

SITUACIÓN DEL SISTEMA DE **SALUD** EN BOLIVIA

Una aproximación al costo del servicio evidencia que se necesitan recursos millonarios para mejorar la atención en salud pública



El perfil epidemiológico se encuentra en transición, con mayor incidencia de enfermedades no transmisibles y más costosas.

Se requiere aumentar 10% de personal médico y 40% de enfermería para cubrir la necesidad de atención en salud.

En Bolivia hay déficit de camas de internación. El índice de ocupación es de 48,6%, pero debería alcanzar al menos a 80%.



Director Ejecutivo:
Juan Carlos Núñez V.

Coordinador Área de Investigación:
Waldo Gómez R.

Supervisión:
René Martínez C.

Edición:
Jorge Jiménez Jemio

Correo electrónico:
fundajub@jubileobolivia.org.bo

Página electrónica:
www.jubileobolivia.org.bo

La Paz - Bolivia 2024

Contenido

PRESENTACIÓN	5
ACRÓNIMOS	7
1. SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA	9
1.1 Morbilidad	9
1.2 Mortalidad	11
1.2.1 Mortalidad general	12
1.2.2 Mortalidad materna	14
1.2.3 Mortalidad infantil	16
2. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD	19
2.1 Característica del Sistema de Salud	19
2.2 Políticas y objetivos del Sistema de Salud	21
2.3 Actores institucionales del Sistema de Salud	23
2.4 Organización y competencias institucionales en salud del Estado	26
2.5 Traslape de competencias en la asignación de recursos	29
3. ESQUEMAS Y FLUJOS DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD	33
3.1 Esquemas de financiamiento de la salud	33
3.2 Flujo de financiamiento en el sistema de salud	34
3.3 Asignación de recursos en el sector público	37
4. GASTO EN SALUD	41
4.1 Definición Gasto Total en Salud	41
4.2 Estimación Gasto Total en Salud	42
4.3 Indicadores Gasto Total en Salud	43
4.4 Sectores Gasto Total en Salud	45
4.4.1 Sector Público	45
4.4.2 Seguridad Social	49
4.4.3 Sector Privado	54



5. OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD	59
5.1 Recursos Físicos	59
5.1.1 Establecimientos de Salud	59
5.1.2 Disponibilidad de camas	61
5.2 Recursos Humanos	65
6. COBERTURA EN SALUD	69
6.1 Ámbito Demográfico	69
6.2 Cobertura Poblacional de Salud	71
6.3 Características de la Población Cubierta	74
6.4 Características de la Población Atendida	76
7. ESTIMACIÓN DEL COSTO DE SERVICIOS DE SALUD	79
8. CONCLUSIONES	87
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
REFERENCIAS DE PÁGINAS WEB	94
ANEXOS	
A.1 Causas de mortalidad	95
A.2 Metodología gasto en Salud	101



Presentación

La Constitución establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera.

A pesar de esta determinación, es ampliamente conocido que la atención en salud en Bolivia es deficiente. Desde la campaña del Padre Mateo Bautista, el año 2015, para destinar el 10% del presupuesto a salud, y más recientemente en el contexto de la pandemia, se ha puesto de manifiesto que el sector salud estaría en una situación crítica y con recursos bastante limitados.

En el actual contexto económico del país con reducidos recursos y con un profundo déficit fiscal, las perspectivas por mejorar las condiciones del sector a través de la asignación de mayor presupuesto público son reducidas; pero, a su vez, es un tema fundamental de la agenda a futuro.

Por este escenario complejo y las perspectivas, Fundación Jubileo se ha planteado la tarea de aportar al debate público y a la construcción de políticas de salud, a partir de mayor información y análisis, al ser fundamental para el bienestar de la población.

Al efecto, este documento examina la situación del Sistema de Salud en Bolivia y muestra diferentes escenarios o aproximaciones del costo que se necesitaría como Estado para financiar mejoras en el servicio de salud.

Los diferentes escenarios presentados coinciden en que se necesitarían millonarios recursos anuales para lograr cambios significativos, lo que, en principio, parece algo imposible considerando las verdaderas posibilidades que tiene el Estado.

Lamentablemente, en el periodo de la pasajera bonanza económica no se abordaron las soluciones para este sector; y ni en el corto ni mediano plazo se prevé un repunte de los ingresos públicos. No obstante, será fundamental abordar esta problemática, optimizando la asignación y uso de los limitados recursos públicos, mejorando su administración y explorando alternativas para que, con la participación tanto del sector público como privado, se logre contribuir a mejorar el servicio.

Acrónimos

ABC	Administradora Boliviana de Carreteras
ABEN	Agencia Boliviana de Energía Nuclear
ACV	Accidente Cerebro Vascular
AIOC	Autonomía Indígena Originaria Campesina
AISEM	Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico
APS	Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros
ARG	Argentina
ASUSS	Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo
AUX ENF	Auxiliar de Enfermería
AVAD	Años de Vida Ajustados por Discapacidad
BCB	Banco Central de Bolivia
BIO FAR	Bioquímico Farmacéutico
BNI	Departamento del Beni
BOB	Moneda Boliviano
BOL	Bolivia
BRA	Brasil
BS	Banco de Sangre
CBA	Departamento de Cochabamba
CBES	Caja Bancaria Estatal de Salud
CCRA	Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas
CDVIR	Centro de Vigilancia, Información y Referencia
CEASS	Central de Abastecimiento y Suministro de Salud
CHI	Chile
CHU	Departamento de Chuquisaca
CNS	Caja Nacional de Salud
COL	Colombia
CONALPEDIS	Comité Nacional de las Personas con Discapacidad
CORDES	Caja de Salud CORDES
COSSMIL	Corporación del Seguro Social Militar
COTEL	Cooperativa de Telecomunicaciones de La Paz
COVID	Enfermedad de Coronavirus
CPE	Constitución Política del Estado
CPS	Caja Petrolera de Salud
CS	Centro de Salud
CS INT	Centro de Salud con Internación
CS PART	Centro de Salud con Características Particulares

CSBP	Caja de Salud Banca Privada
DALY	Disability Adjusted Life Years
ECOBOL	Empresa de Correos de Bolivia
ECU	Ecuador
EDSA	Encuesta de Demografía y Salud
EH	Encuesta de Hogares
ENDSA	Encuesta de Demografía y Salud
ETA	Entidad Territorial Autónoma
ETC	Equivalente Tiempo Completo
FBKF	Formación Bruta de Capital Fijo
FCOMP	Fondo de Compensación
FMI	Fondo Monetario Internacional
FPS	Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social
GAD	Gobierno Autónomo Departamental
GAIOC	Gobierno Autónomo Indígena Originario Campesino
GAM	Gobierno Autónomo Municipal
GAR	Gobierno Autónomo Regional
GG	Gobierno General
GTS	Gasto Total en Salud
HAB	Habitante
H BAS	Hospital Básico
H GRAL	Hospital General
HIPC	Heavily Indebted Poor Countries
HP	Proveedores de Servicio
IBC	Instituto Boliviano de la Ceguera
ICE	Impuesto al Consumo Específico
IDH	Impuesto Directo a los Hidrocarburos
IEHD	Impuesto Específico a los Hidrocarburos y sus Derivados
I ESP	Instituto Especializado
IGL	Iglesia
INE	Instituto Nacional de Estadística
INRA	Instituto Nacional de Reforma Agraria
INSO	Instituto Nacional de Salud Ocupacional
IOC	Indígena Originaria Campesina
IPD	Institución Pública Descentralizada
ISFL	Instituciones Sin Fines de Lucro
ISFLSH	Instituciones Sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares
IT	Impuesto a las Transacciones
ITF	Impuesto a las Transacciones Financieras
IUE	Impuesto a las Utilidades Específicas

IVA	Impuesto al Valor Agregado
LAC	América Latina y el Caribe
LIC ENF	Licenciada en Enfermería
LMAD	Ley Marco de Autonomía y Descentralización
LONABOL	Lotería Nacional Bolivia
LPZ	Departamento de La Paz
MED ESP	Médico Especialista
MED GRAL	Médico General
MEFP	Ministerio de Economía y Finanzas Públicas
MINDEF	Ministerio de Defensa
MINEDU	Ministerio de Educación
MINGOB	Ministerio de Gobierno
MINJTI	Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional
MINPRES	Ministerio de la Presidencia
MPD	Ministerio de Planificación del Desarrollo
MSD	Ministerio de Salud y Deportes
MUN	Municipio
NV	Nacidos Vivos
ODON	Odontólogo
OE	Objetivo Estratégico
OEP	Órgano Ejecutivo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORG	Organismo Financiador
OPS	Organización Panamericana de la Salud
ORU	Departamento de Oruro
OT	Otro
OT SAL	Otro Tipo de Establecimiento de Salud
PDES	Plan de Desarrollo Económico y Social
PER	Perú
PGE	Presupuesto General del Estado
PIB	Producto Interno Bruto
PND	Departamento de Pando
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
POB	Población
PPA	Paridad de Poder Adquisitivo
PRIV	Privado
PROM	Promedio
PRY	Paraguay
PSDI	Plan Sectorial de Desarrollo Integral
PS SAL	Posta de Salud
PTS	Departamento de Potosí
PUB	Público

RC IVA	Régimen Complementario al Impuesto al Valor Agregado
REC ESP	Recursos Específicos
RMM	Razón de Mortalidad Materna
RRHH	Recursos Humanos
RUES	Registro Único de Establecimientos de Salud
SAFCI	Salud Familiar Comunitaria e Intercultural
SBS	Seguro Básico de Salud
SCZ	Departamento de Santa Cruz
SEDES	Servicio Departamental de Salud
SEG SOC	Seguridad Social
SHA	System of Health Accounts
SICE	Sistema de Información Clínico Estadístico
SIGEP	Sistema Integrado de Gestión Pública
SINEC	Seguro Integral de Salud
SMD	Seguro Médico Delegado
SMGV	Seguro Médico Gratuito de Vejez
SNIS	Sistema Nacional de Información en Salud
SNMN	Seguro Nacional Materno Niñez
SOAP	Software de Atención Primaria en Salud
SOAT	Seguro Obligatorio contra Accidentes de Tránsito
SOATC	Seguro Obligatorio de Accidentes para Trabajadores de la Construcción
SOBOCE	Sociedad Boliviana de Cemento
SSPAM	Seguro de Salud para el Adulto Mayor
SSU	Seguro Social Universitario
SUMI	Seguro Universal Materno Infantil
SUS	Sistema Único de Salud
TBM	Tasa Bruta de Mortalidad
TEC SAL	Técnico en Salud
TGN	Tesoro General de la Nación
TJA	Departamento de Tarija
TMI	Tasa de Mortalidad Infantil
UDAPE	Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales
UMSA	Universidad Mayor de San Andrés
UMSS	Universidad Mayor de San Simón
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
URU	Uruguay
USD	Moneda dólar
UTI	Unidad de Terapia Intensiva
VEN	Venezuela
VIPFE	Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo
YFPB	Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos

El perfil epidemiológico es la expresión de la carga de enfermedad y/o estado de salud que presenta la población y cuya descripción requiere identificar las características que la definen; entre estas se encuentran la mortalidad, morbilidad y calidad de vida.

Desde la perspectiva del desarrollo humano, hay que palpar y visibilizar las condiciones sanitarias que definen a la población, para documentar las tendencias, los logros obtenidos, la agenda pendiente y los nuevos desafíos en el abordaje del tema de su salud. Es importante identificar la magnitud de los problemas de salud integral, cómo han evolucionado en años recientes, cuáles son los nuevos grupos en riesgo y cuál es su entorno socioeconómico, cultural y territorial.

En tal sentido, el perfil epidemiológico permite conocer las características del grupo con relación a otros grupos, y definir los parámetros y prioridades de la respuesta social organizada, tanto en términos de los lineamientos político estratégicos, el compromiso financiero con ese marco y las decisiones técnicas y de organización que se deban tomar para lograr los cambios.

El estado de salud, habitualmente, se mide indirectamente a través del conjunto de problemas de salud que afectan al bienestar de la población y que se ha convenido en denominar morbilidad. Es importante considerar, sin embargo, que un análisis integral del perfil de la morbilidad incluye no solo a las enfermedades, sino también a otros problemas de salud como aquellos que afectan la salud mental, los accidentes de tránsito, la violencia, la drogadicción, entre otros. En el caso de los países como Bolivia, el perfil de la morbilidad expresa, además, la condición de pobreza y los bajos niveles de desarrollo del país; por lo tanto, los problemas de salud están relacionados con su evolución demográfica, las condiciones de vida de la población y el desarrollo de los servicios de salud.

En este documento se describe la situación de salud de Bolivia considerando tanto la morbilidad como la mortalidad. En el caso de la morbilidad se considera las enfermedades transmisibles, las enfermedades no transmisibles y otras que no aplican o no son parte de las anteriores. En el caso de la mortalidad se describe la situación de la mortalidad general, materna e infantil, estos dos últimos se refieren principalmente al grupo de riesgo materno e infantil.

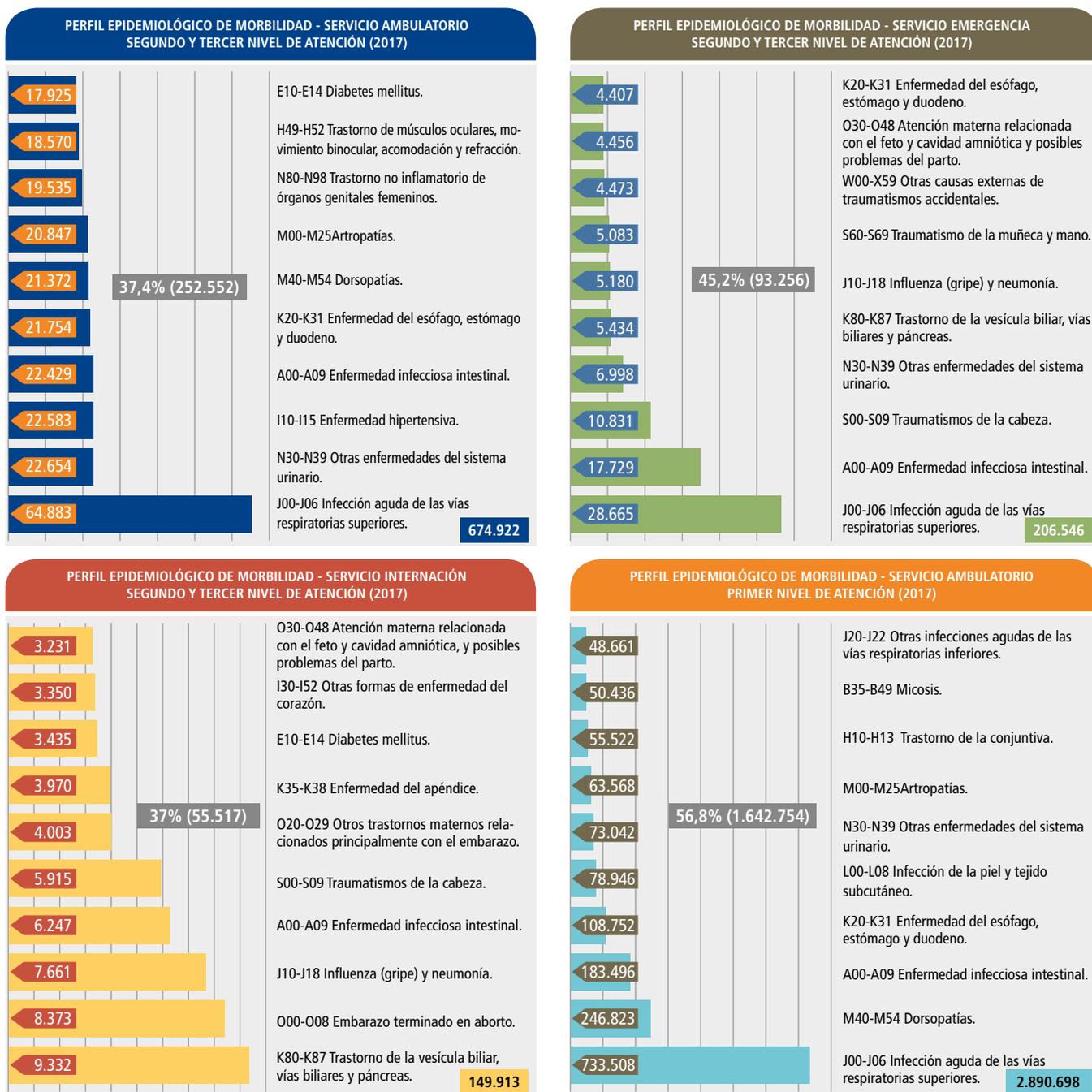
1.1 MORBILIDAD

Las enfermedades no solo representan un problema en el sistema de salud boliviano, sino que también tienen repercusiones económicas y sociales en el conjunto de la sociedad y en los hogares. Por ello, es importante que el sistema de salud tenga indicadores para detectar riesgos de salud de la población, su gravedad y su evolución. Con ellos se puede determinar también si una enfermedad es habitual en la población o se trata de las denominadas enfermedades raras. La morbilidad es uno de estos indicadores.

La morbilidad es un indicador epidemiológico que refleja cuántos individuos están enfermos. Este dato hay que referirlo a un lugar y tiempo concreto, para poder determinar el impacto del problema de salud, a esto se llama tasa de morbilidad; así también se puede analizar la evolución de la enfermedad y, por tanto, su capacidad para dañar a la población; por otro lado, también permite precisar los grupos de riesgo.

En el Gráfico 1 se observa el perfil de morbilidad de Bolivia correspondiente a la gestión 2017, considerando tanto el primer nivel de atención a través de la información del Software de Atención Primaria en Salud (SOAP), así como también el segundo y tercer nivel de atención a través de la información del Sistema de Información Clínico Estadístico (SICE); ambas bases de datos provienen del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

GRÁFICO 1
Perfil de Morbilidad Bolivia (Gestión 2017)



Fuente: Elaboración propia con información del SICE y SOAP (SNIS).

Primer Nivel. En el caso del primer nivel de atención se considera las consultas ambulatorias nuevas de los diferentes centros y postas de salud del Sector Público en los nueve departamentos. Los casos registrados ascienden a 2.890.698 nuevas consultas, de las cuales 56,6% (1.642.794 nuevas consultas) corresponde a las 10 enfermedades de mayor ocurrencia, siendo las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores la que presenta una mayor cantidad de casos (25,4%); seguida por las dorsopatías (8,5%), las cuales se refieren a enfermedades no inflamatorias de la espalda; posteriormente se encuentran las enfermedades infecciosas intestinales (6,4%) y enfermedades del esófago, estómago y duodeno (3,8%), entre las más importantes.

Segundo y Tercer Nivel. En el caso del segundo y tercer nivel de atención se consideran las consultas ambulatorias nuevas, emergencias e internaciones de los diferentes hospitales básicos, hospitales generales e institutos especializados del Sector Público en los nueve departamentos.

Consultas ambulatorias. Los casos registrados ascienden a 674.922 nuevas consultas ambulatorias, de los cuales 37,4% (252.552 nuevas consultas ambulatorias) corresponde a las 10 enfermedades de mayor ocurrencia, siendo las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores las que presentan una mayor cantidad de casos (9,6%), seguido por otras enfermedades del sistema urinario (3,4%); posteriormente se encuentran las enfermedades hipertensivas (3,3%) y enfermedades infecciosas intestinales (3,3%), entre las más importantes.

Emergencias. Los casos registrados ascienden a 206.546 emergencias, de los cuales 45,2% (93.256 emergencias) corresponde a las 10 enfermedades de mayor ocurrencia, siendo las infecciones agudas de las vías respiratorias superiores las que presentan una mayor cantidad de casos (13,9%), seguido por enfermedades infecciosas intestinales (8,6%); posteriormente se encuentran los traumatismos de la cabeza (5,2%) y otras enfermedades del sistema urinario (3,4%), entre las más importantes.

Internaciones. Los casos registrados ascienden a 149.913 internaciones, de los cuales 37% (55.517 internaciones) corresponde a las 10 enfermedades de mayor ocurrencia, siendo los trastornos de la vesícula biliar, vías biliares y páncreas los que presentan una mayor cantidad de casos (6,2%), seguido por embarazo terminado en aborto (5,6%); posteriormente se encuentran influenza y neumonía (5,1%), y enfermedades infecciosas intestinales (4,2%), entre las más importantes.

1.2 MORTALIDAD

La tasa de mortalidad, como uno de los elementos del sistema demográfico, es la que más impacta en el comportamiento demográfico de una población, porque esta tasa es elevada en los primeros años de vida, disminuyendo progresivamente hasta llegar al intervalo de 10 a 14 años, cuando se reporta como la más baja mortalidad en condiciones normales, para luego comenzar a ascender hasta alcanzar, con la vejez, un elevado índice de mortalidad.

La tasa de mortalidad se refiere principalmente a la frecuencia de muertes que ocurren en una población, es medida a través de la Tasa Bruta de Mortalidad (TBM), que expresa el número de defunciones por mil habitantes en un período determinado. La tasa de mortalidad, a pesar de ser solo un indicador aproximado de la situación de mortalidad, indica con precisión el impacto actual en el crecimiento de la población.

Según las estimaciones del Instituto Nacional de Estadística (INE), para la gestión 2022, la TBM para Bolivia habría alcanzado la cifra de 6,03 muertes por mil habitantes, siendo el departamento

de Pando el de menor tasa bruta de mortalidad, con 3,91 muertes por mil habitantes; caso contrario sucede en el departamento de Potosí que presenta una mayor tasa bruta de mortalidad, con 8,51 muertes por mil habitantes.

