anexo I.4: Muertes debido a malaria, tuberculosis y SIDA y prevalencia e incidencia TB y VIH, América Latina (tasas)

País	Año	Muertes por VIH/SIDA (por 100.000 hab.)	Muerte por malaria (por 100.000 hab. por año)	Muertes por tuberculosis entre personas VIH-negativo (por 100.000 hab.)	Muertes por tuberculosis entre personas VIH-positivo (por 100.000 hab.)	Prevalencia de VIH entre ≥ 15 años (por 100.000 hab.)	Incidencia de tuberculosis (por 100.000 hab. por año)	Prevalencia de tuberculosis (por 100.000 hab.)
Argentina	2006		0					
	2007	18		4	0.5	409	31	35
Bolivia	2006		<1					
	2007	<10		24	1.3	132	155	198
Brasil	2006		<1					
	2007	8		3	1.3	510	48	60
Chile	2007	7		1	0.0	244	12	12
Colombia	2006		<1					
	2007	21		5	0.5	490	35	43
Costa Rica	2006		<0.01					
	2007	<10		1	0.1	295	11	11
Ecuador	2006		<1					
	2007	10		19	3.4	275	101	140
El Salvador	2006		<0.001					
	2007	25		6	1.4	743	40	48
Guatemala	2006		<1					
	2007	29		10	1.9	691	63	87
Honduras	2006		<1					
	2007	27		8	1.7	598	59	71
Nicaragua	2006		<1					
	2007	<10		6	0.4	211	49	56
Paraguay	2006		<0.001					
	2007	<50		9	1.4	501	58	73
Perú	2006		<1					
	2007	12		14	1.5	382	126	136
Venezuela	2006		<1					
	2007			4	0.9		34	39

Fuente: Elaboración propia con datos de la OMS, 2010 (<http://apps.who.int/ghodata/>).

Anexo J. Cobertura de vacunación y atención de partos, EH 2007

Figura Anexo J.10: Cobertura de vacunación en menores de 3 años, por área geográfica, 2007



Nota: INE 2009 “Estadísticas e indicadores sociodemográficos del Estado Plurinacional de Bolivia,” 6 agosto 2009.

Fuente: INE, Encuesta de Hogares 2007.

Tabla Anexo J.5: Atención del parto para mujeres entre 13-50 años, por área geográfica, 2007 (en porcentaje)

Lugar de atención	Área geográfica		Total
	Urbano	Rural	
Establecimiento de salud	92.19	62.09	81.53
Domicilio	7.81	37.91	18.47
Personal que atendió			
Institucional (médico, enfermera, o auxiliar de enfermería)	92.37	67.31	83.50
Otros (responsable popular de salud, partera, u otros)	7.60	32.70	16.60

Nota: INE 2009 “Estadísticas e indicadores sociodemográficos del Estado Plurinacional de Bolivia,” 6 agosto 2009.

Fuente: INE, Encuesta de Hogares 2007.