CUADRO 1
Tasa Bruta de Mortalidad Proyectada 2022

Departamento	Población	Defunción	TBM
BOLIVIA	12.006.031	72.418	6,03
CHUQUISACA	661.119	4.137	6,26
LA PAZ	3.051.947	21.240	6,96
COCHABAMBA	2.117.112	12.711	6,00
ORURO	553.088	3.590	6,49
POTOSÍ	916.087	7.792	8,51
TARIJA	601.214	3.117	5,18
SANTA CRUZ	3.425.399	16.627	4,85
BENI	516.338	2.564	4,97
PANDO	163.727	640	3,91

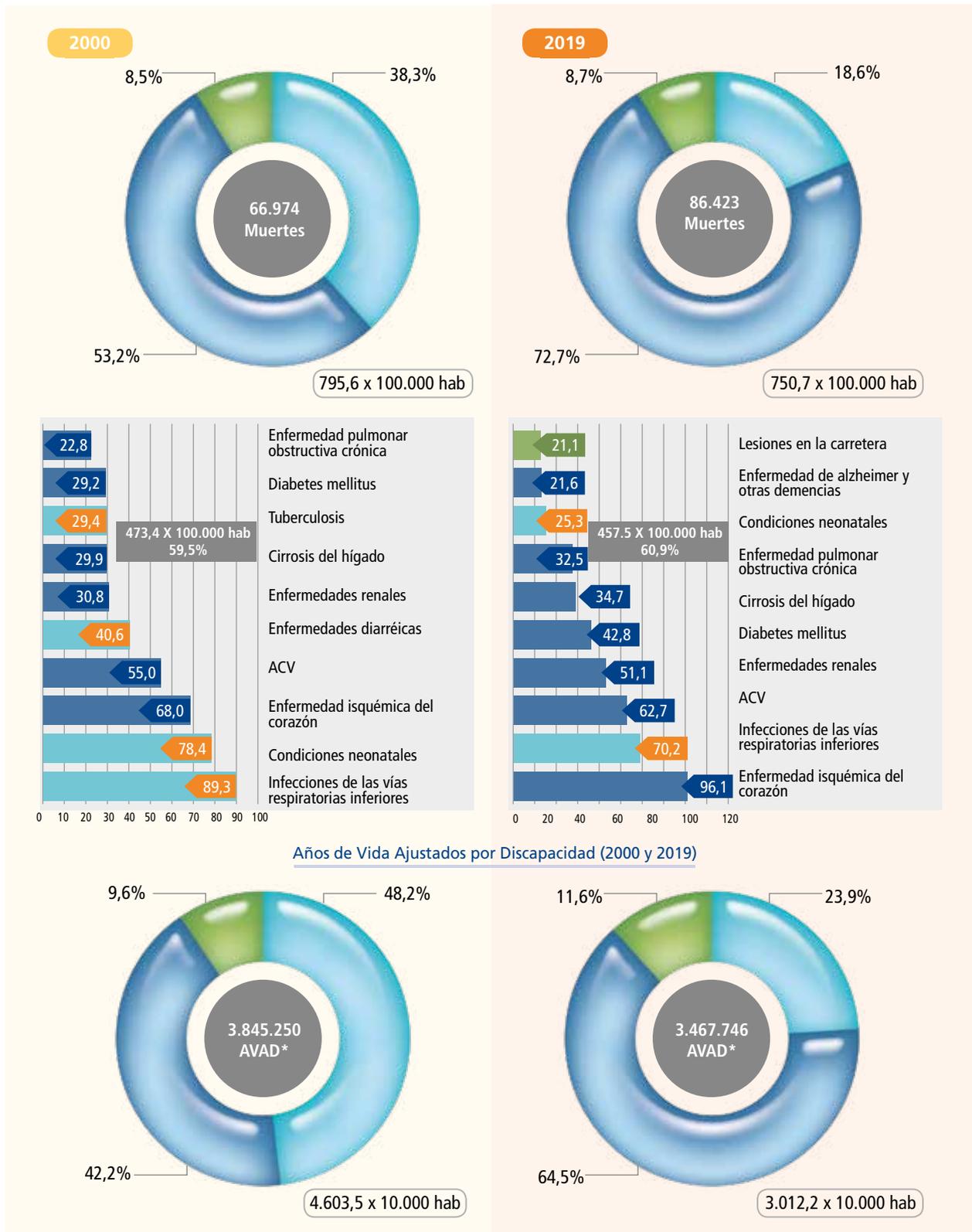
Fuente: Elaboración propia con información del INE.

1.2.1 Mortalidad general

Para identificar las enfermedades y condiciones de salud causantes de las tasas de mortalidad observadas en Bolivia se utilizan los indicadores propuestos en la base de datos de la Carga Global de Enfermedad (Global Burden of Disease), los cuales son estimados por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En particular, se analizan dos indicadores principales: 1) las tasas de mortalidad por enfermedad por cada 100.000 habitantes, que permiten analizar cuáles son las enfermedades de mayor letalidad y 2) las tasas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD o DALY, Disability Adjusted Life Years) por cada 10.000 habitantes, que son una medida de morbilidad y mortalidad que considera años de vida perdidos por causa de defunción y años de vida en buena salud perdidos por causa de enfermedad (discapacidad). Las estimaciones de la Carga Global de Enfermedad son estimaciones basadas en modelos epidemiológicos aproximados que no corresponden a los datos registrados en el ámbito nacional; sin embargo, es la única fuente de información disponible que permite sobreponer el subregistro que existe en el SNIS y, de esta manera, poder estimar un panorama completo de las causas de mortalidad en Bolivia.

Tasa de Mortalidad. De acuerdo con la información estimada de la OMS, en la gestión 2019 se registraron 86.423 muertes. Esta cantidad representa una tasa de mortalidad de 750,7 por cada 100.000 habitantes (735,4 por 100.000 en hombres y 766 por 100.000 en mujeres). Por otro lado, al categorizar las muertes en tres grupos principales (Ver gráfico 2), se observa que la tasa de mortalidad por enfermedades transmisibles fue de 139,8 por cada 100.000 habitantes (135,3 por 100.000 en hombres y 144,3 por 100.000 en mujeres), mientras que la tasa de mortalidad a causa de enfermedades no transmisibles ascendió a 545,6 por cada 100.000 habitantes (508,6 por 100.000 en hombres y 582,5 por 100.000 en mujeres). Por su parte, la tasa de mortalidad por causas externas fue de 65,3 por cada 100.000 habitantes (91,2 por 100.000 en hombres y 39,2 por 100.000 en mujeres), en cuyo caso destacan los accidentes de transporte terrestre (21,1 por 100.000 habitantes), los homicidios (9,5 por 100.000 habitantes) y los suicidios (6,2 por 100.000 habitantes).

GRÁFICO 2
Mortalidad Bolivia – Causas principales (2000 y 2019)



Fuente: Elaboración propia con información de la OMS.

* Los AVAD son los años de vida perdidos por personas que no llegaron a cumplir el promedio de esperanza de vida. La cifra rejeja la sumatoria de los años perdidos por todos los casos de muerte prematura o por discapacidad.

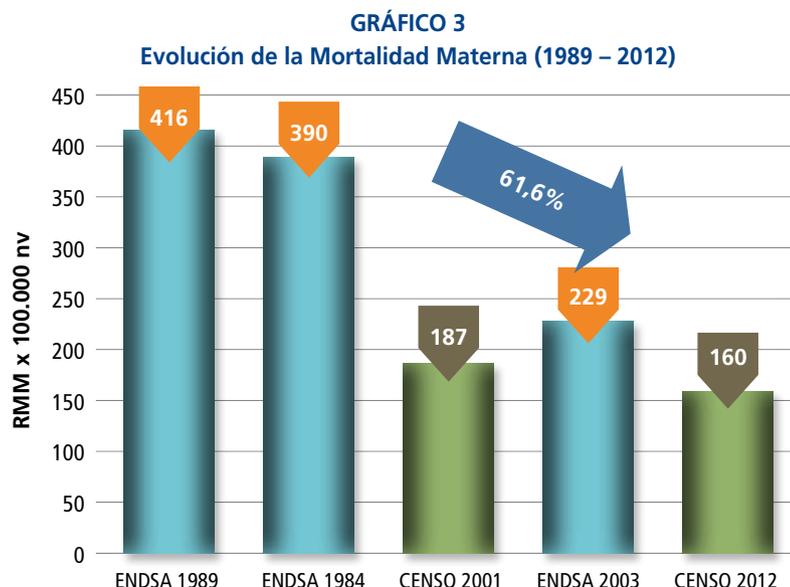
En la gestión 2000, la distribución porcentual de las causas de muerte en Bolivia fue de 53,2% para las enfermedades no transmisibles, 38,3% para enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, y 8,5% para las causas externas (lesiones intencionadas y lesiones no intencionadas); en tanto que para el 2019 los porcentajes fueron de 72,7%, 18,6%, y 8,7% respectivamente. Por lo tanto, comparando ambas estructuras porcentuales se observa que las enfermedades no transmisibles se incrementaron de 53,2%, el año 2000, a 72,7%, el 2019; es decir que tuvo un crecimiento de 36,6%. También existió un leve incremento en otras causas de 8,5%, el 2000, a 8,7%, el 2019 (crecimiento del 2%); ambos crecimientos fueron en desmedro de las enfermedades transmisibles que disminuyó de 38,3%, el 2000, a 18,6, el 2019; esto señala que en Bolivia el perfil epidemiológico fue cambiando de perspectiva en estos últimos 20 años, tiempo en el que las enfermedades no transmisibles son las de mayor importancia, cuidado y también las que presentan un mayor costo para los sistemas de salud y para los hogares (Ver gráfico 2).

Tasa de AVAD. En el caso de los Años de Vida Ajustados por Discapacidad, en la gestión 2019, las enfermedades no transmisibles fueron la primera causa de mortalidad, debido a que este grupo de enfermedades explicaría el 64,5% de los AVAD en Bolivia (tasa de AVAD: 1.943 por cada 10.000 personas), con mayor peso para enfermedades cardiovasculares (368,7 por 10.000 personas), cáncer (240,6 por 10.000 personas), trastornos mentales y uso de sustancias (229,7 por 10.000 personas), enfermedades digestivas (178,2 por 10.000 personas), entre otras enfermedades (Ver Anexo 1).

La transición epidemiológica registrada en el país desde hace dos décadas atrás advierte que el sistema de salud debe adaptarse con un incremento de la capacidad de atención en servicios especializados en enfermedades no transmisibles, como es el caso de oncología, nefrología, endocrinología y cardiología, entre otros. Este nuevo escenario presenta un importante crecimiento del gasto del sistema de salud, específicamente del gasto hospitalario y gasto catastrófico de los hogares (enfermedades caras), si no se hacen acciones de inmediato; las mismas deben priorizar acciones costo-efectivas, como ser la detección temprana de estas enfermedades (diabetes, cáncer, insuficiencia renal), así como también políticas y programas de prevención y promoción multisectorial.

1.2.2 Mortalidad materna

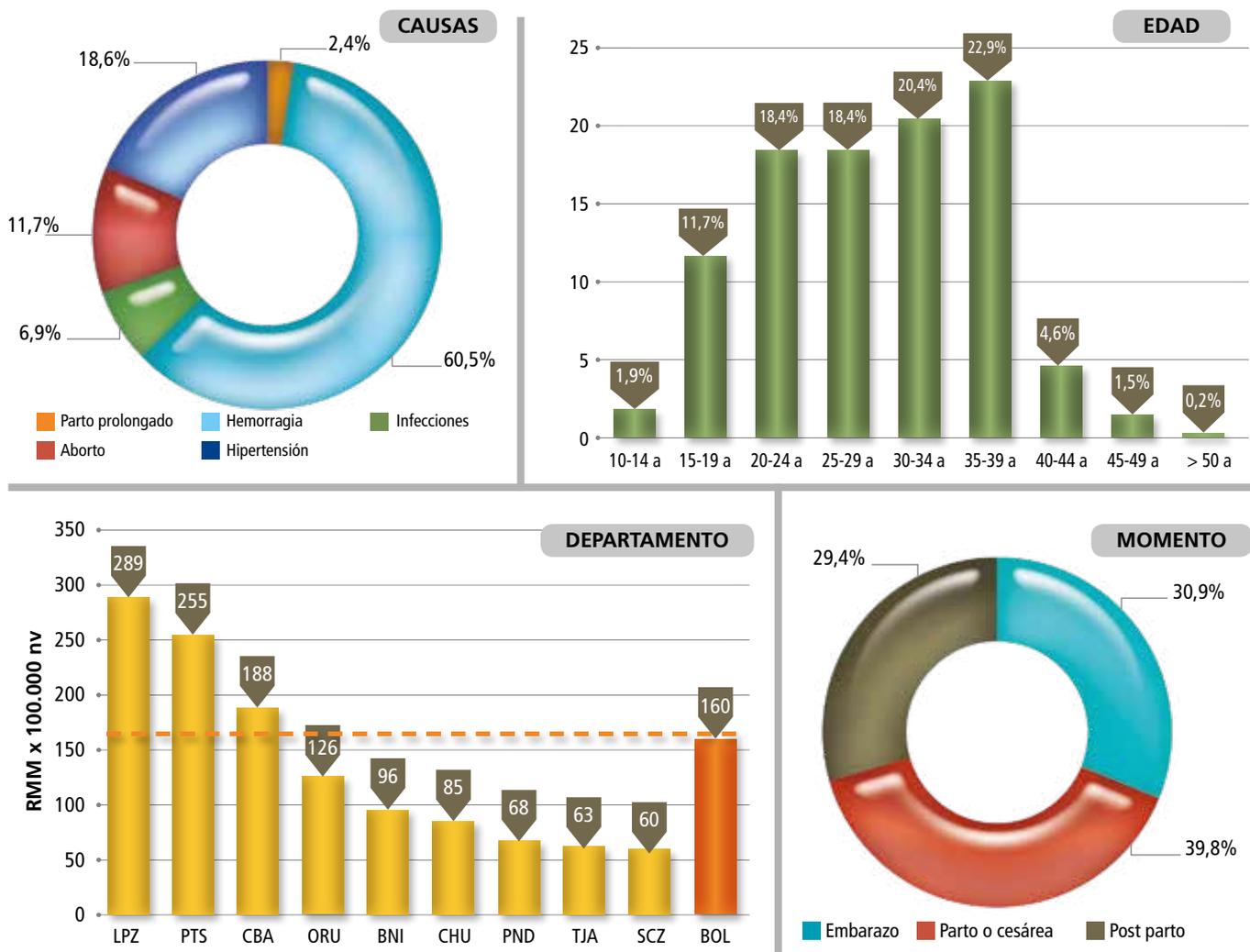
La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer durante el embarazo o dentro de los 42 días posteriores al parto, debido a cualquier causa relacionada con patologías propias del embarazo, parto y puerperio; pero no por motivos accidentales o incidentales; es decir, se consideran solamente las causas de muertes directas.



Fuente: Elaboración propia con información de la ENDSA y CENSO (2001 y 2012).

El indicador que mayormente se utiliza para medir la mortalidad materna es la Razón de Mortalidad Materna (RMM), el mismo se expresa como el número de muertes maternas ocurridas durante un año por cada 100.000 nacidos vivos del mismo año. Es en este sentido que la RMM para Bolivia, en la gestión 2012, fue de 160 por cada 100.000 nacidos vivos (último dato oficial disponible). Es importante mencionar la reducción de la RMM de 61,6% (416 a 160 por 100.000 nacidos vivos) en el periodo 1989 a 2012 (Ver gráfico 3).

GRÁFICO 4
Indicadores: Mortalidad Materna (2012)



Fuente: Elaboración propia con información del Estudio de Mortalidad Materna 2012.

Causas. Por otro lado, en el estudio de mortalidad materna de 2012 se identifican las principales causas de mortalidad materna: 41,9% por hipertensión, 24,4% por hemorragias (atonía uterina, retención placentaria y otros), 21,6% por aborto y el restante 12,1% por infecciones (sepsis puerperal, entre otros).

Momento. En el ámbito nacional, los casos de muertes maternas ocurren fundamentalmente en el momento del parto o cesárea, con 39,8%; seguido por el embarazo, con 30,9%, y el restante 29,4% durante el post parto.

Departamento. En el mismo estudio, los departamentos de La Paz, Potosí y Cochabamba presentan las RMM más altas de Bolivia (289, 255 y 188 por cada 100.000 nacidos vivos), estando éstas por encima del promedio nacional (160 por 100.000 nacidos vivos).

Edad. Con referencia a la edad de la madre en el momento de la muerte, la mayor cantidad de decesos se registra en el tramo de 20 a 39 años, con 80,1%.

Si se compara la RMM de Bolivia con datos registrados en el ámbito internacional (Ver gráfico 5) en el periodo 2012-2016, se observa que –aunque el país realizó varios esfuerzos para reducir la mortalidad materna con la creación de seguros públicos de salud enfocados en la atención del binomio materno-infantil, desde mediados de la década de los años noventa (SNMN¹, SBS², SUMI³, Ley 475)- cuenta con la mayor RMM de los países de la región sudamericana y de la media registrada para el área latinoamericana (68 por cada 100.000 nacidos vivos) en el periodo 2012-2016 (disponibilidad de información para la comparación).

GRÁFICO 5
Comparaciones Internacionales: Mortalidad Materna (2012-2016)



Fuente: Elaboración propia con información del Estudio de Mortalidad Materna 2012 y UNFPA.

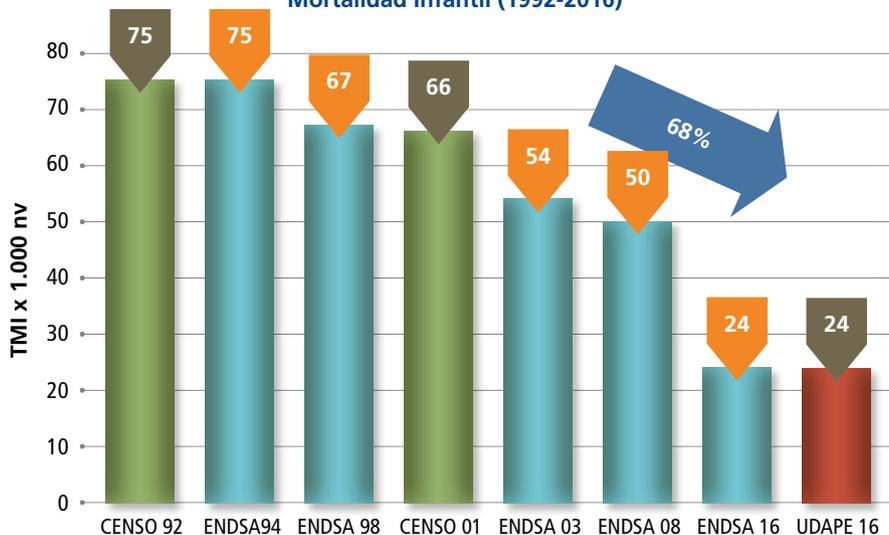
1.2.3 Mortalidad Infantil

La Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) no solo permite reflejar el grado o magnitud de los problemas de salud asociados directamente a la muerte de los niños menores de un año, sino que también permite reflejar el nivel de salud de las madres, la política de planificación familiar que existe en el país, las condiciones de salud y, en general, el desarrollo socioeconómico de toda la sociedad boliviana.

La TMI está definida como el número de defunciones de niños menores de un año por cada 1.000 nacidos vivos en un determinado año. La TMI para Bolivia, en la gestión 2016, ascendió a 24 por cada 1.000 nacidos vivos (último dato disponible). Se destaca una reducción de la TMI de 68% (75 a 24 por 1.000 nacidos vivos) en el periodo 1992 a 2016 (Ver Gráfico 6).

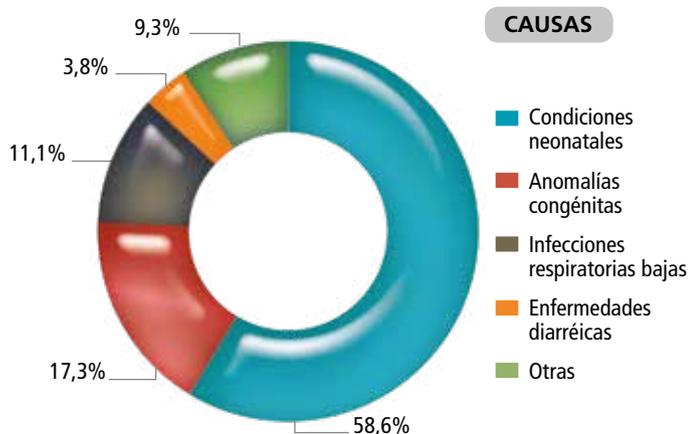
1 Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) fue establecido en 1996 por Decreto Supremo N° 24303. Inicialmente ofreció un total de 26 prestaciones que luego se incrementaron a 39 prestaciones para todas las mujeres gestantes y los niños menores de cinco años de edad.
 2 Seguro Básico de Salud (SBS) fue establecido en 1998 por Decreto Supremo N° 25265. El número de prestaciones alcanzaba a 92 y estaban clasificadas en: atención a la niñez, atención a la mujer, atención a la población en general (tuberculosis, malaria, cólera, planificación familiar y enfermedades de transmisión sexual).
 3 Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) fue establecido en 2003 por la Ley 2426. Los beneficiarios fueron todos los niños menores de cinco años, embarazadas y todas las mujeres en edad fértil (entre los 15 y 49 años de edad). Comenzó con 192 prestaciones.

GRÁFICO 6
Mortalidad Infantil (1992-2016)

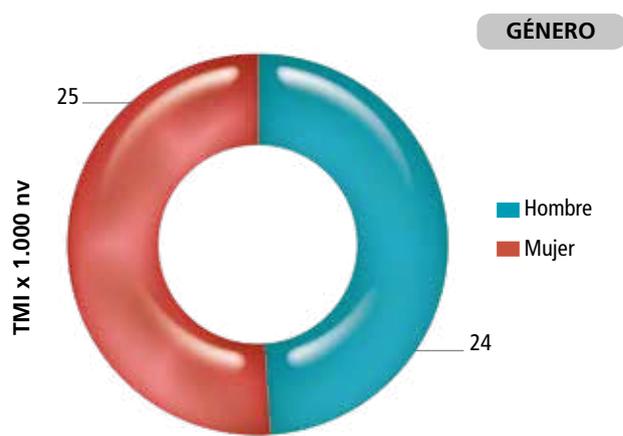
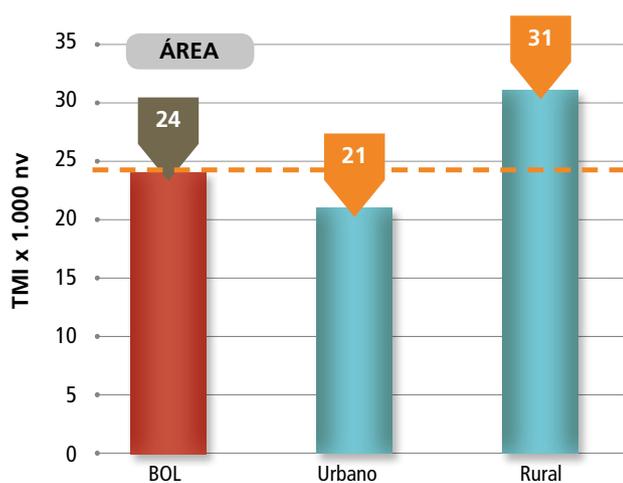
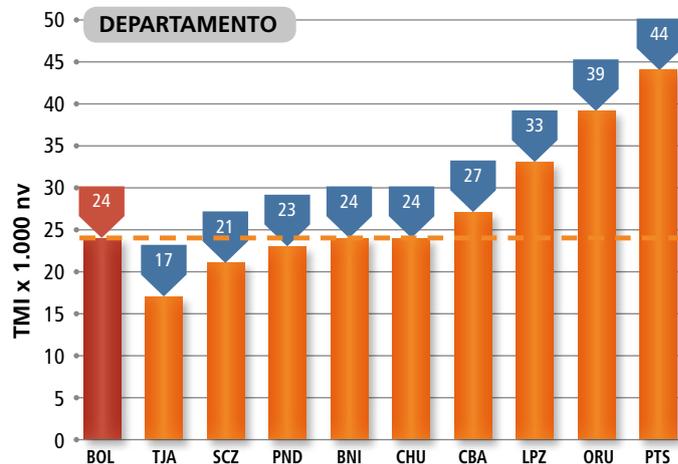


Fuente: Elaboración propia con información de la ENDSA, CENSO y UDAPE.

GRÁFICO 7
Indicadores: Mortalidad Infantil (2016)



CAUSAS



Fuente: Elaboración propia con información del INE (Censo), EDSA, UDAPE (2016) y OMS (2019).

Causas. Según la estimación de la OMS, en la gestión 2019 se identificaron las principales causas de mortalidad infantil en Bolivia: 58,6% se debió a condiciones neonatales, 17,3% a anomalías congénitas, 11,1% a infecciones respiratorias bajas, 3,8% a enfermedades diarreicas y el restante 9,3% se refiere a otros.

Departamento. De acuerdo con la información de UDAPE y la EDSA, se observa que los departamentos de Potosí, Oruro y La Paz presentan las TMI más altas de Bolivia (44, 39 y 33 por cada 1.000 nacidos vivos), estando éstas por encima del promedio nacional (27 por 1.000 nacidos vivos).

Área geográfica. De acuerdo con la misma información, se observa que la TMI en el área rural (31 por 1.000 nacidos vivos) es mayor que en el área urbana (21 por 1.000 nacidos vivos), esta diferencia se debe principalmente por las condiciones y acceso a los servicios de salud por parte de la población rural.

Género. En este caso, la TMI por género es similar; para hombres (24 por 1.000 nacidos vivos) como para mujeres (25 por 1.000 nacidos vivos).

GRÁFICO 8
Comparaciones internacionales: Mortalidad Infantil (2016)



Fuente: Elaboración propia con información del INE (Censo), EDSA, UDAPE (2016) y OMS (2019).

Si se compara la TMI de Bolivia con datos internacionales (Ver gráfico 8), se observa que, aunque el país realizó varios esfuerzos para reducir la mortalidad infantil con la creación de seguros públicos de salud enfocados en la atención del binomio materno-infantil, desde mediados de la década de los años noventa (como se mencionó anteriormente), cuenta con la mayor TMI de los países de la región sudamericana y de la media registrada para el área latinoamericana (14 por 1.000 nacidos vivos).

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

El sistema de salud en Bolivia tiene la característica principal de ser segmentado, ya que se consideran generalmente tres sectores de salud claramente identificados, los cuales responden a distintas formas de financiamiento, organización, prestación de servicios y que atienden a diferentes segmentos de la población de acuerdo con sus necesidades y disponibilidad económica que tengan: Sector Público, Seguridad Social de Corto Plazo (entes gestores) y Sector Privado (lucrativo y no lucrativo).

Sector Público. Como ente rector del sector público se encuentra identificado el Ministerio de Salud y Deportes (MSD); por otro lado, es importante mencionar que este sector está compuesto por un conjunto de instituciones, recursos y servicios de salud dependientes de las Entidades Territoriales Autónomas (ETA), como ser: Gobierno Autónomo Departamental (GAD), Gobierno Autónomo Regional (GAR), Gobierno Autónomo Municipal (GAM) y Gobierno Autónomo Indígena Originario Campesino (GAIOC); administración central, instituciones descentralizadas y empresas públicas (este último presentó dentro de su estructura programática recursos para la prevención COVID 19). Por otra parte, existen establecimientos de salud dependientes de las Fuerzas Armadas (Ejemplo: Centro de Salud Naval Puerto Quijarro), Policía (Ejemplo: Hospital Virgen de Copacabana) y universidades públicas (Ejemplo: Instituto de Cancerología Cupertino Arteaga, perteneciente a la Universidad de San Francisco Xavier) que se consideran generalmente como pertenecientes al sector público.

El sector público se encuentra financiado principalmente por recursos provenientes del TGN (directo y transferencia), recursos propios provenientes de la recaudación y venta de servicios, así como también recursos externos (crédito y donación). Por otro lado, a través de la Ley 1152, correspondiente al Sistema Único de Salud⁴ (SUS), se tiene una cobertura teórica de toda la población que no se encuentra afiliada a la seguridad social de corto plazo (dada la coyuntura económica actual no se tiene la capacidad de ejecutar efectivamente el SUS), ya que no restringe el acceso a sus establecimientos de salud en los tres niveles de atención; sin embargo, la atención gratuita de los esquemas de seguros públicos está reservada principalmente a la población no asegurada. Dentro de esta población beneficiada anteriormente (madres e hijos menores de cinco años) se encuentra la inclusión de la población en general que no está adscrita a algún seguro social o privado.

Seguridad Social. Los entes gestores se encuentran regulados por el Código de Seguridad Social (Honorable Congreso Nacional 1956) y supervisado por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). Se considera a 15 instituciones dentro de la estructura pública: Corporación del Seguro Social Militar

4 "ARTÍCULO 1. (OBJETO). La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N. 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N. 1069 de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito".

(COSSMIL), Caja Nacional de Salud (CNS), Caja Petrolera de Salud (CPS), Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES), Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas (CCRA), Caja de Salud CORDES, Seguro Integral de Salud (SINEC), Seguro Social Universitario (SSU, La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí, Santa Cruz, Tarija, Beni y Sucre) dependientes del MSD. Por otro lado, se encuentran las instituciones privadas de seguridad social que no se detallan en la anterior lista de la administración pública, como es el caso de la Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) y Seguros Médicos Delegados de Salud (SMD) que corresponde a de entidades privadas.

La seguridad social se encuentra financiada por los aportes patronales de los empleadores públicos, empleadores privados, aporte de los trabajadores jubilados, aporte voluntario y venta de servicios. Presenta una cobertura solo a sus afiliados (titulares y beneficiados); la cobertura es obligatoria para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio nacional y prestan servicios remunerados mediante designación, contrato de trabajo o contrato de aprendizaje, sean éstas de carácter privado o público. Los principales excluidos a la sujeción del código son los trabajadores independientes, informales y desocupados.

Sector Privado. El sector privado incluye los consultorios particulares, policlínicas y clínicas con fines de lucro, además de proveedores sin fines de lucro de ONG e Iglesia. El financiamiento del sector privado proviene principalmente de los pagos de bolsillo realizados por la población atendida, además de compra de servicios por parte de seguros privados⁵, financiados por cotizaciones de empleadores privados o por cotizaciones individuales. Las políticas públicas en el país también consideran un sector de la medicina tradicional; este sector se destaca por la forma de atención y los conocimientos utilizados (en oposición a la medicina académica), pero no por el modo de financiamiento u organización. Desde este enfoque, la casi totalidad de los proveedores de medicina tradicional y natural pertenecen al sector privado. Es importante mencionar que dentro del sector privado se encuentran también las empresas privadas de todos los rubros que tienen dentro de su estructura organizacional la responsabilidad social y que financian actividades de salud.

El sector privado se divide en privado lucrativo y privado no lucrativo, el primero de ellos se dirige principalmente a la población con capacidad de pago para realizar gastos de bolsillo o contratar seguros privados, casi exclusivamente en áreas urbanas; en cambio, el segundo caso se dirige a una población con baja capacidad de pago y de acuerdo con sus posibilidades realiza gastos de bolsillo, generalmente en proveedores de servicio de la Iglesia y de las ONG.

“Por lo tanto, el sector público, a través del SUS, representa generalmente la única alternativa posible en los segmentos más pobres de la población para recibir una atención de salud institucional”.

El sistema de salud en Bolivia también es fragmentado, debido a que cada sector presenta su propia infraestructura y condiciones de acceso y atención, además de que, dentro de cada sector, existen condiciones de acceso, costos y atención muy heterogéneas. La fragmentación impide ofrecer a la población una atención en iguales condiciones de cantidad y calidad en todo el sistema de salud en Bolivia. El grado de fragmentación en el sistema de salud es muy alto, con la intervención de numerosos agentes de salud que operan en forma totalmente desintegrada, tanto entre los diferentes sectores como al interior de los mismos (por ejemplo, existe una multiplicidad de entes gestores de la seguridad social con gasto per cápita muy heterogéneos que se analizarán posteriormente), contribuyendo así a una repartición de los recursos inequitativa e ineficiente,

⁵ Seguros privados relacionados con atención de salud dentro de su producción de servicios: BUPA Insurance (Bolivia), La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida, La Boliviana Ciacruz Seguros Personales, Nacional Seguros Vida y Salud, Alianza Vida Seguros y Reaseguros, Crediseguro Seguros Personales, Seguros y Reaseguros Personales Univida, Compañía de Seguros de Vida Fortaleza.

inequidad en el acceso a servicios de salud, duplicación de infraestructura en algunas regiones (y carencia de la misma en otras), a precios excesivos y diferenciados según proveedores, generación de distorsiones en el mercado laboral con sueldos diferenciados, contratación del mismo personal médico en diferentes instituciones y respuesta desarticulada en casos de emergencias epidemiológicas.

2.2 POLÍTICAS Y OBJETIVOS DEL SISTEMA DE SALUD

Las políticas de salud en Bolivia se enmarcan, en primer lugar, en los derechos y obligaciones determinados por la Constitución Política del Estado Plurinacional (CPE), vigente desde 2009. El tema de salud está elevado al rango de Derecho Fundamental y ampliamente desarrollado en la nueva Constitución (Asamblea Constituyente y Honorable Congreso Nacional, 2009). Los principales temas abordados son los siguientes:

-  **Artículo 9.** Garantizar el acceso de las personas a la educación, a la salud y al trabajo.
-  **Artículo 18.** I Derecho a la salud; II Garantiza la inclusión y el acceso a la salud, sin exclusión ni discriminación alguna; III Sistema Único de Salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. Se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.
-  **Artículo 30.** Derecho a la salud de las naciones y pueblos indígenas y originarios. Al sistema de salud universal y gratuito que respete su cosmovisión y prácticas tradicionales.
-  **Artículo 33.** Las personas tienen derecho a un medio ambiente saludable, protegido y equilibrado.
-  **Artículo 35.** I Acceso gratuito a servicios de salud; II Sistema Único de Salud incluyente de las medicinas tradicionales.
-  **Artículo 36.** I Acceso al Seguro Universal de Salud; II Ejercicio de los servicios públicos y privados de salud mediante ley.
-  **Artículo 37.** El Estado tiene obligación de garantizar y sostener el derecho a la salud (responsabilidad financiera). Priorización de promoción y prevención de enfermedades.
-  **Artículo 38.** Propiedad del Estado de los bienes y servicios públicos de salud; Prestación ininterrumpida de los servicios de salud.
-  **Artículo 39.** El Estado garantiza el servicio de salud público. Reconocimiento del servicio de salud privado. Vigilancia de la calidad de atención.
-  **Artículo 40.** Participación de la población en la toma de decisiones y gestión del sistema.
-  **Artículo 41.** Acceso a los medicamentos, priorizando los genéricos.
-  **Artículo 42.** Promoción y práctica de la medicina tradicional.
-  **Artículo 43.** La ley regulará las donaciones o trasplantes de células, tejidos u órganos bajo los principios de humanidad, solidaridad, oportunidad, gratuidad y eficiencia.
-  **Artículo 44.** Ninguna persona será sometida a intervención quirúrgica, examen médico o de laboratorio sin su consentimiento o el de terceros legalmente autorizados, salvo peligro inminente de su vida.
-  **Artículo 45.** Todos los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.
-  **Artículo 46.** Al trabajo digno, con seguridad industrial, higiene y salud ocupacional, sin discriminación, y con remuneración o salario justo, equitativo y satisfactorio, que le asegure para sí y su familia una existencia digna.
-  **Artículo 66.** Derechos sexuales y reproductivos.
-  **Artículo 68.** Derechos y protección de adultos mayores.
-  **Artículo 70.** Salud integral de personas con discapacidad.



-  **Artículo 105.** El Estado promoverá, mediante políticas de educación, recreación y salud pública, el desarrollo de la cultura física y de la práctica deportiva en sus niveles preventivo, recreativo, formativo y competitivo, con especial atención a las personas con discapacidad. El Estado garantizará los medios y los recursos económicos necesarios para su efectividad.
-  **Artículo 255.** Seguridad y soberanía alimentaria para toda la población; prohibición de importación, producción y comercialización de organismos genéticamente modificados y elementos tóxicos que dañen la salud y el medio ambiente.
-  **Artículo 298.** Son competencias exclusivas del nivel central del Estado: Régimen de Seguridad Social, políticas del sistema de educación y salud.
-  **Artículo 299.** Nivel central y ETA: competencia concurrente: Gestión del sistema de salud y educación.
-  **Artículo 304.** AIOC competencia concurrente; organización, planificación y ejecución de políticas de salud en su jurisdicción.
-  **Artículo 306.** El Estado tiene como máximo valor al ser humano y asegurará el desarrollo mediante la redistribución equitativa de los excedentes económicos en políticas sociales, de salud, educación, cultura, y en la reinversión en desarrollo económico productivo.
-  **Artículo 321.** La determinación del gasto y de la inversión pública tendrá lugar por medio de mecanismos de participación ciudadana y de planificación técnica y ejecutiva estatal. Las asignaciones atenderán especialmente a la educación, la salud, la alimentación, la vivienda y el desarrollo productivo.
-  **Artículo 341.** Recursos departamentales: Las transferencias del Tesoro General de la Nación (TGN) destinadas a cubrir el gasto en servicios personales de salud, educación y asistencia social.



En alineación con la CPE y documentos estratégicos nacionales (Agenda Patriótica 2025, Plan de Desarrollo Económico y Social: “Reconstruyendo la Economía para Vivir Bien, Hacia la Industrialización con Sustitución de Importaciones”), el MSD elaboró el Plan Sectorial de Desarrollo Integral Para Vivir Bien – Sector Salud (PSDI) que determina las políticas de salud del Estado para un quinquenio (2021-2025). En este documento se reconoce a la salud como un proceso multidimensional, estrechamente relacionado con la diversidad de procesos sociales, económicos, políticos y culturales propios a Bolivia; por lo tanto, el tema de determinantes de la salud es central en las nuevas políticas. En este contexto, la finalidad sectorial planteada es contribuir al paradigma del Vivir Bien y a la erradicación de la pobreza e inequidad, eliminando la exclusión social y mejorando el estado de salud a través de la consolidación del ejercicio del derecho a la salud y de la construcción del Sistema Único de Salud (SUS) Familiar Comunitaria Intercultural, con acceso universal sin costo en el punto de atención, priorizando la promoción de la salud, la participación y el control social, con rectoría del MSD. Para lograr la finalidad, en este plan se definieron nueve objetivos estratégicos que orientan el accionar sectorial:

- **OE 1:** Se ha mejorado la situación de salud de la población.
- **OE 2:** Se ha implementado el SUS Familiar Comunitaria Intercultural.
- **OE 3:** Se ha fortalecido la rectoría de la Autoridad Sanitaria.
- **OE 4:** La población ejerce sus derechos y obligaciones en salud.
- **OE 5:** Se han disminuido las brechas de recursos humanos en salud.
- **OE 6:** Se ha mejorado el estado nutricional de la población.
- **OE 7:** Se ha instalado el Complejo Industrial Farmacéutico.
- **OE 8:** Acceso a terapias ancestrales y productos naturales tradicionales en el SUS.
- **OE 9:** Gestión pública eficaz, eficiente y transparente.

Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Complementa y articula recíprocamente a los médicos académicos y tradicionales con la persona, familia y comunidad, Madre Tierra y cosmos vivo, con base en sus organizaciones en los ámbitos de gestión y de atención de la salud. La SAFCI tiene el objetivo principal de garantizar la inclusión y acceso universal a la salud, reconociendo que este es un derecho político, social, económico, cultural y ambiental de todos los bolivianos; considerando que los problemas de salud se resolverán en la medida en que se tomen acciones sobre sus determinantes a partir de la corresponsabilidad de los actores en la toma de decisiones sobre la atención de salud, mediante la gestión participativa; en el marco de la reciprocidad y complementariedad con todas las medicinas.

Los cuatro principios de la SAFCI que guían el accionar del Sector Salud son la participación comunitaria, la intersectorialidad, la interculturalidad y la integralidad (capacidad del servicio de salud para concebir el proceso salud enfermedad como una totalidad, que contempla la persona y su relación con la familia, la comunidad, la naturaleza y el mundo espiritual; con el fin de implementar procesos de promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad, rehabilitación y recuperación con calidad y calidez, en el marco de los enfoques de derechos, género, generacional, étnico y otros). Si bien la SAFCI es una política que se pretende implementar en todos los niveles institucionales y de atención del sector, se operativiza solo en el sector público y a través de algunos programas, como los médicos especialistas SAFCI, equipos móviles SAFCI y programa MiSalud, entre otros.

Sistema Único de Salud. La Ley 1152 “Hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito”, de 2019, tiene por objeto modificar la Ley 475 “Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia”, de 2013; modificada por Ley 1069, de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo. La Ley N° 1152 tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las ETA y entidades del Sector Público de Salud.

2.3 ACTORES INSTITUCIONALES DEL SISTEMA DE SALUD

El sistema de salud boliviano se encuentra segmentado y fragmentado, a través de una variedad de instituciones públicas y privadas con características y roles muy diferentes que interactúan entre sí para brindar servicios de salud a la población boliviana. Las características y roles principales de los diferentes actores institucionales del sistema de salud son:

Órgano Ejecutivo. De manera general, este Órgano se encuentra conformado por Presidencia, Vicepresidencia y por los diferentes ministerios o carteras de Estado. A través de sus diferentes niveles de administración, se encarga de hacer cumplir la Constitución y las leyes, así como también proponer y dirigir las políticas públicas del gobierno y Estado Plurinacional, entre otros. De manera particular, los principales ministerios que intervienen o se encuentran involucrados en el sistema de salud son el MSD (ente rector del Sistema Nacional de Salud), el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP, encargado de distribuir los recursos del TGN a los diferentes actores públicos del sistema de salud, dentro de los cuales se encuentran las transferencias para el pago de ítems del personal de salud a los SEDES), Ministerio de Planificación del Desarrollo (MPD, a través de los planes de desarrollo y proyectos de inversión pública destinados al sector salud), Ministerio de Gobierno (MINGOB, administrador de establecimientos de salud de la policía y la salud de los privados de libertad en las cárceles) y otros ministerios que a partir del Covid 19 incluyeron en su estructura programática recursos para la prevención de esta enfermedad.

Ministerio de Salud y Deportes. El MSD es la máxima autoridad en salud en el país, se encarga de regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, entre otras atribuciones descritas en el Decreto Supremo N° 29894. Por otro lado, el MSD ejecuta acciones y programas de salud que benefician directamente a la población boliviana (MiSalud, SAFCI, Telesalud, Salud Oral, Salud Renal, lucha contra el cáncer, Desnutrición Cero, Bono Juana Azurduy, Programa

Ampliado de Inmunizaciones y otros programas nacionales de salud). También está a cargo de la administración y funcionamiento de establecimientos de salud de cuarto nivel de atención.

Gobierno Autónomo Regional. Está conformado por una asamblea regional del Gran Chaco y un órgano ejecutivo regional, encargado de gestionar recursos económicos en beneficio de la Región del Gran Chaco Tarijeño, para lograr en el mediano y largo plazo una economía diversificada, sostenible y sustentable que permita el acceso irrestricto de los habitantes de la región a la salud, educación, energía agua, industria, comercio, empleo y condiciones de vida digna. Los SEDES constituyen la principal entidad sanitaria del órgano ejecutivo regional, encargados de la rectoría en salud en el ámbito regional, de la administración de los recursos humanos del sector público, entre otros.

Gobierno Autónomo Departamental. Conformado por una asamblea departamental y un órgano ejecutivo departamental. Se encarga de impulsar el desarrollo económico, productivo y social en el ámbito departamental, y de ejercer competencias normativas, administrativas, fiscalizadoras y ejecutivas del nivel departamental, entre otros. Los SEDES constituyen la principal entidad sanitaria del órgano ejecutivo departamental, están encargados de la rectoría en salud en el ámbito departamental, de la administración de los recursos humanos del sector público y de la administración y funcionamiento de establecimientos de salud de tercer nivel de atención, entre otros.

Gobierno Autónomo Municipal. Conformado por un concejo municipal y un órgano ejecutivo municipal; encargado de impulsar el desarrollo económico local a través de la prestación de servicios públicos a la población, y de ejercer competencias normativas, administrativas, fiscalizadoras y ejecutivas del nivel municipal, entre otros. El órgano ejecutivo municipal comprende, generalmente, una dirección o secretaría municipal de salud, que se encarga, entre otros, de la implementación de las políticas de salud en el ámbito local, financiamiento del SUS y administración / funcionamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención. Hasta la gestión 2022, en el país se tenían 337 GAM.

Gobierno Autónomo Indígena Originaria Campesina. Conformado por un consejo comunal y un órgano ejecutivo; encargado de impulsar el desarrollo económico local a través de la prestación de servicios públicos a la población, y de ejercer competencias normativas, administrativas, fiscalizadoras y ejecutivas del ámbito municipal, entre otros. El órgano ejecutivo comprende, generalmente, una dirección o secretaría municipal de salud, que se encarga, entre otros, de la implementación de las políticas de salud en el ámbito local, financiamiento del SUS y administración / funcionamiento de los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención. Hasta la gestión 2022 se habían constituido seis GAIOC.

Instituciones Públicas Descentralizadas. Son instituciones que desarrollan actividades técnicas, operativas, legales y/o administrativas, en áreas temáticas específicas y exclusivas, enmarcadas en las políticas de los ministerios cabeza de sector. Las instituciones descentralizadas que intervienen generalmente en el sistema de salud y que se encuentran enmarcadas en las políticas del MSD son: Instituto Boliviano de la Ceguera (IBC), Agencia de Infraestructura y Equipamiento Médico de Bolivia (AISEM), Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad (LONABOL, transfiere sus beneficios al sector salud), Central de Abastecimiento y Suministros de Salud (CEASS) e Instituto Nacional de Salud Ocupacional (INSO).

Por otro lado, existen otras instituciones descentralizadas que pertenecen a otros ministerios que canalizan y ejecutan recursos destinados para la salud, como el caso de: Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS-MPD, ejecuta proyectos de inversión pública en salud), Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS-MEFP, fiscaliza y controla el mercado de seguros privados), Agencia Boliviana de Medicina Nuclear (ABEN-MINHE, brinda atención en los centros de medicina nuclear y radioterapia) y Comité Nacional de la Persona

con Discapacidad (CONALPEDIS-MINJTI, encargada de la defensa de los derechos y salud de las personas con discapacidad).

Instituciones públicas desconcentradas. Son instituciones bajo tuición del MSD que tienen competencias muy específicas y especializadas. Las instituciones desconcentradas que dependen del MSD son: Agencia Estatal de Medicamentos y Tecnologías en Salud (AGEMED), Centro Nacional de Enfermedades Tropicales (CENETROP), Instituto Nacional de Laboratorios de Salud (INLASA), Escuela Nacional de Salud en La Paz y Escuela Técnica de Salud Boliviano Japonesa de Cooperación Andina en Cochabamba.

Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo. La ASUSS es una entidad Pública Desconcentrada dependiente del MSD, encargada de regular, controlar, supervisar y fiscalizar los entes gestores de la Seguridad Social de Corto Plazo, estatales y privados, con base en sus principios, protegiendo los intereses de los trabajadores asegurados y beneficiarios, en el marco del Código de Seguridad Social, su reglamento y normas conexas.

Entes gestores estatales de seguridad social de corto plazo. Instituciones descentralizadas bajo tuición del MSD (excepto COSSMIL que se encuentra bajo tuición del Ministerio de Defensa) regidas por el código de seguridad social de 1956. Estos entes gestores tienen el encargo de proteger y cubrir con servicios de salud a sus afiliados (trabajadores asegurados y beneficiarios). Las 15 instituciones estatales de seguridad social son la CNS, CPS, COSSMIL, CBES, CCRA, CORDES, SINEC y los ocho SSU (excepto en Pando).

Entes gestores privados de seguridad social de corto plazo. Instituciones de derecho privado (no son parte del Estado) regidas por el código de seguridad social de 1956. Se encargan de proteger y cubrir con sus servicios a sus afiliados (trabajadores asegurados y beneficiarios). Incluye la CSBP, que tiene el mismo modo de funcionamiento que los demás entes gestores y los SMD que cubren solamente al personal (y sus familiares) de determinadas empresas (COTEL, SOBOCE, ENDE, SAGUAPAC, Minera San Cristóbal, FECOMAN, FERRECO, Minera Colquiri y otros).

Universidades y escuelas técnicas. Las universidades son instituciones descentralizadas bajo tuición del MINEDU (14 universidades públicas) o instituciones educativas de derecho privado (38 universidades privadas), encargadas de proveer educación superior y elaborar investigaciones académicas, entre otros. Las instituciones educativas de derecho privado, encargadas de la formación de técnicos superiores (como auxiliares de enfermería). Además de la formación del personal de salud, las universidades y escuelas pueden administrar sus propios establecimientos de salud (clínicas, laboratorios, etc.) para proveer servicios a la población.

Instituciones sin fines de lucro. Las ISFL son organizaciones, asociaciones, fundaciones u otros, religiosos o no religiosos, de derecho privado, independientes del Gobierno nacional y de las organizaciones internacionales, en el sector salud. Implementan proyectos según su área de especialización (salud sexual y reproductiva, salud comunitaria, etc.) y pueden administrar establecimientos de salud, entre otros. Generalmente, se considera a las instituciones nacionales como Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares (ISFLSH).

Compañías de seguros de salud privados. Son empresas privadas que proveen seguros de salud generales que cubren el riesgo salud, seguros de personas específicos para salud, servicio prepago, Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT), Seguro Obligatorio de Accidentes de Construcción (SOATC) encargados de la afiliación y administración de dichos seguros. Las compañías de seguros relacionados con la salud son: BUPA Insurance (Bolivia), La Vitalicia Seguros y Reaseguros de Vida, La Boliviana Ciacruz Seguros Personales, Nacional Seguros Vida y Salud, Alianza Vida Seguros y Reaseguros, Crediseguro Seguros Personales, Seguros y Reaseguros Personales Univida y Compañía de Seguros de Vida Fortaleza.

Empresas. Son organizaciones económicas privadas que producen bienes y servicios diversos (actualmente no existe alguna empresa pública que se encuentre relacionada con el sector salud). Incluye empresas de la industria farmacéutica y médica (que fabrican y distribuyen productos farmacéuticos para tratamientos y prevención de enfermedades, así como también productos médicos duraderos) y empresas privadas de provisión de servicios de salud (clínicas, laboratorios y otros complementarios). Por otro lado, es importante mencionar que existen empresas privadas que dentro de su estructura u organigrama empresarial tienen el componente de responsabilidad social, en el cual, como línea de acción o apoyo, se encuentra la salud.

Colegios profesionales en salud. Son organizaciones de derecho privado con regulación y funciones de orden público, que agrupan y regulan la práctica profesional en el sector salud; Encargados de regular la práctica profesional con funciones científicas, éticas y académicas, y de defender los intereses de su cuerpo profesional, entre otros.

Población en general. La población en general es beneficiaria del sector salud, pero se puede volver en actor institucional a través de las organizaciones sociales y de la estructura de participación social prevista por la política SAFCI, que se organiza a través de las autoridades públicas (por ello, la participación de la población tiene también un carácter público). Sin embargo, la estructura social, que incluye autoridades locales de salud y comités locales, municipales, departamentales y nacionales, se desarrolla exclusivamente en el sector público. A través de la estructura social, la población organizada participa en el control social, pero también en su planificación (identificación de prioridades y otros).

Establecimientos de salud. Son hospitales, centros de salud u otros tipos de proveedores de servicios, públicos o privados. Son encargados de la atención de la población en el diagnóstico, tratamiento, curación, rehabilitación y prevención de enfermedades. Son generalmente clasificados en tres niveles de atención según su capacidad resolutoria. El primer nivel de atención tiene principalmente servicios de promoción y prevención de enfermedades, consulta ambulatoria e internación de tránsito. El segundo nivel de atención comprende el servicio ambulatorio de mayor complejidad e internación hospitalaria en especialidades básicas; el tercer nivel de atención oferta la consulta ambulatoria e internación hospitalaria de especialidad; servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad.

Agencias de cooperación bilaterales y multilaterales. Agencias internacionales de cooperación o embajadas extranjeras en Bolivia, que proveen asistencia financiera y técnica al Estado de Bolivia en diferentes temas (Sector Salud).

2.4 ORGANIZACIÓN Y COMPETENCIAS INSTITUCIONALES EN SALUD DEL ESTADO

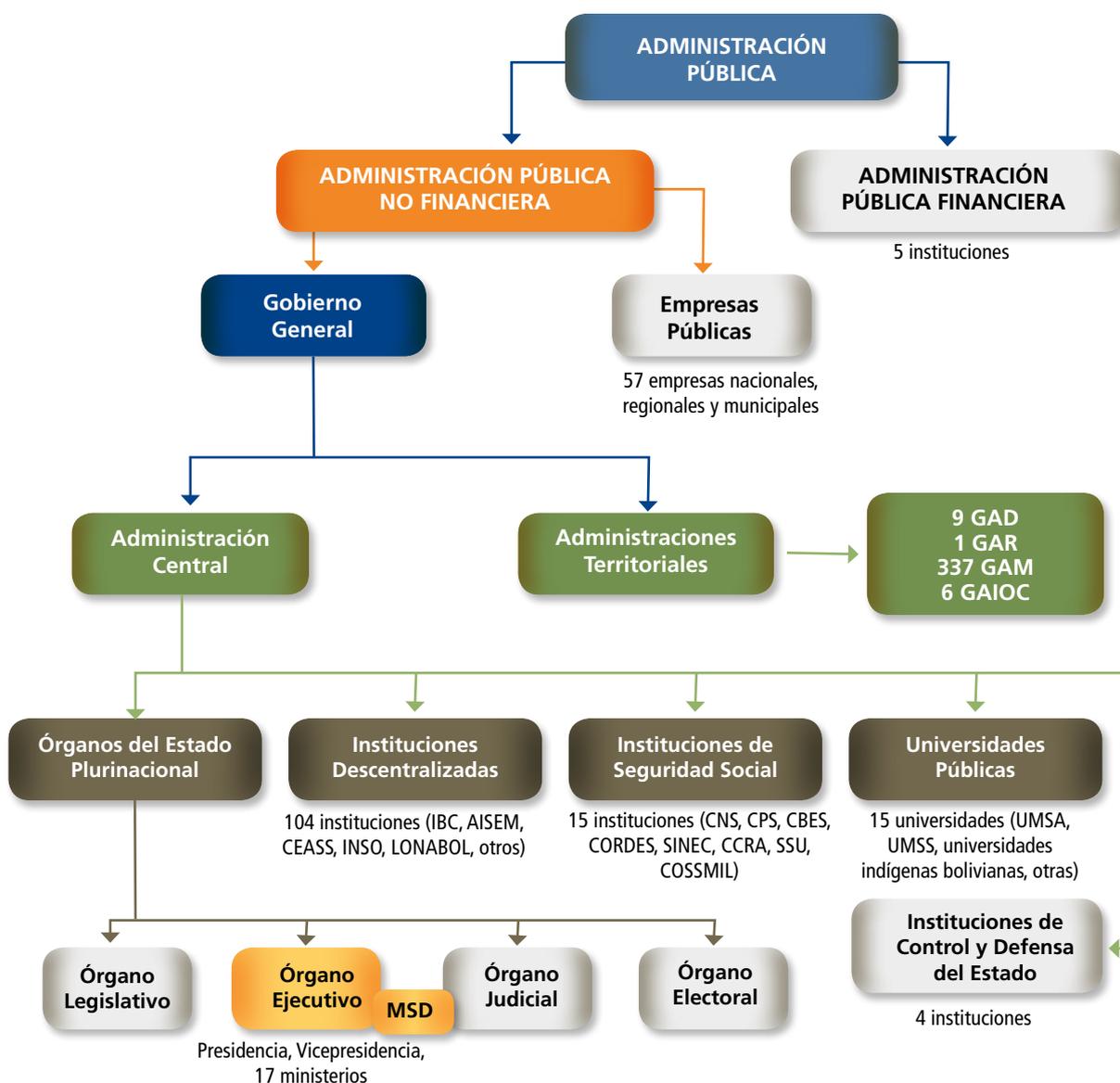
Organización. La organización de los actores públicos del sistema de salud refleja la estructura del sector público del Estado Plurinacional (Ver gráfico 9), en el cual los actores institucionales que intervienen directa y recurrentemente en el sector salud son identificados con colores, dejando en gris aquellas instituciones que no intervienen en el funcionamiento del sistema de salud, recurrentemente (aunque debido a la pandemia por Covid 19 muchas de estas instituciones introdujeron en su estructura programática recursos para la prevención de esta enfermedad para sus trabajadores). Es importante mencionar que el accionar de las instituciones mapeadas en gris pueden condicionar indirectamente el desempeño del sector salud (por ejemplo, el Órgano Legislativo vota leyes para el sector salud, las empresas públicas transfieren parte de sus beneficios al Estado, lo que permite con estos recursos financiar programas y proyectos de salud, entre otros).

La administración pública se reparte, en primer lugar, entre la administración pública no financiera, que incluye la mayor parte de las entidades del Estado y la administración pública financiera, que incluye al Banco Central de Bolivia (BCB), entre otros. La administración pública no financiera incluye a las empresas públicas, por un lado, y al gobierno general (GG), por otro lado. En la

actualidad, no existen empresas públicas específicas relacionadas con el sector salud, aunque el momento de la creación de la fábrica pública de medicamentos, que se encuentra proyectada, esta institución se clasificará en esta parte.

Por lo tanto, el sector salud, en el Estado Plurinacional, se incluye exclusivamente dentro del GG; el mismo se encuentra clasificado en administración central y administraciones territoriales autónomas (9 GAD, 1 GAR, 337 GAM y 6 GAIOC). En el caso correspondiente a la administración central, se tienen identificados a los cuatro órganos del Estado Plurinacional (Legislativo, Ejecutivo, Judicial y Electoral), instituciones públicas descentralizadas (IBC, AISEM, CEASS, INSO, LONABOL, ABEN, CONALPEDIS y otros), instituciones de seguridad social de corto plazo (14 instituciones bajo tuición del MSD, y COSSMIL bajo tuición del MINDEF) y universidades públicas (UMSA, UMSFX, UMSS, UTO y otras). En el caso de las instituciones públicas descentralizadas y universidades públicas, éstas tienen un rol limitado en la atención en salud.

GRÁFICO 9
Estructura del Sector Público relacionado con salud (2022)



Fuente: Clasificador Presupuestario 2022 y estructura programática MEFP 2022.

En resumen, las principales funciones del Estado Plurinacional en materia de salud para el sector público son desarrolladas por la administración central (principalmente el Órgano Ejecutivo a través del MSD) y por las administraciones territoriales (GAD, GAR, GAM y GAIOG); en cambio, para la seguridad social de corto plazo, la salud está desarrollada por los diferentes entes gestores.

Competencias. Las competencias en materia de salud de los diferentes niveles del Estado son dictadas por la CPE. El régimen de seguridad social y las políticas del sistema de salud son competencias exclusivas del Nivel Central (es decir que este nivel tiene las facultades legislativa, reglamentaria y ejecutiva, pudiendo transferir y delegar estas dos últimas); mientras que la gestión del sistema de salud se ejerce en forma concurrente entre el Nivel Central (que ejerce las facultades legislativa y reglamentaria) y las entidades territoriales autónomas (que ejercen la facultad ejecutiva). Asimismo, las ETA que accedan al estatuto de autonomía indígena originaria campesina podrán ejercer, en forma concurrente con el Nivel Central, las competencias de organización, planificación y ejecución de políticas de salud en su jurisdicción. En complemento a la CPE, la Ley Marco de Autonomías y Descentralización “Andrés Báñez” (LMAD) establece la asignación de competencias en salud entre el Nivel Central y las ETA (departamental, regional, municipal e indígena originario campesinas)

Por otra parte, el Nivel Central, que está a cargo del sistema de seguridad social como competencia exclusiva (es decir que puede delegar las facultades reglamentarias y ejecutivas), delega la atención de la seguridad social de corto plazo a 15 instituciones estatales de seguridad social públicas, mencionadas anteriormente. También delega la atención a instituciones privadas como la CSBP y los SMD. El sistema de seguridad social en Bolivia está vigente desde la aprobación del Código de Seguridad Social, en el año 1956 y desde el año 1987. Las instituciones de seguridad social se hacen cargo exclusivamente de la protección a corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales).

El Nivel Central ejerce una multiplicidad de competencias que se reparten entre diferentes instituciones (ministerios, principalmente para la ejecución) con presupuestos propios decididos en función de los arbitrajes presupuestarios realizados por las autoridades nacionales. En cambio, con un solo presupuesto institucional, los diferentes GAD y GAM deben asumir competencias en varios sectores, además del sector salud: desarrollo económico y productivo, desarrollo humano, educación, energía, agua potable y saneamiento, vivienda, transporte y telecomunicaciones, medio ambiente, recursos hídricos y riego, seguridad ciudadana, ordenamiento territorial, turismo, gestión de riesgos, entre otros. Por lo tanto, según el presupuesto disponible y las prioridades políticas de las ETA, es posible que las administraciones territoriales no asuman sus competencias en materia de salud, prefiriendo intervenir en otros sectores.

CUADRO 2

Principales competencias de los diferentes niveles del Estado (LMAD)

NIVEL INSTITUCIONAL	PRINCIPALES COMPETENCIAS Y FUNCIONES
Nivel Central	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud. - Representar y dirigir las relaciones internacionales del país en materia de salud, en el marco de la política exterior y, alinear y armonizar el accionar de la cooperación internacional a la política sectorial. - Ejercer la rectoría del SUS en todo el territorio y garantizar su funcionamiento mediante la implementación del Seguro Universal de Salud, de acuerdo con la Ley 1152. - Elaborar la normativa referida a la política de SAFCI y salud sexual en sus componentes de atención y gestión participativa con control social en salud. - Promover y apoyar la implementación de las instancias de gestión participativa y control social. - Elaborar la legislación para la organización de las redes de servicios, el sistema nacional de medicamentos y suministros y el desarrollo de recursos humanos que requiere el SUS. - Desarrollar programas de prevención de la enfermedad en territorios de alcance mayor a un departamento y gestionar el financiamiento de programas epidemiológicos nacionales y dirigir su ejecución en el ámbito departamental.

	<ul style="list-style-type: none"> - Definir, coordinar, supervisar y fiscalizar la implementación de una política nacional de gestión y capacitación de recursos humanos en instituciones públicas y de la seguridad social, así como definir la política salarial, gestionar los recursos y financiar los salarios y beneficios del personal dependiente del SUS. - Coordinar con las instituciones de educación superior mediante el sistema de la universidad boliviana y el MINEDU, la formación de RRHH, en el marco de la política SAFCI, y regular el uso de ambientes de los establecimientos de salud para la formación de RRHH por la universidad pública. - Establecer la norma básica sobre la propiedad y los derechos intelectuales colectivos de los pueblos indígena originarios campesinos sobre prácticas, conocimientos y productos de la medicina tradicional, para el registro y protección, con validez internacional. - Garantizar la recuperación de la medicina tradicional en el marco del SUS. - El Nivel Central del Estado, a través del MSD, es el responsable de la implementación y funcionamiento de los institutos de cuarto nivel de salud. - El Nivel Central del Estado, a través del MEFP, aprueba la escala salarial de salud y transfiere recursos para el pago de ítems TGN.
Gobiernos Autónomos Departamentales	<ul style="list-style-type: none"> - Formular y aprobar el Plan Departamental de Salud, en concordancia con el PDES, y ejercer la rectoría en salud en el departamento, en el marco de las políticas nacionales. - Proporcionar a establecimientos de tercer nivel la infraestructura sanitaria, el mantenimiento adecuado, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y suministros, así como supervisar y controlar su uso. - Planificar la estructuración de redes de salud funcionales y de calidad, en coordinación con las entidades territoriales autónomas municipales e IOC, en el marco de la política nacional de la SAFCI. - Establecer mecanismos de cooperación y cofinanciamiento de políticas, programas y proyectos, en coordinación con gobiernos municipales e IOC, para garantizar la provisión de servicios de salud en el departamento. - Acreditar los servicios de salud dentro del departamento, de acuerdo con la norma del Nivel Central del Estado. - Ejecutar los programas epidemiológicos en coordinación con el Nivel Central del Estado y municipal del sector. - Elaborar y ejecutar programas departamentales de promoción de salud y prevención de enfermedades. - Monitorear, supervisar y evaluar el desempeño de los directores, equipo de salud, personal médico y administrativo del departamento, en coordinación y concurrencia con el municipio. - Apoyar y promover la implementación de instancias departamentales de participación y control social en salud. - Fortalecer el desarrollo de los recursos humanos necesarios para el SUS y coordinar con los municipios y universidades públicas el uso de establecimientos del sistema de salud, para la formación de RRHH. - Ejercer control en el funcionamiento y atención con calidad de todos los servicios públicos, privados, sin fines de lucro, seguridad social y prácticas relacionadas con la salud, con la aplicación de normas nacionales, así como el expendio y uso de productos farmacéuticos y otros relacionados con la salud, en coordinación con municipios. - Ejecutar las acciones de vigilancia y control sanitario del personal y poblaciones de riesgo en los establecimientos públicos y de servicios con atención a grupos poblacionales, en coordinación y concurrencia con los GAM.
Gobiernos Autónomos Municipales	<ul style="list-style-type: none"> - Formular y ejecutar el Plan Municipal de Salud y su incorporación en el Plan de Desarrollo Municipal. - Implementar el SUS en su jurisdicción, en el marco de sus competencias. - Administrar la infraestructura y equipamiento, y dotar a los establecimientos de primer y segundo nivel la infraestructura, el mantenimiento adecuado, servicios básicos, equipos, mobiliario, medicamentos, insumos y demás suministros, así como supervisar y controlar su uso. - Crear la instancia máxima de gestión local de la salud a nivel municipal, de acuerdo con el modelo SAFCI. - Ejecutar el componente de atención de salud haciendo énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad en las comunidades urbanas y rurales. - Ejecutar los programas nacionales de protección social en su jurisdicción territorial. - Ejecutar acciones de vigilancia y control sanitario en establecimientos públicos y de servicios con atención a grupos poblacionales, en coordinación y concurrencia con los GAD.
Gobiernos Autónomos Indígena Originario Campesinos	<ul style="list-style-type: none"> - Formular y aprobar planes locales de salud de su jurisdicción, priorizando la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y riesgos, en el marco de la CPE y la Política Nacional de Salud. - Promover la gestión participativa de los pueblos indígena originaris campesinos, en el marco de la SAFCI. - Desarrollar institutos para la investigación y difusión del conocimiento y práctica de la medicina tradicional, y la gestión de los recursos biológicos, con estos fines. - Proporcionar información sobre la medicina tradicional desarrollada en su jurisdicción, al Sistema Único de Información en Salud y recibir la información que requieran en aplicación del principio de lealtad institucional. - Promover la elaboración de la farmacopea boliviana de productos naturales y tradicionales. - Fomentar la recuperación y uso de conocimientos ancestrales de la medicina tradicional, promoviendo el ejercicio de esta actividad.

Fuente: LMAD.

2.5 TRASLAPE DE COMPETENCIAS EN LA ASIGNACIÓN DE RECURSOS

En los hechos, el ejercicio de las competencias de los diferentes niveles de gobierno y de los programas nacionales de salud se desarrolla con poca coordinación entre los niveles central, departamental, municipal y local, resultando en un traslape de competencias en el sector público para la asignación de RRHH, servicios no personales, materiales, insumos y activos reales (bienes de capital). Es en este sentido que el Nivel Central asigna RRHH e insumos a través de los programas

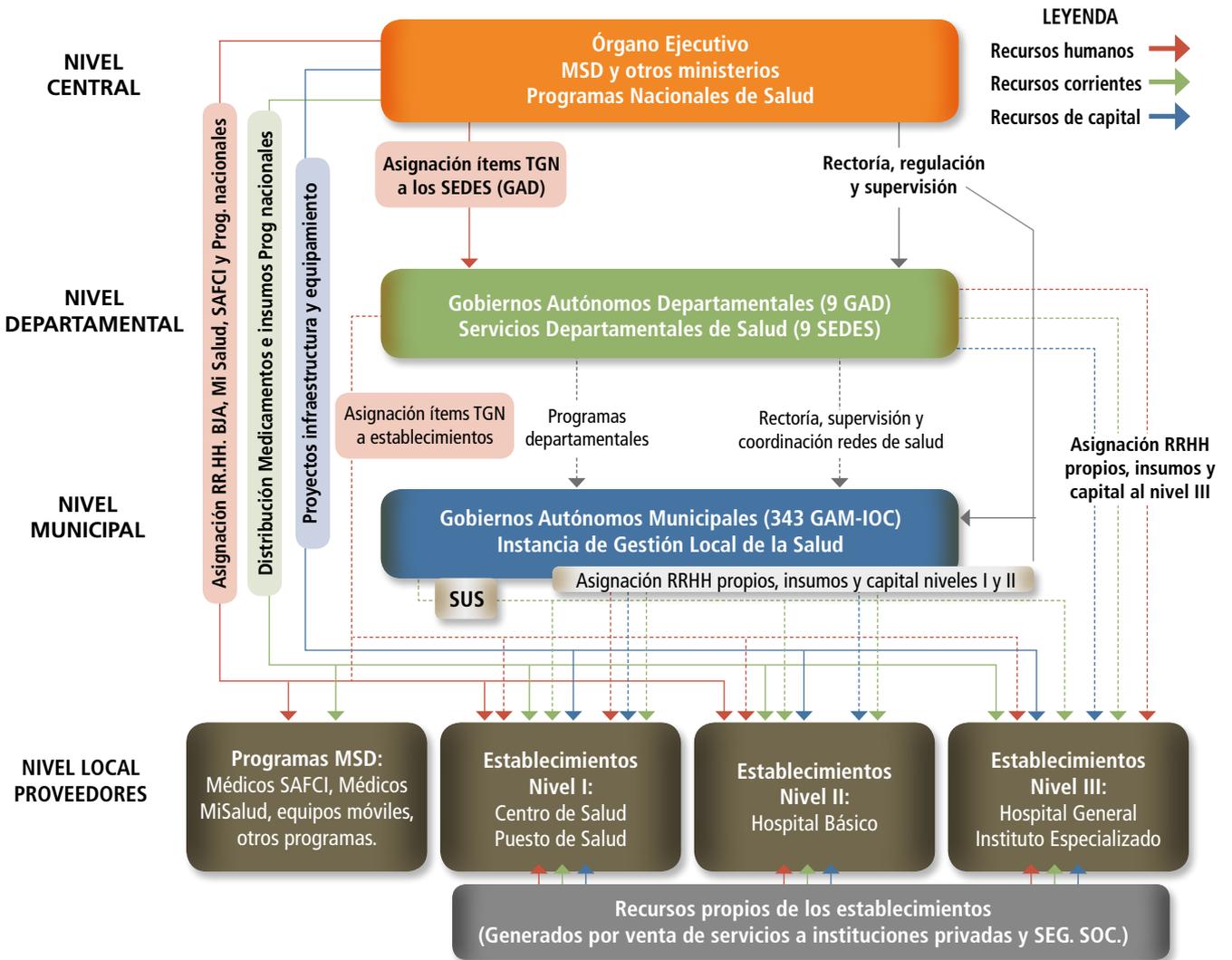
Mi Salud, Bono Juana Azurduy, SAFCI, brigadas médicas, servicio social rural obligatorio y otros programas nacionales de salud, con exigua coordinación con el establecimiento de salud en el cual trabajan estos RRHH. Por otra parte, el MEFP y MSD deciden la asignación de ítems nuevos para cada departamento (SEDES), así como también la escala salarial; es importante mencionar que estos ítems nuevos y antiguos son financiados con recursos transferidos por el TGN. A su vez, los GAD deciden la asignación de estos ítems por establecimiento de salud y son encargados de su pago con las transferencias del TGN. Adicionalmente, los GAD pueden contratar RRHH con sus propios recursos y asignar recursos físicos, generalmente para establecimientos de salud de tercer nivel (que son de su competencia de acuerdo con la LMAD); sin embargo, algunos GAD, como el de Tarija, pueden manejar programas departamentales que financian RRHH e insumos, directamente a los establecimientos de primer, segundo o tercer nivel de atención, así como también transfiriendo recursos a los GAM del departamento.

En el caso de los GAM, estos asignan recursos propios y/o transferencia por IDH para la contratación de personal, principalmente para los establecimientos de salud de primer y segundo nivel de atención. También están a cargo de la ejecución del SUS (Ley 1152), a través de la cual financian la compra de medicamentos e insumos para la atención de la población beneficiada (todo aquellos que no están afiliados a la seguridad social), en los tres niveles de atención. Adicionalmente, los establecimientos de salud manejan un presupuesto propio con los ingresos generados mediante la venta de servicios a otras instituciones privadas y seguridad social. Con este presupuesto, contratan RRHH, pagan servicios y compran insumos y bienes de capital necesarios a su actividad, y que no les fueron asignados por los niveles central, departamental o municipal. Cabe señalar que, en términos presupuestarios, las asignaciones con recursos propios de los establecimientos se registran dentro del presupuesto de la entidad a la cual estos pertenecen (GAM para el primer y segundo nivel de atención, GAD para tercer nivel de atención).

En cuanto a RRHH, existen en el nivel local personas que obedecen a diferentes niveles del GG, con formas de contratación y remuneraciones diferenciadas, y entre las cuales existe una insuficiente coordinación para el trabajo en equipo e ineficiencias provocadas por la mala repartición del personal inherente a esta fragmentación de competencias: así, un mismo establecimiento de salud puede funcionar con RRHH TGN (ítems nacionales, administrados por los GAD), RRHH de los diferentes programas del MSD, RRHH propios del GAD, RRHH propios del GAM y RRHH contratados por el mismo establecimiento de salud. Para la asignación de insumos, la situación es similar, en la cual los establecimientos de salud reciben insumos desde los diferentes niveles del GG, lo que incrementa, inevitablemente, los costos administrativos y las pérdidas. De manera general, hay poca doble asignación de medicamentos y productos farmacéuticos, ya que las competencias específicas de cada programa nacional (PAI, malaria, tuberculosis, VIH, dengue y otros) no son repetidas a nivel local; sin embargo, cuando hay problemas logísticos en un programa nacional del nivel central, los productos farmacéuticos no son asignados por los niveles municipal y departamental.

Asimismo, existe también un traslape de competencias para la asignación de bienes de capital (construcción o refacción de establecimientos de salud y equipamiento). De acuerdo con la LMAD, los GAD están encargados de la construcción y equipamiento en el tercer nivel de atención, mientras que los GAM están encargados del primer y segundo nivel de atención. Pero, adicionalmente, el nivel central ejecuta proyectos de construcción y equipamiento en los tres niveles de atención, a través de proyectos con financiamiento externo del MSD a través del AISEM y MINPRES. Si bien estos proyectos permiten la construcción y/o equipamiento de establecimientos que no hubieran sido necesariamente asumidos por los GAD y GAM (sea por falta de recursos o falta de priorización del sector salud), existe una falta de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno que ocasiona numerosos problemas al momento de abrir y hacer funcionar la infraestructura, si el nivel central, los GAD y GAM no asignan el personal y los insumos necesarios para su funcionamiento.

GRÁFICO 10
Traslape de competencia en los tres niveles del sector público



Fuente: Modificado y actualizado de Cuentas de Salud (Julien Dupuy).



3.

ESQUEMAS Y FLUJOS DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

3.1 ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN BOLIVIA

Los esquemas de financiamiento de la salud son los componentes estructurales del sistema de financiamiento de la salud. Son las principales modalidades de financiamiento a través de las cuales la población accede a los servicios de salud. Los esquemas de financiamiento incluyen pagos directos de los hogares y acuerdos de financiamiento con base en terceros. Los esquemas de financiamiento por terceros se definen por un conjunto de normas que regulan el modo de participación de la población, el derecho a la prestación de servicios de salud y la forma en que se recaudan los fondos y se mancomunan los recursos.

En el cuadro 3 se presenta un resumen de estas características básicas para los principales esquemas de financiamiento de la salud que existen en Bolivia.

CUADRO 3
Esquemas de Financiamiento de la Salud

Esquema	Participación	Derecho a la prestación	Obtención de fondos	Mancomunidad Recursos
Esquemas gubernamentales	Automático: para todos los ciudadanos / residentes que no estén adscritos a algún ente gestor de la seguridad social de corto plazo.	No contributivo, universal y accesible para la población no cubierta por algún ente gestor de la seguridad social de corto plazo.	Obligatorio: ingresos del presupuesto del Estado (impuestos, pero también regalías, recursos específicos y recursos externos).	Nacional, departamental, municipal o por tipo de programa.
Seguridad Social	Obligatorio: para grupos específicos de la población definidos por ley (trabajadores formales y jubilados cotizantes).	Contributivo: pago de aportes por o a nombre de la persona asegurada.	Obligatorio: cotización al seguro de salud sin vinculación con el riesgo. El Gobierno puede pagar cotizaciones en nombre de algunos grupos de población (beneméritos).	Por caja y subnacional (regionales de las cajas); el grado de mancomunidad es bajo debido a la ausencia de mecanismos de reparto equitativo del riesgo entre cajas.
Seguros privados obligatorios	Obligatorio: para grupos específicos de la población (propietarios de vehículos obligados a contratar SOAT y empresas constructoras, el SOATC, según ley).	Contributivo: basado en la compra de una póliza de seguro a una compañía de seguros privados habilitada para venta del SOAT y SOATC.	Obligatorio: primas de seguro obligatorias.	Por compañía.
Seguros de salud voluntarios	Voluntario (en compañías de seguros privados o en cajas de salud con afiliaciones voluntarias).	Contributivo: basado en la compra voluntaria de una póliza de seguro o aporte voluntario a alguna de las cajas de salud.	Normalmente, el monto de prima depende del riesgo, pero existen precios únicos.	Por institución (compañía o caja de salud). Para las cajas de salud, existe mancomunidad con recursos de seguros sociales.
Esquemas de financiamiento de instituciones sin fines de lucro	Voluntario, al no ser automático u obligatorio por ley o decreto.	No contributivo (pero se pueden cobrar copagos), discrecional.	Donaciones del público en general o empresas, recursos externos, pueden recibir transferencias del Gobierno.	Varía según programas, pero normalmente la mancomunidad se hace a nivel de programa o de la institución sin fin de lucro.
Gasto de bolsillo de los hogares	Voluntario: voluntad de pagar del hogar.	Contributivo: el servicio se presta solo si se paga.	Voluntario: ingresos y ahorros del hogar.	No hay mancomunidad interpersonal (pero puede haber al interior del hogar).
Esquemas de financiamiento del Resto del Mundo	Obligatorio (en el caso de seguros extranjeros obligatorios) o voluntario.	Criterios fijados por entidades extranjeras.	Donaciones y otras transferencias de entidades extranjeras.	Varía según programas.

Fuente: Modificado de Cuentas de Salud (Julien Dupuy).

3.2 FLUJO DE FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO

En el esquema del flujo de financiamiento en salud se puede apreciar, de manera detallada y sistemática, el flujo de fondos, fuentes, agentes y proveedores de salud que interaccionan para desenvolver el sector salud en Bolivia, a continuación, se describirá brevemente esta interacción.

Como inicio del flujo de financiamiento y gasto del sector salud se debe tomar en cuenta que los recursos monetarios y no monetarios que ingresan a las fuentes de financiamiento son realizados a través de la captación de los mismos, provenientes de los denominados fondos públicos, privados y externos.

El primero de ellos está referido a los recursos que ingresan directamente al GG a través de créditos, donaciones, impuestos, tasas, patentes y regalías provenientes de organismos bilaterales y multilaterales, empresas públicas y privadas, así como también de los hogares, respectivamente.

En cambio, los fondos privados son aquellos recursos provenientes de las empresas privadas y los hogares destinados a financiar servicios de salud de sus empleados y familias respectivas.

Finalmente, los fondos externos muestran los recursos provenientes del exterior que no se adscriben al Presupuesto General del Estado (PGE); es decir, no ingresan directamente al erario nacional, sino que generalmente estos recursos se canalizan a través de las ONG, Iglesia y/o fundaciones relacionadas con el sector salud. Por otro lado, en los últimos años, a consecuencia del aumento de la migración de bolivianos al exterior, se tiene un incremento en las remesas que ingresan al presupuesto familiar de los hogares, los cuales pueden ser utilizados y distribuidos para gastos en salud, educación y vivienda, entre otros.

Posteriormente, las fuentes de financiamiento comprendidas por el GG, empleadores públicos y privados, hogares y externas canalizan los recursos disponibles a los agentes de financiamiento encargados de la administración de los mismos.

El GG, como actor principal de políticas públicas en salud, provee recursos al sector público a través del PGE, así como también realiza transferencias de recursos para cumplir sus políticas de aseguramiento, los cuales se encuentran reflejados en los seguros públicos de salud⁶, anteriormente al SUS (Ley 1152).

Los empleadores públicos y privados canalizan recursos a través de aportes patronales a la seguridad social de corto plazo y primas a las compañías de seguros privados, este último es realizado únicamente por empleadores privados.

Los hogares como fuentes de financiamiento distribuyen sus recursos a los entes gestores que conforman la seguridad social de corto plazo a través de aportes voluntarios, a las compañías de seguros privados, por intermedio de primas y/o cuotas mensuales, y a ellos mismos a través del presupuesto familiar del cual destinan un porcentaje a la salud, y en algunos casos son gastos catastróficos.

Las fuentes externas a través de donaciones canalizan recursos a las ONG, Iglesia y/o fundaciones encargadas de ejecutar programas o proyectos de salud pública, o realizan algún tipo de servicio social en salud.

⁶ Desde 1997 se llevan a cabo programas y seguros que benefician a la población de alto riesgo, tal es el caso de los niños menores de cinco años, las mujeres embarazadas y las personas mayores de 60 años. Estos seguros son: SNMN, SBS, SUMI, SMGV, SSPAM y otros, como ser los seguros escolares y los seguros autonómicos impulsados por los GAD Tarifa y GAM Beni.)

Los agentes de financiamiento descritos anteriormente toman decisiones sobre el destino y uso de los recursos captados a través de las fuentes de financiamiento, los mismos son utilizados para el pago y/o gasto en los diferentes proveedores de servicios de salud existentes en el país, quienes se constituyen en receptores de dichos recursos.

Los establecimientos públicos de salud perciben recursos por el pago de servicios que se brindan a los entes gestores donde ellos no pueden ofrecer su cobertura (generalmente este se encuentra en el área rural). Los productos y servicios del SUS son otra fuente de ingreso de estos establecimientos de salud. El tercer recurso percibido es el que realiza el sector público a través de transferencias de recursos para su funcionamiento, las cuales son realizadas a través de los GAD y GAM (recursos humanos, infraestructura, servicios básicos y otros). En algunos establecimientos de salud del sector público se realizan donaciones en efectivo y/o en especie por parte de las ONG para apoyar y fortalecer algunas áreas para su funcionamiento.

Los servicios de las cajas de salud perciben recursos por la venta de servicios de atención al SUS (Ley 1152), bajo convenio, como también perciben recursos del presupuesto de los entes gestores para que otorguen servicios de salud a su población asegurada.

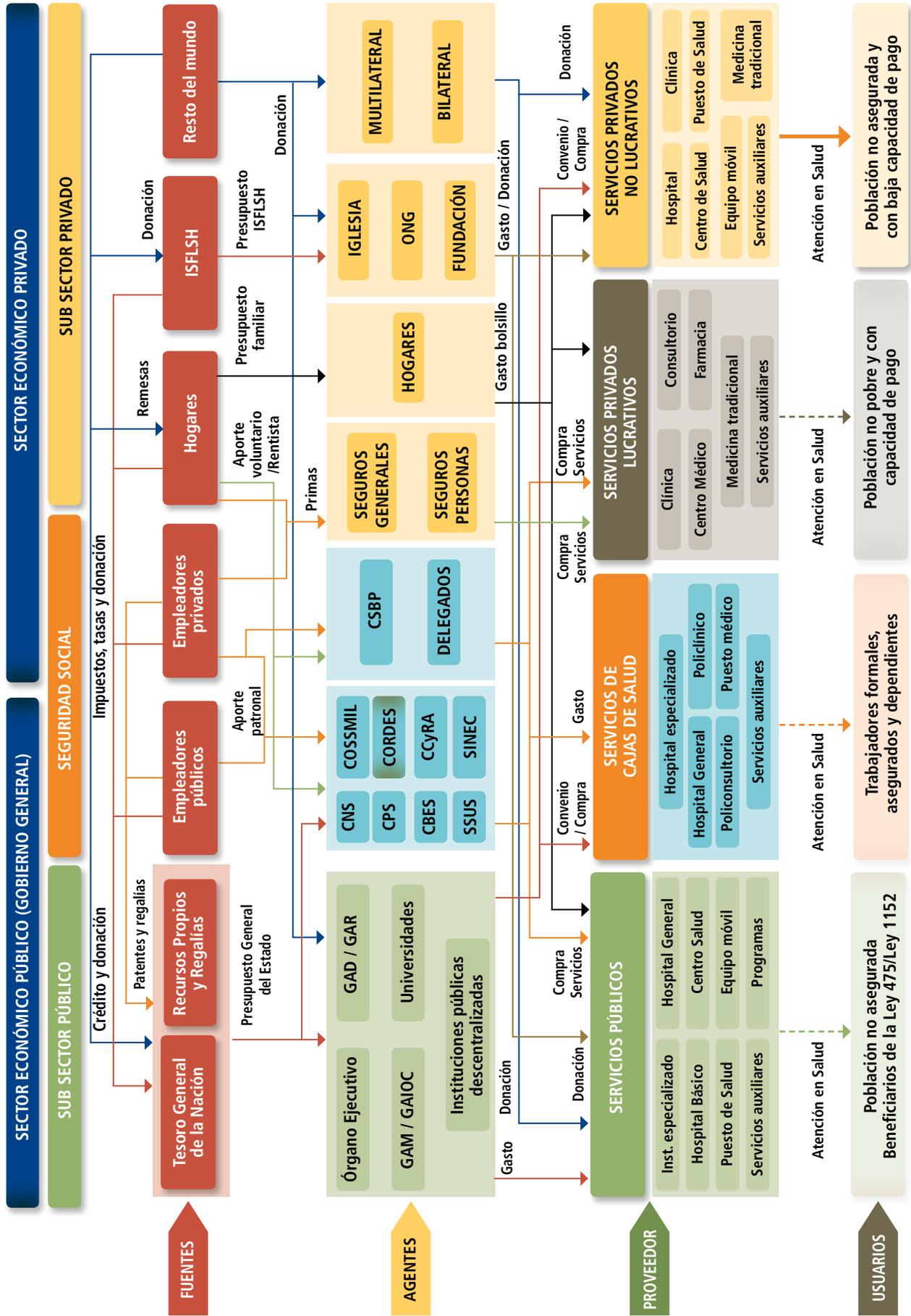
Los servicios privados lucrativos tienen como recursos a las compañías privadas de seguros, a los entes gestores que no cuentan con algún servicio auxiliar y a los hogares que recurren al gasto de bolsillo.

La medicina tradicional percibe recursos de los hogares y los servicios privados no lucrativos perciben recursos de las ONG, atención al SUS (Ley 1152) bajo convenio y los hogares. Es importante mencionar que el costo de las atenciones en estos establecimientos de salud es relativamente más económico que en los consultorios particulares o clínicas privadas con fines de lucro.



GRÁFICO 11

Flujo de Financiamiento y Gasto del Sistema de Salud



3.3 ASIGNACIÓN DE RECURSOS EN EL SECTOR PÚBLICO

En complemento al flujo de financiamiento y gasto del sistema de salud, es necesario realizar precisiones en cuanto a la asignación de recursos dentro del sector público, ya que los procesos de asignación varían según la fuente de financiamiento y según el objeto de gasto (en particular para RRHH), en función de las fuentes de financiamiento que reciben las diferentes entidades del sector.

En primer lugar, es necesario precisar los procesos generales de asignación de recursos a los principales agentes de financiamiento del sector público (nivel central, constituido principalmente por el MSD, GAD, GAR, GAM y GAIOC). Por una parte, las recaudaciones impositivas nacionales incluyen impuestos generales, como el impuesto al valor agregado (IVA), el régimen complementario al impuesto al valor agregado (RC-IVA), el impuesto sobre las utilidades de las empresas (IUE), el impuesto a las transacciones (IT), el impuesto a los consumos específicos (ICE), el gravamen aduanero, el impuesto a la transmisión gratuita de bienes y el impuesto a las salidas al exterior. El 25% de las recaudaciones de estos tributos se transfiere automáticamente a los GAM (20%) y a las universidades públicas (5%) por concepto de coparticipación tributaria, y el 75% restante se transfiere al TGN (excepto para el ITF, que se transfiere al TGN al 100%). La repartición de la coparticipación tributaria entre las 343 entidades municipales del país se hace según la población municipal y 15,5% de su coparticipación tributaria (es decir el 3,1% de las recaudaciones nacionales por impuestos generales) se asignan automáticamente a la cuenta municipal de salud, utilizada para pagar insumos para la atención de la población cubierta por la Ley 1152 (sin embargo, los GAM tienen la posibilidad de financiar esta cuenta con recursos del IDH con un monto que representa al menos 15,5% de su coparticipación tributaria).

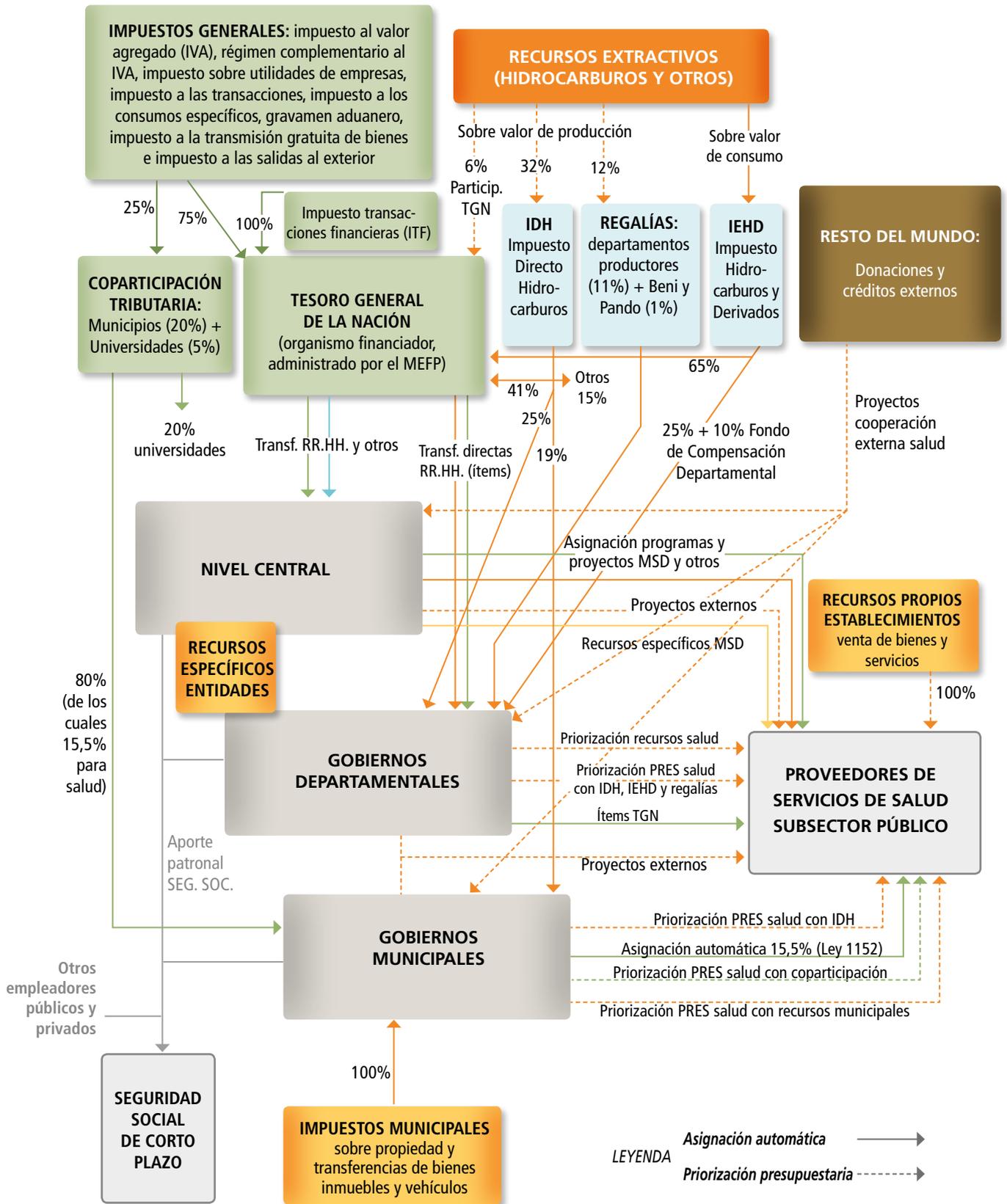
Por otra parte, existen importantes recursos generados por actividades extractivas, principalmente de hidrocarburos. El Estado recibe 50% valor de producción (extracción) de los hidrocarburos, de los cuales 6% corresponden al TGN, 12% a regalías departamentales (para departamentos productores, además de regalías compensatorias para los departamentos de Beni y Pando) y 32% al IDH. El modo de asignación de estos recursos es muy inequitativo y varía según cuales son los departamentos productores. En cuanto al IDH, aproximadamente 41% se transfiere al TGN, 25% a los GAD, 19% a los GAM, 5% a las universidades públicas, 5% al Fondo de Ayuda al Desarrollo y 5% al Fondo de Desarrollo de Pueblos Indígenas. La proporción del IDH correspondiente a los GAM se distribuye en función de la cantidad de población municipal (asignación per cápita), mientras que, para los GAD, el monto transferido es el mismo para cada entidad (sin importar la cantidad de población); excepto para el GAD de Tarija, que recibe un monto 50% superior a los demás departamentos. Adicionalmente, de las recaudaciones del IEHD, que es un impuesto calculado sobre el consumo de hidrocarburos refinados, el 65% se transfiere al TGN, el 25% a los GAD (según estructura de consumo por departamento) y el 10% al Fondo de Compensación Departamental, que se distribuye entre los GAD que reciben menos ingresos per cápita por concepto de regalías que el promedio nacional (principalmente los departamentos de La Paz, Cochabamba y Santa Cruz).

Los recursos externos (créditos y donación) generalmente no se distribuyen de manera automática, ya que su financiamiento resulta de procesos de negociación entre el Estado boliviano y los donantes, y de priorización presupuestaria entre sectores para la asignación de estos recursos externos.

A partir de los recursos recibidos según los criterios mencionados, los agentes de financiamiento del sector público asignan recursos para salud en dos formas: mediante asignación automática para salud (generalmente regulada por ley, representadas con líneas continuas en el Gráfico 12) o mediante la realización de priorización presupuestaria para asignar sus recursos entre diferentes sectores de intervención (representadas en líneas-guiones en el Gráfico 12). En este último caso, la asignación al sector salud depende, entonces, de la prioridad que cada ETA asigna al sector salud.

GRÁFICO 12

Asignación de recursos en el sector público según fuente de financiamiento



Fuente: Modificado y actualizado de Cuentas de Salud (Julien Dupuy).

Los principales mecanismos de asignación automática de recursos al sector salud son la asignación de RRHH permanentes (ítems financiados por el TGN, asignados al MSD y a los GAD), la cuenta municipal de salud (correspondiente a 15,5% de los ingresos por coparticipación tributaria de cada municipio), el Fondo Compensatorio Nacional de Salud administrado por el MSD y destinado a complementar las cuentas municipales de salud, cuando sea necesario. Los establecimientos de salud también generan recursos propios, que se destinan exclusivamente al funcionamiento del mismo establecimiento (para contratación de recursos humanos, compra de insumos, mantenimiento, compra de equipamiento, entre otros). Adicionalmente, las entidades públicas realizan aportes patronales a la seguridad social de corto plazo, correspondiente a 10% de la remuneración de los empleados, que se destinan automáticamente para el gasto en salud de la seguridad social.

En el caso de la asignación de recursos humanos TGN (ítems), si bien el pago del personal es automático, la asignación de nuevos ítems (crecimiento vegetativo) resulta de un proceso de priorización presupuestaria del MEFP y MSD, que determina, anualmente, el número de ítems nuevos en función de los recursos disponibles y de las necesidades de asignación a nuevos establecimientos de salud. Por otra parte, el MEFP asigna con el mismo tipo de priorización presupuestaria recursos provenientes de impuestos generales y recursos por hidrocarburos al MSD, generalmente con base en presupuestos históricos. Si bien esta asignación resulta de una priorización presupuestaria entre sectores, los recursos asignados al MSD son automáticamente destinados a los programas nacionales y otros gastos de funcionamiento del ente rector sectorial; de la misma forma, los recursos externos asignados al MSD para sus diferentes proyectos y programas nacionales se destinan automáticamente a gasto en salud, sea en RRHH, bienes y servicios o capital.

Adicionalmente a los recursos automáticamente destinados al sector salud, las ETA realizan priorización presupuestaria entre sus diferentes competencias y sectores de intervención, y deciden la asignación de una cierta proporción de su presupuesto para el sector salud: el grado de financiamiento de la salud depende, entonces, del nivel de priorización que tiene cada gobierno autónomo territorial. En el caso de los GAD, los recursos disponibles para salud provienen casi exclusivamente de la explotación de hidrocarburos y otros recursos no renovables: financian sus propios gastos en salud principalmente con recursos del IDH, de las regalías departamentales y del IEHD (incluyendo el Fondo de Compensación Departamental). En el caso de los GAM, los recursos asignados para salud provienen principalmente de la coparticipación tributaria (adicional a los 15,5% asignados automáticamente en la cuenta municipal de salud), del IDH y de los impuestos municipales.

4.

GASTO EN SALUD

4.1 DEFINICIÓN GASTO TOTAL EN SALUD

De acuerdo con el marco del Sistema de Cuentas de Salud (System of Health Accounts: SHA 2011), el gasto en salud está constituido por dos grandes agregados económicos: el gasto corriente en salud y la formación bruta de capital fijo en salud (gasto de capital).

Gasto Corriente. Corresponde al gasto de consumo final en bienes y servicios de salud por parte de las entidades residentes ejecutoras.

Formación Bruta de Capital Fijo (FBKF). Corresponde al valor total de los activos fijos que los proveedores de servicios de salud han adquirido durante el período de referencia y que se utilizan continuamente o de manera repetida durante un periodo de un año o más en la prestación de servicios de salud.

$$\text{GASTO TOTAL SALUD} = \text{GASTO CORRIENTE} + \text{FBKF}$$

Si se considera que un sistema de salud está conformado por todas las actividades que tienen como objetivo principal mejorar, mantener, restituir y prevenir el deterioro del estado de salud de las personas, así como mitigar las consecuencias de las enfermedades, y que se realicen a través de la aplicación de conocimientos calificados, incluyendo tecnología médica y medicina tradicional, complementaria y alternativa, se asume que bajo el nombre de actividad de salud se comprende un gran número de acciones de diversas naturalezas y difícil clasificación.

Por lo tanto, la definición de qué es o qué no es gasto en salud es un asunto complejo donde deben establecerse algunos criterios comunes que permitan reducir al mínimo detalle las interpretaciones arbitrarias para, de esta forma, poder facilitar las comparaciones con otros países y contextos nacionales. Para contribuir con esto último se llegó a un conjunto de criterios y definiciones comunes que son compatibles con las normas internacionales que rigen este tipo de actividad. En este sentido, el SHA 2011 define como actividades de salud aquellas acciones que tienen por objetivo esencial:

- Promoción y prevención de la salud.
- Diagnóstico, tratamiento, cura y rehabilitación de la enfermedad.
- Atención de personas afectadas por enfermedades crónicas.
- Atención de personas con discapacidades o impedimentos.
- Atención paliativa.
- Programas de salud a la comunidad.
- Gobernanza y administración del sistema de salud.

4.2 ESTIMACIÓN GASTO TOTAL EN SALUD

De acuerdo con información procesada, se estima que el gasto total en salud (gasto corriente + gasto de capital) en promedio ascendió a \$us 3.431 millones durante la gestión 2019-2022. (Ver Cuadro 4). Por otro lado, la gestión 2020 presenta un mayor gasto total en salud con \$us 3.637 millones, esto se debe principalmente a la asistencia sanitaria que fue causante el Covid-19; caso contrario sucede con la gestión 2019, donde el gasto total en salud fue \$us 3.096 millones. Si se considera el gasto total en salud promedio por tipo de gasto, se observa que 91% (\$us 3.123 millones) del gasto total en salud corresponde a gasto corriente y el restante 9% (\$us 307 millones) a gasto de capital o FBKF.

CUADRO 4
Gasto total en salud según tipo de gasto y sector en \$us (2019 - 2022)

SECTOR	2019	2020	2021	2022	2019-2022
SECTOR PÚBLICO	1.580.792.175	1.991.105.004	1.875.673.685	1.854.258.018	1.825.457.220
Gasto Corriente	1.313.056.374	1.727.215.882	1.648.480.341	1.611.973.927	1.575.181.631
Gasto Capital	267.735.800	263.889.122	227.193.344	242.284.091	250.275.589
SEGURIDAD SOCIAL	917.377.309	986.548.847	893.770.012	961.902.602	939.899.692
Gasto Corriente	851.453.111	905.502.335	859.507.014	915.043.788	882.876.562
Gasto Capital	65.924.199	81.046.512	34.262.998	46.858.814	57.023.130
SECTOR PRIVADO (*)	597.894.285	659.719.794	706.785.456	698.471.121	665.717.664
Gasto Corriente	597.894.285	659.719.794	706.785.456	698.471.121	665.717.664
Gasto Capital					
GASTO TOTAL SALUD	3.096.063.769	3.637.373.645	3.476.229.152	3.514.631.741	3.431.074.577
Gasto Corriente	2.762.403.770	3.292.438.012	3.214.772.811	3.225.488.836	3.123.775.857
	89,2%	90,5%	92,5%	91,8%	91,0%
Gasto Capital	333.659.999	344.935.633	261.456.341	289.142.904	307.298.720
	10,8%	9,5%	7,5%	8,2%	9,0%

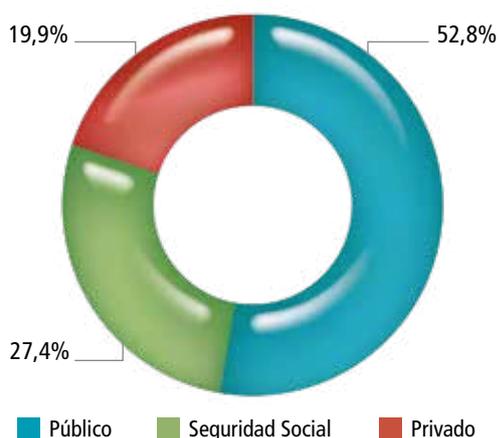
Fuente: Elaboración propia con información del MEFP, MSD, APS, MINJTI, SEG SOC, INE (EH).

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

En el Gráfico 13 se observan los componentes que conforman la estructura del gasto total en salud para la gestión 2022, en el mismo se puede identificar que 52,8% (\$us 1.854 millones) del gasto total representa al sector público, seguido por el gasto de la seguridad social con 27,4% (\$us 961 millones) y el restante 19,9% (\$us 698 millones) corresponde al gasto del sector privado. Por otro lado, se destaca que la mayor parte del sector privado corresponde al gasto de bolsillo de los hogares, con 16,6% (\$us 584 millones).

En este estudio, el gasto estimado del sector privado no cuenta con ninguna erogación que se relacione directamente con la FBKF, ya que el gasto estimado se refiere, en primer lugar, al gasto de bolsillo de los hogares (estimado a partir de la encuesta de hogares realizada por el INE) y, en segundo lugar, a los gastos relacionados con los seguros privados que presentan dentro de su estructura el componente salud (estimado a partir de los reportes estadísticos de las compañías aseguradoras).

GRÁFICO 13
Composición del gasto por sector en % (2022)



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

4.3 INDICADORES GASTO TOTAL EN SALUD

El gasto total en salud representa una inversión por habitante de aproximadamente \$us 292,7 para la gestión 2022, de los cuales \$us 268,7 por habitante corresponden a gasto corriente en salud y el restante \$us 24,1 al gasto de capital por habitante.

Por otra parte, el gasto total en salud representa 8% del Producto Interno Bruto (PIB) para la gestión 2022, porcentaje que varía con relación a los tres años anteriores (7,6% el 2019, 9,9% el 2020 y 8,6% el 2021). Esto se debe principalmente a que el monto del PIB es menor en estos tres años con relación al 2022. De esta proporción, se estima que el gasto del sector público en salud, en la gestión 2022, representa 4,2% del PIB; de la seguridad social, 2,2% del PIB; y del sector privado, 1,6% del PIB (8% total del PIB).

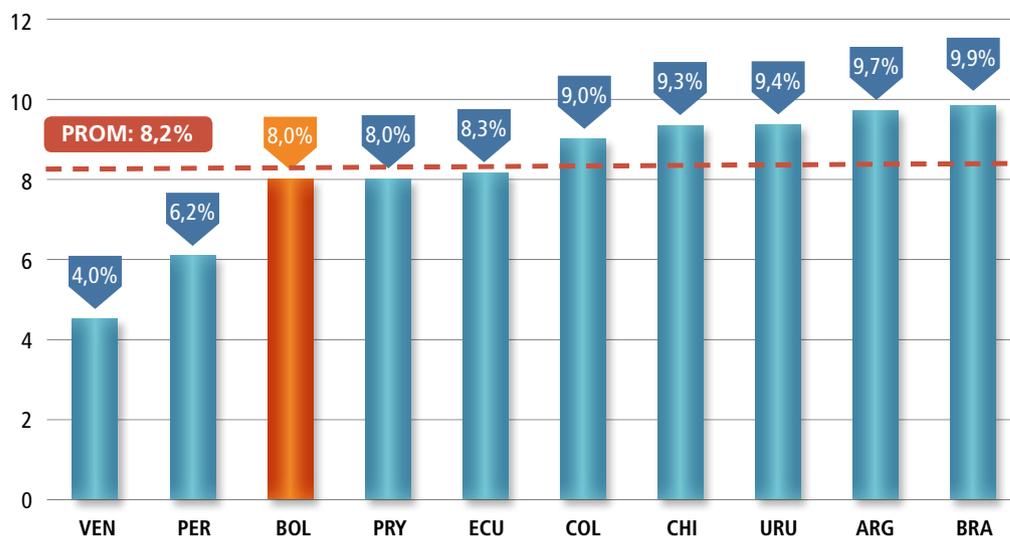
CUADRO 5
Indicadores: Gasto total en salud en \$us y % (2019 - 2022)

INDICADORES	2019	2020	2021	2022	Promedio (2019-2022)
Inflación	1,5%	0,7%	0,9%	3,1%	1,5%
Tipo de cambio promedio	6,91	6,91	6,91	6,91	6,91
Tipo de cambio PPA	2,61	2,61	2,61	2,61	2,61
PIB Bolivia Nominal (\$us)	40.895.322.844	36.629.843.805	40.408.208.528	43.994.317.278	40.481.923.114
Población Bolivia	11.512.468	11.677.406	11.841.955	12.006.031	
PIB Bolivia Per Cápita (\$us)	3.552	3.137	3.412	3.664	3.441
Gasto Salud Bolivia (\$us)	3.096.063.769	3.637.373.645	3.476.229.152	3.514.631.741	3.431.074.577
Gasto Salud Bolivia Per Cápita (\$us)	268,9	311,5	293,6	292,7	291,7
Gasto Salud Bolivia / PIB Bolivia	7,6%	9,9%	8,6%	8,0%	8,5%
Gasto Salud Bolivia Per Cápita PPA (\$us Int)	711,2	823,7	776,3	774,1	771,3

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

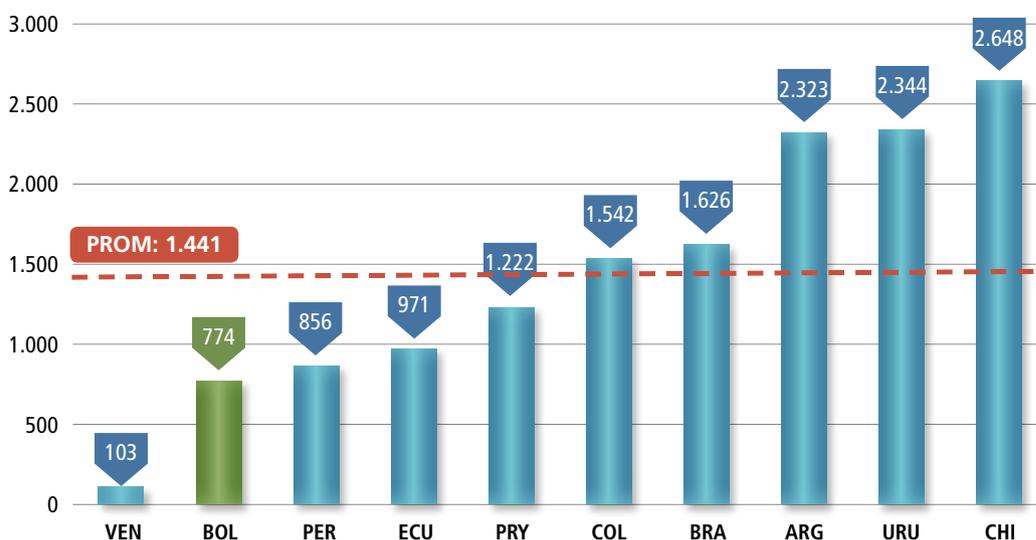
En comparación con los demás países de la región sudamericana, el gasto total en salud en relación con el PIB es menor al promedio de la región (8% < 8,2%), así como en relación con otros seis países (Brasil 9,9%, Argentina 9,7%, Uruguay 9,4%, Chile 9,3%, Colombia 9% y Ecuador 8,3%). Asimismo, se estima que en el mundo los países que implementaron sistemas de cobertura universal en salud —es decir, una situación que Bolivia proyecta alcanzar con el Seguro Único de Salud (SUS) a partir del 2019— dedican, en promedio, 10% o más de su PIB a salud (Ver Gráfico 14).

GRÁFICO 14
Sudamérica: Relación del gasto total en salud con el PIB (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del MEFP, MSD, APS, MINJTI, SEG SOC, INE (EH), OMS.

GRÁFICO 15
Sudamérica: Gasto total en salud per cápita en PPA (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del MEFP, MSD, APS, MINJTI, SEG. SOC., INE (EH), OMS.

Por otra parte, en términos monetarios per cápita, el gasto total en salud en Bolivia para el año 2022, resulta ser el segundo país más bajo de la región sudamericana, con \$us 774 internacionales (Poder de Paridad Adquisitivo, PPA); por otro lado, también se encuentra por debajo del promedio regional ($774 < 1.441$) y por debajo de otros ocho países. Esta situación se debe a la situación económica de Bolivia, que tiene un PIB por habitante inferior a los demás países sudamericanos, pero también a la falta de priorización de la salud dentro del gasto nacional (gasto total en salud en % del PIB).

4.4 SECTORES GASTO TOTAL EN SALUD

4.4.1 Sector Público

El gasto total en salud del sector público considera la totalidad del gasto ejecutado por todas las entidades públicas que presentan algún tipo de gasto en salud, de acuerdo con los criterios de límites para determinar lo que se considera como gasto en salud. Es importante mencionar que estas entidades se encuentran enmarcadas dentro de la clasificación denominada Administración Pública y se clasifican de la siguiente manera: Administración Central (Órganos del Estado, incluyendo ministerios), Administración Territorial (GAD, GAR, GAM y GAIOC), instituciones públicas descentralizadas, universidades públicas y empresas públicas (nacional, departamental y municipal), sin importar la fuente de financiamiento.

Por otro lado, si bien los aportes a la seguridad social de corto plazo por parte de empleadores públicos, privados y hogares realizados y administrados por entes gestores públicos incluidos en la estructura de la Administración Pública (por ejemplo: CNS, CPS, entre otros) se consideran como gasto público en salud, éstos se analizarán por separado en la próxima sección e incluirán también los entes de seguridad social “privados” (CSBP y seguros delegados); por lo tanto, este gasto no se incluye en esta sección. En este apartado tampoco se considera el gasto en salud del Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) financiado por propietarios de vehículos estatales, ni a los gastos directamente ejecutados por agencias de cooperación internacional u organizaciones no gubernamentales en beneficio del subsector público (solamente se incluyen donaciones o créditos externos registrados en el Presupuesto General del Estado).

El gasto público en salud que se presenta a continuación es un gasto consolidado y neteado; es decir, se excluyen los gastos de transferencias ejecutadas por el sector público hacia la seguridad social e inversamente, así como también transferencias entre entidades públicas. Por ejemplo, los aportes a la seguridad social para el personal de salud del sector público se descuentan del gasto para evitar una doble contabilidad de los aportes con el gasto en salud ejecutado con estos aportes por las instituciones de seguridad social. Por ejemplo, en el caso de entidades públicas: el MSD, a través del Programa Salud Renal, realiza la transferencia al GAD para el servicio de hemodiálisis (población beneficiada) en el establecimiento de salud bajo su competencia, y ésta se toma en cuenta ya sea en el GAD o en el MSD, pero no en ambos.

Considerando lo anteriormente descrito, se tiene que el gasto total en salud del sector público representa una inversión por habitante no asegurada de aproximadamente \$us 214,7 para la gestión 2022, de los cuales \$us 186,6 por habitante no asegurada corresponden a gasto corriente en salud y el restante \$us 28,1 al gasto de capital por habitante no asegurado. Por otra parte, el gasto total en salud del sector público representa 4,2% del PIB para la gestión 2022, porcentaje que varía con relación a los tres años anteriores (3,9% el 2019, 5,4% el 2020 y 4,6% el 2021), esto se debe principalmente a que el monto del PIB es menor en estos dos años con relación a 2022.

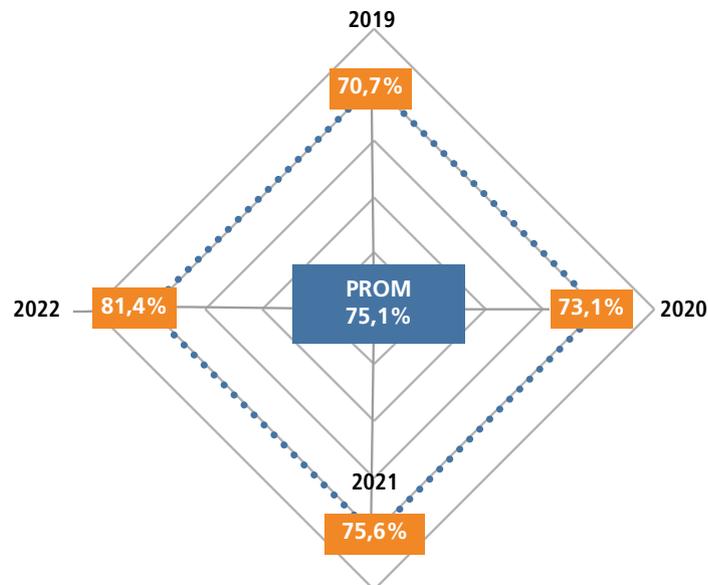
CUADRO 6
Indicadores: Gasto total en salud Sector Público en \$us y % (2020 - 2022)

INDICADORES	2019	2020	2021	2022	Promedio (2019-2022)
Inflación	1,5%	0,7%	0,9%	3,1%	1,5%
Tipo de cambio promedio	6,91	6,91	6,91	6,91	6,91
Tipo de cambio PPA	2,61	2,61	2,61	2,61	2,61
PIB Bolivia Nominal (\$us)	40.895.322.844	36.629.843.805	40.408.208.528	43.994.317.278	40.481.923.114
Población Bolivia	11.512.468	11.677.406	11.841.955	12.006.031	
Población sin seguro (*)	nd	nd	nd	8.637.855	
PIB Bolivia Per Cápita (\$us)	3.552	3.137	3.412	3.664	3.441
Gasto Salud Bolivia (\$us)	3.096.063.769	3.637.373.645	3.476.229.152	3.514.631.741	3.431.074.577
Gasto Salud Sector Público (\$us)	1.580.792.175	1.991.105.004	1.875.673.685	1.854.258.018	1.825.457.220
Gasto Salud Sector Público/Gasto Salud Bolivia	51,1%	54,7%	54,0%	52,8%	53,2%
Gasto Salud Sector Público Per Cápita (\$us)	nd	nd	nd	214,7	
Gasto Salud Sector Público / PIB Bolivia	3,9%	5,4%	4,6%	4,2%	4,5%
Gasto Salud Sector Público Per Cápita PPA (\$us Int.)	nd	nd	nd	408.4	

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

Eficiencia Administrativa. El promedio de ejecución del presupuesto de gastos (ejecutado/presupuestado) en el periodo 2019-2022 fue de 75,1%, siendo el 2019 el que presenta una menor ejecución con 70,7%, caso contrario sucedió el 2022, donde la ejecución fue mayor con 81,4%.

GRÁFICO 16
Ejecución: Gasto total en salud Sector Público en \$us y % (2019-2022)



	2019	2020	2021	2022
Presupuesto	2.237.348.423	2.724.015.934	2.482.689.802	2.277.169.761
Ejecutado	1.580.792.175	1.991.105.004	1.875.673.685	1.854.258.018

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

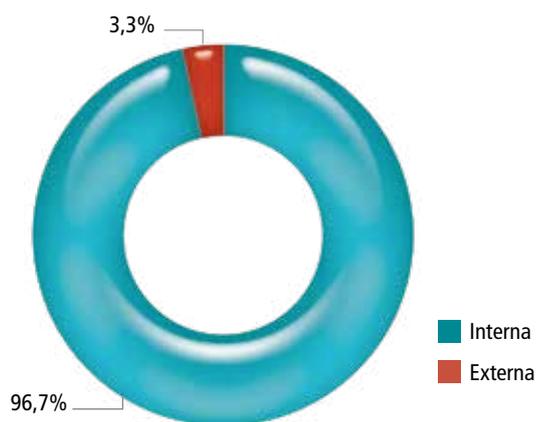
Fuentes de Financiamiento. En el Cuadro 7 se observa la estructura del gasto total en salud del sector público en el periodo 2019-2022 por fuente de financiamiento (\$us 1.825 millones), donde los recursos provenientes de las fuentes internas, en promedio (recursos TGN, recursos específicos o propios y donación interna), corresponden a 96,7% (\$us 1.765 millones) del gasto total en salud y el restante 3,3% (60,2 millones) a recursos provenientes del exterior (crédito y donación).

CUADRO 7
Financiamiento: Gasto total en salud Sector Público en \$us y % (2019 - 2022)

FUENTES DE FINANCIAMIENTO	2019	2020	2021	2022	2019-2022
1.1 Recursos TGN	1.255.998.822	1.637.641.897	1.561.568.682	1.513.375.855	1.492.146.314
	79,5%	82,2%	83,3%	81,6%	81,7%
Tesoro General de la Nación	185.667.466	266.580.115	266.696.633	266.297.962	246.310.544
TGN otros ingresos	7.683.924	9.120.748	10.353.634	12.201.584	9.839.973
Transferencias TGN	1.062.647.433	1.361.941.034	1.284.518.415	1.234.876.309	1.235.995.798
1.2 Recursos Específicos Público	302.463.941	278.544.163	245.168.551	265.013.839	272.797.623
	19,1%	14,0%	13,1%	14,3%	14,9%
Préstamos de Recursos Específicos	18.732.252	3.541.235	4.574.120	5.635.628	8.120.808
Recursos Específicos	220.515.300	199.496.092	178.033.083	182.135.589	195.045.016
Transferencias de Recursos Específicos	63.216.389	75.506.836	62.561.349	77.242.622	69.631.799
1.3 Donación Interna	88.177	714.773	306.175	94.915	301.010
	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Donación Interna	88.177	608.723	264.769	94.915	264.146
Transferencia de Donación Interna		106.050	41.406		73.728
2.1 Crédito Externo	20.347.855	71.178.004	58.625.219	75.096.220	56.311.824
	1,3%	3,6%	3,1%	4,0%	3,1%
Crédito Externo	14.446.571	30.880.011	8.025.499	37.678.393	22.757.619
Transferencias de Crédito Externo	5.901.283	40.297.993	50.599.720	37.417.827	33.554.206
2.2 Donación Externa	1.893.380	3.026.167	10.005.057	677.188	3.900.448
	0,1%	0,2%	0,5%	0,0%	0,2%
Donación Externa	1.743.866	2.498.212	9.512.780	624.368	3.594.806
Transferencias de Donación Externa	149.514	527.955	492.277	52.821	305.642
TOTAL FUENTES DE FINANCIAMIENTO	1.580.792.175	1.991.105.004	1.875.673.685	1.854.258.018	1.825.457.220
	100%	100%	100%	100%	100%

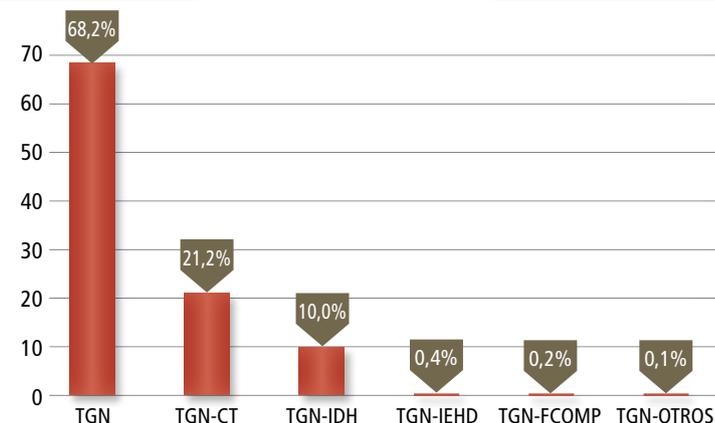
PROM. 2019-2022

Fuente Financiamiento



PROM. 2019-2022

Transferencias TGN



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

Los recursos provenientes del TGN financiaron, en promedio, el 81,7% (\$us 1.492 millones) de los gastos en salud del sector público en el periodo 2019-2022, seguido por los recursos específicos o propios de las entidades públicas que tuvieron algún gasto en salud, con 14,9% (\$us 272,7 millones) y el restante 3,3% (\$us 60,5 millones) provienen de fuentes de donación interna (0,02%), crédito externo (3,1%) y donación externa (0,2%).

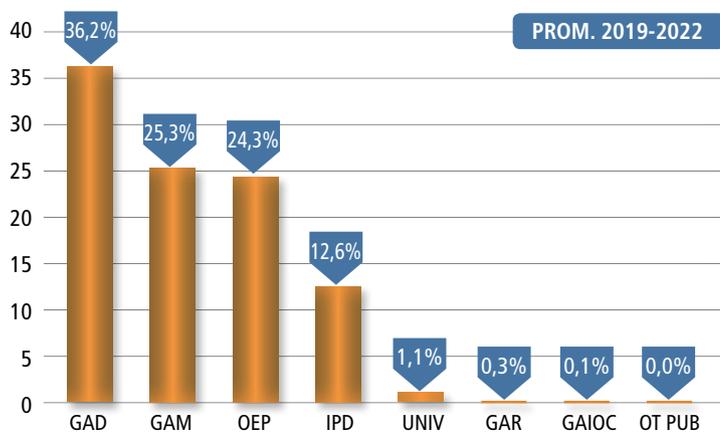
Respecto a las transferencias TGN, éstas representan 82,8% (\$us 1.235 millones) de los recursos provenientes del TGN mencionado anteriormente. Se observa que el TGN representa 68,2% del total de las transferencias, seguido por la coparticipación tributaria con 21,2%, IDH con 10%, IEHD con 0,4%, fondo de compensación departamental con 0,2% y el restante 0,1% de otras transferencias. Se hace referencia a esta fuente de financiamiento en específico debido a que en el periodo 2019-2022, e inclusive años anteriores, se ha registrado una disminución de las transferencias por TGN, IDH, IEHD y otras a excepción de la gestión 2020 (crisis sanitaria por Covid 19), las mismas repercuten en el gasto total de salud del sector público; por tal motivo, es necesario realizar un análisis exhaustivo de esta disminución y las causas y efectos en el sector público, con el objetivo de realizar acciones, como por ejemplo aplicar la eficiencia del gasto.

Agente de Financiamiento. En el Cuadro 8 se observa la estructura del gasto total en salud del sector público en el periodo 2019-2022, por agente de financiamiento, donde los recursos que fueron canalizados o ejecutados en actividades relacionadas con salud por los nueve GAD representan, en promedio, 36,2% (\$us 661,3 millones) del gasto total en salud, seguido por los 337 GAM, con 25,3% (461,3 millones); posteriormente se encuentran las entidades del Órgano del Estado, con 24,3% (443,8 millones); instituciones públicas descentralizadas, con 12,6% (\$us 230,2 millones) y el restante 1,6% (\$us 28,8 millones) se distribuye en otras entidades públicas, como son los GAIOC, GAR, universidades públicas y otras.

CUADRO 8
Agente: Gasto total en salud Sector Público en \$us y % (2019 - 2022)

ENTIDADES SECTOR PÚBLICO	2019	2020	2021	2022	2019-2022
Órganos del Estado Plurinacional	299.454.306 18,9%	616.616.242 31,0%	367.178.270 19,6%	492.203.410 26,5%	443.863.057 24,3%
Gobiernos Autónomos Departamentales	643.391.463 40,7%	675.568.606 33,9%	645.405.655 34,4%	681.109.178 36,7%	661.368.726 36,2%
Gobiernos Autónomos Regionales	2.094.823 0,1%	7.464.846 0,4%	1.796.352 0,1%	9.899.407 0,5%	5.313.857 0,3%
Gobiernos Autónomos Municipales	463.325.017 29,3%	524.354.459 26,3%	410.020.145 21,9%	447.594.238 24,1%	461.323.465 25,3%
Gobiernos Autónomos Indígenas Originarios Campesinos	2.081.813 0,1%	2.398.623 0,1%	2.399.737 0,1%	2.830.571 0,2%	2.427.686 0,1%
Universidades Públicas	18.290.113 1,2%	20.239.162 1,0%	23.795.789 1,3%	19.142.597 1,0%	20.366.915 1,1%
Instituciones Públicas Descentralizadas	152.154.639 9,6%	143.187.954 7,2%	425.077.736 22,7%	200.561.598 10,8%	230.245.481 12,6%
Otras Instituciones Públicas				917.020 0,0%	730.710 0,0%
TOTAL ENTIDADES SECTOR PÚBLICO	1.580.792.175 100%	1.991.105.004 100%	1.875.673.685 100%	1.854.258.018 100%	1.825.639.898 100%

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



Tipo de Gasto. En el Gráfico 17 se observa la estructura del gasto total en salud del sector público del periodo 2019-2022, por tipo de gasto, donde el gasto corriente en promedio representa 86,3% (\$us 1.575 millones) del gasto total en salud y el restante 13,7% (\$us 250,2 millones) corresponde al gasto de capital o FBKF.

Por otro lado, es importante identificar que, dentro de la estructura del gasto corriente en el periodo 2019-2022, los gastos relacionados con los recursos humanos (personal permanente, eventual, contrato en línea y contrato por producto), medicamentos e insumos y compra en atención especializada en salud por las entidades públicas representan, en promedio, 80,4% (\$us 1.265 millones).

GRÁFICO 17
Tipo: Gasto total en salud Sector Público en \$us y % (2019 - 2022)



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

4.4.2 Seguridad Social

Según la estructura organizacional de la Administración Pública, tomando en cuenta la naturaleza jurídica, nivel institucional y entidad para la administración de los recursos del Estado, y de acuerdo con competencias en la normativa vigente, se considera a las siguientes 15 instituciones de seguridad social dentro de la estructura pública: Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) dependiente del Ministerio de Defensa, Caja Nacional de Salud (CNS), Caja Petrolera de Salud

(CPS), Caja Bancaria Estatal de Salud (CBES), Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas (CCRA), Caja de Salud CORDES, Seguro Intsgral de Salud (SINEC), Seguro Social Universitario (SSU: La Paz, Cochabamba, Oruro, Potosí, Santa Cruz, Tarija, Beni y Sucre), dependientes del Ministerio de Salud y Deportes (MSD).

Por otro lado se encuentran las instituciones privadas de seguridad social que no se detallan en la anterior lista de la Administración Pública, como el caso de la Caja de Salud de la Banca Privada (CSBP) y seguros delegados de salud que corresponden a de entidades privadas.

El gasto de seguridad social que se presenta a continuación es un gasto consolidado y neteado, es decir que se excluyen los gastos de transferencias ejecutadas por la seguridad social hacia el sector público, e inversamente.

Considerando lo anteriormente descrito, se tiene que el gasto total en salud de la seguridad social representa una inversión por habitante asegurado de aproximadamente \$us 285,6 para la gestión 2022, de los cuales \$us 271,2 por habitante asegurado corresponden a gasto corriente en salud y el restante \$us 14,4 al gasto de capital por habitante asegurado. Por otra parte, el gasto total en salud de la Seguridad Social representa 2,2% del PIB para la gestión 2022.

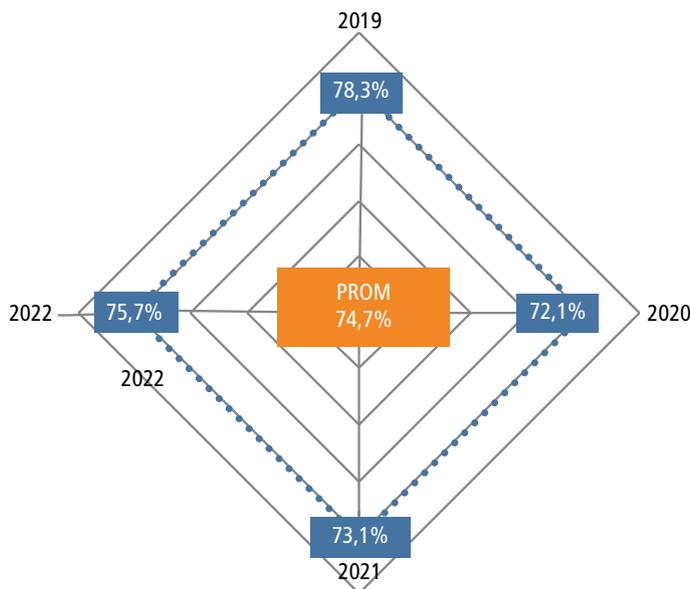
CUADRO 9
Indicadores: Gasto total en salud de la Seguridad Social en \$us y % (2019 - 2022)

INDICADORES	2019	2020	2021	2022	"Promedio (2019-2022)"
Inflación	1,5%	0,7%	0,9%	3,1%	1,5%
Tipo de cambio promedio	6,91	6,91	6,91	6,91	6,91
Tipo de cambio PPA	2,61	2,61	2,61	2,61	2,61
PIB BOLIVIA Nominal (\$us)	40.895.322.844	36.629.843.805	40.408.208.528	43.994.317.278	40.481.923.114
Población Bolivia	11.512.468	11.677.406	11.841.955	12.006.031	
Población Seguridad Social	nd	nd	nd	3.368.176	
PIB Bolivia Per Cápita (\$us)	3.552	3.137	3.412	3.664	3.441
Gasto Salud Bolivia (\$us)	3.096.063.769	3.637.373.645	3.476.229.152	3.514.631.741	3.431.074.577
Gasto Salud Seguridad Social (\$us)	917.377.309	986.548.847	893.770.012	961.902.602	939.899.692
Gasto Salud Seguridad Social / Gasto Salud Bolivia	29,6%	27,1%	25,7%	27,4%	27,4%
Gasto Salud Seguridad Social Per Cápita (\$us)	nd	nd	nd	285,6	
Gasto Salud Seguridad Social / PIB Bolivia	2,2%	2,7%	2,2%	2,2%	2,4%
Gasto Salud Seguridad Social Per Cápita PPA (\$us Int.)	nd	nd	nd	211,9	

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

Eficiencia Administrativa. El promedio de ejecución del presupuesto de gastos (ejecutado/presupuestado) en el periodo 2019-2022 para los entes gestores de la Seguridad Social fue de 74,7%, siendo el 2020 el que presenta una menor ejecución con 72,1%, caso contrario sucedió el 2019, donde la ejecución fue mayor, con 78,3%.

GRÁFICO 18
Ejecución: Gasto total en salud de la Seguridad Social en \$us y % (2020-2022)



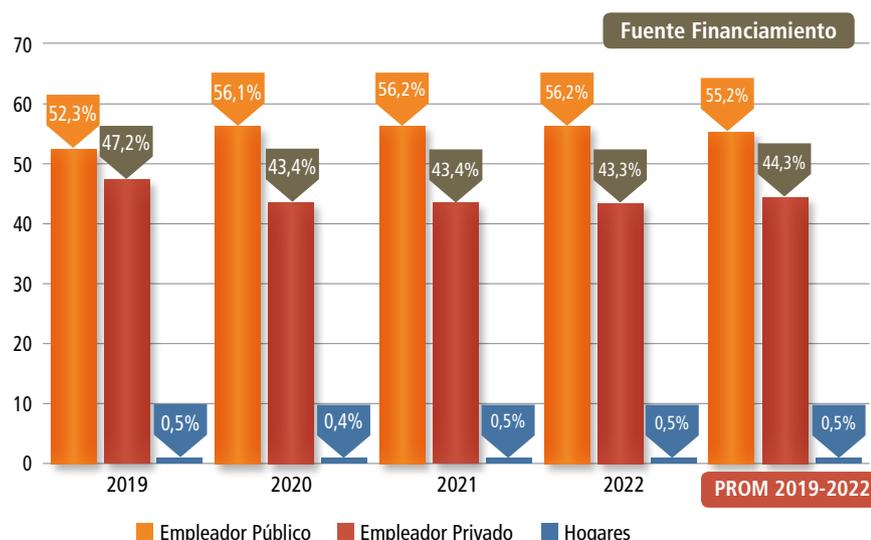
	2019	2020	2021	2022
Presupuesto	1.171.405.229	1.367.393.034	1.222.334.973	1.270.398.795
Ejecutado	917.377.309	986.548.847	893.770.012	961.902.602

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

Fuentes de Financiamiento. En el Gráfico 19 se observa la estructura del gasto total en salud de los entes gestores de la seguridad social para el periodo 2019-2022, por fuentes de financiamiento, donde los recursos provenientes de las fuentes denominadas empleadores públicos (cotizaciones de todos los trabajadores de las entidades de la Administración Pública) corresponden a 55,2% (\$us 519 millones) del gasto total en salud, seguido por las fuentes de empleadores privados (cotizaciones de todos los trabajadores con empleo formal de empresas privadas con y sin fines de lucro) con 44,3% (\$us 416,4 millones) del gasto total y el restante 0,5% (4,3 millones) se refiere a recursos provenientes de los hogares a través de la afiliación voluntaria a los entes gestores.

El modelo de financiamiento está basado en contribuciones o cotizaciones, donde la mayor parte del financiamiento de los entes gestores proviene de los aportes patronales, en menor proporción de aportes de jubilados rentistas y de otras fuentes, como se detalla a continuación: 1) Aporte patronal (principal fuente de financiamiento de los entes gestores y representa a 10% del total ganado por el trabajador), 2) Aporte de trabajadores jubilados (descuento de 3% de las pensiones de jubilación para asegurar a los jubilados el derecho a las atenciones en la seguridad social), 3) Aporte individual a través del seguro voluntario (aportes de los trabajadores que habiendo sido desvinculados de su fuente laboral deciden continuar asegurados en su ente gestor) y 4) Venta de servicios (son los ingresos al ente gestor generados en la venta de servicios a personas no aseguradas o a asegurados a otro ente gestor).

GRÁFICO 19
Financiamiento: Gasto total en salud de la Seguridad Social en \$us y % (2019 - 2022)

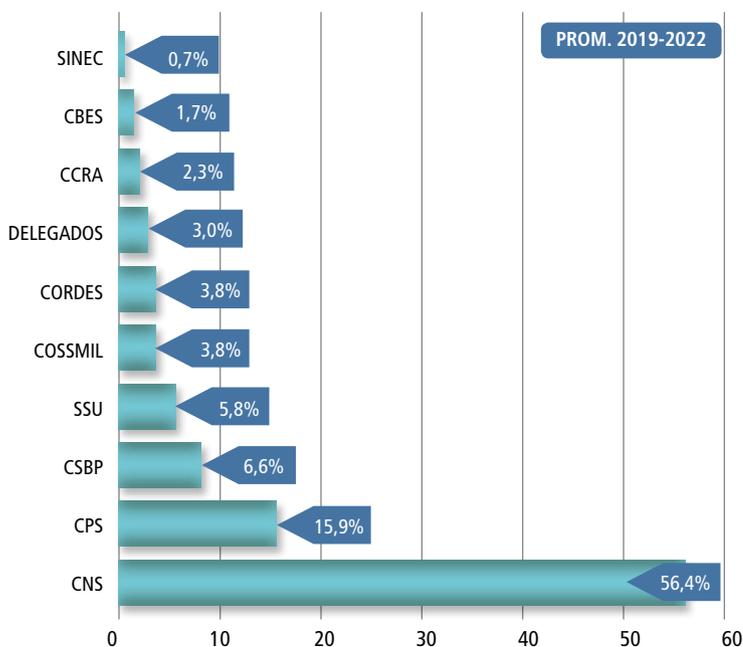


Fuente: Elaboración propia con información del MEFP, MSD, APS, MINJTI, SEG. SOC., INE (EH).

Agente de Financiamiento. En el Cuadro 10 se observa la estructura del gasto total en salud de la seguridad social en el periodo 2019-2022 por agente de financiamiento, donde los recursos que fueron canalizados o ejecutados en actividades relacionadas con salud por la CNS representan 56,4% (\$us 529,8 millones) del gasto total en salud, seguido por CPS con 15,9% (149 millones), posteriormente se encuentra CSBP con 6,6% (\$us 61,9 millones), Seguro Social Universitario con 5,8% (\$us 54,7 millones) y el restante 15,4% (\$us 144,3 millones) se distribuye en otros entes gestores (COSSMIL, CBES, CCRA, CORDES, SINEC y seguros delegados).

CUADRO 10
Agente: Gasto total en salud de la Seguridad Social en \$us y % (2019 - 2022)

ENTIDADES SEGURIDAD SOCIAL	2019	2020	2021	2022	2019-2022
Corporación del Seguro Social Militar	34.028.776 3,7%	39.245.721 4,0%	30.307.697 3,4%	39.222.031 4,1%	35.701.056 3,8%
Caja Nacional de Salud	520.705.832 56,8%	566.830.033 57,5%	472.740.777 52,9%	559.091.480 58,1%	529.842.030 56,4%
Caja Petrolera de Salud	146.388.792 16,0%	161.145.508 16,3%	150.325.818 16,8%	138.336.452 14,4%	149.049.142 15,9%
Caja Bancaria Estatal de Salud	12.637.176 1,4%	15.473.945 1,6%	19.719.156 2,2%	15.651.736 1,6%	15.870.503 1,7%
Caja de Salud de Caminos y Ramas Anexas	24.326.829 2,7%	20.715.433 2,1%	20.399.261 2,3%	21.804.189 2,3%	21.811.428 2,3%
Caja de Salud CORDES	33.078.164 3,6%	34.829.042 3,5%	37.918.882 4,2%	36.151.591 3,8%	35.494.420 3,8%
Seguro Social Universitario	55.400.923 6,0%	52.744.239 5,3%	54.801.154 6,1%	55.951.993 5,8%	54.724.577 5,8%
Seguro Integral de Salud	8.066.903 0,9%	6.492.811 0,7%	7.060.883 0,8%	6.554.483 0,7%	7.043.770 0,7%
Caja de la Banca Privada	56.655.297 6,2%	61.434.087 6,2%	71.308.945 8,0%	58.401.796 6,1%	61.950.031 6,6%
Seguros Delegados de Salud	26.088.617 2,8%	27.638.028 2,8%	29.187.440 3,3%	30.736.851 3,2%	28.412.734 3,0%
TOTAL ENTIDADES SEGURIDAD SOCIAL	917.377.309 100%	986.548.847 100%	893.770.012 100%	961.902.602 100%	939.899.692 100%

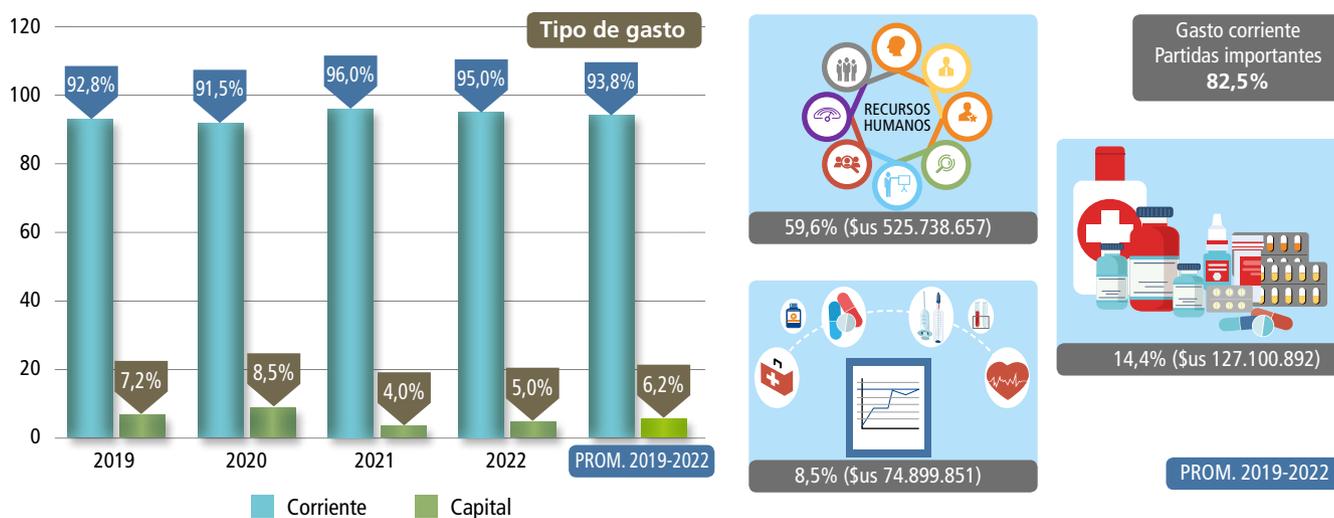


Fuente: Elaboración propia con información del MEFP, MSD, APS, MINJTI, SEG. SOC., INE (EH).

Tipo de Gasto. En el Gráfico 20 se observa la estructura del gasto total en salud de los entes gestores de la seguridad social en el periodo 2019-2022 por tipo de gasto, donde el gasto corriente en promedio representa 93,8% (\$us 881,6 millones) del gasto total en salud y el restante 6,2% (\$us 58,2 millones) corresponde al gasto de capital o FBKF.

Por otro lado, es importante identificar que dentro de la estructura del gasto corriente, en el periodo 2019-2022, los gastos relacionados con los recursos humanos (personal permanente, eventual, contrato en línea y contrato por producto), medicamentos e insumos y compra en atención especializada en salud por las entidades públicas representan, en promedio, 82,5% (\$us 727,7 millones).

GRÁFICO 20
Tipo: Gasto total en salud de la Seguridad Social en \$us y % (2019 - 2022)



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

Dentro de la seguridad social, es muy claro el problema de fragmentación del sistema de salud, con gastos corrientes per cápita muy diferenciados según el ente gestor en la cual la persona se encuentra afiliada. En efecto, se estima que el gasto corriente en salud por afiliado es 2,7 veces más elevado en la CPS (\$us 544 por afiliado) que en la CNS (\$us 200 por afiliado). La diferencia es aún más grande con las personas afiliadas en los seguros delegados, con 4,7 de diferencia (\$us 941 por afiliado).

Estas inequidades se deben principalmente a diferencias importantes en los ingresos de la población cotizante entre cajas de salud, pero también a la estructura familiar de la población afiliada: en la Caja de Salud, la población cotizante representa solamente 30,9% de la población afiliada (es decir que los beneficiarios que no aportan representan 69,1% de los afiliados), mientras en otras cajas, los afiliados cotizan más a través de sus empleadores.

GRÁFICO 21
Per cápita: Gasto corriente en salud por ente gestor en \$us (2022)



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

4.4.3 Sector Privado

Gasto de Hogares. Dentro del gasto total en salud, un importante factor de exclusión social es el gasto de bolsillo en salud; es decir, el gasto en salud asumido directamente por los hogares en el momento de la atención y servicio en salud (se excluyen dentro de esta categoría las primas de seguros y otros tipos de servicios de prepagos). Con la información de la EH 2021, se estima que, para la gestión 2022, el gasto de bolsillo de los hogares en salud ascendió a \$us 584,8 millones, representando aproximadamente 16,6% del gasto total en salud y cerca de 18,1% del gasto corriente en salud.

Si se comparan los datos estimados con los países de la región sudamericana, Bolivia es un país en el cual los gastos de bolsillo de los hogares representan una proporción relativamente inferior del gasto total en salud (16,6%), después de Uruguay (15,4%) y Colombia (13,7%). En cambio, Chile (30,3%), Paraguay (35,9%) y Ecuador (30,6%) son países que presentan una proporción mayor al 30% dentro de su estructura de gasto.

Analizando con mayor detalle la estructura del gasto de bolsillo en salud de los hogares a través de la EH 2021, se puede observar, en el Cuadro 11, que los hogares destinan su gasto en salud principalmente a la compra de medicamentos, los que durante el periodo 2019-2022

representaron, en promedio, 46,5% (\$us 260,6 millones) del gasto de bolsillo total en salud; seguido por el gasto en servicios hospitalarios, con 19% (\$us 106,3 millones); el gasto en servicios ambulatorio, con 16,9% (\$us 94,8 millones); gasto en servicios auxiliares, con 10,7% (\$us 59,8 millones); y el restante 6,8% (\$us 38,2 millones) del gasto se destina a la compra de aparatos en salud.

Para el presente análisis se utilizaron las Encuestas de Hogares 2019 y 2021 (última base de datos), debido a que el INE, si bien realizó la EH 2022, esta no fue liberada ni expuesta en su página web; por lo tanto, para la gestión 2022 se utilizó las proyecciones lineales de acuerdo con las EH de años anteriores.

CUADRO 11
Hogares: Gasto de bolsillo total en salud en \$us y % (2019 - 2022)

CATEGORÍA GASTO	2019	2020	2021	2022	2019-2022
Gasto en medicamentos	240.611.412	253.875.110	267.138.809	281.018.541	260.660.968
	48,1%	46,0%	44,3%	48,0%	46,5%
Gasto en servicios ambulatorios	84.047.125	93.658.103	103.269.082	98.498.889	94.868.300
	16,8%	17,0%	17,1%	16,8%	16,9%
Gasto en servicios hospitalarios	90.526.418	107.378.996	124.231.574	103.346.383	106.370.843
	18,1%	19,5%	20,6%	17,7%	19,0%
Gasto en servicios auxiliares	52.260.210	59.020.273	65.780.336	62.467.808	59.882.157
	10,4%	10,7%	10,9%	10,7%	10,7%
Gasto en aparatos (salud)	33.071.116	37.848.456	42.625.797	39.539.337	38.271.176
	6,6%	6,9%	7,1%	6,8%	6,8%
GASTO DE BOLSILLO TOTAL	500.516.281	551.780.939	603.045.597	584.870.958	560.053.444
	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con información del INE (EH 2021).

Sin embargo, se estima que el gasto de bolsillo utilizado para cubrir el consumo de salud por parte de los hogares no concierne a la totalidad de los mismos, ya que para el año 2021, solo 44,2% de los hogares realizaron algún gasto de bolsillo de cualquier tipo (Ver Cuadro 12).

Asimismo, se estima que 41,3% de los hogares realizó algún gasto de bolsillo en la compra de medicamentos y 13,2% pagó consultas externas. Adicionalmente, se observa que el gasto de bolsillo es un mecanismo de exclusión, ya que muchos hogares no acceden a la atención en salud por no poder realizar el gasto de bolsillo. En efecto, si se consideran los ingresos económicos de los hogares, solo 35,3% de los hogares del quintil 1 (20% de los hogares más pobres) pudo realizar algún gasto de bolsillo en salud, mientras que 48,9% de los hogares del quintil 5 lo hizo (Ver Cuadro 12). Estas diferencias explican que un porcentaje mayor del gasto de bolsillo total está ejecutado por los hogares más ricos (que además cuentan con menos población debido a la estructura del hogar, compuesto por menos miembros). Por otro lado, se estima en 46,9% la proporción del gasto de bolsillo que fue ejecutado por hogares urbanos, contra 37,8% de hogares rurales.

CUADRO 12
Hogares: Gasto de bolsillo total en salud por categoría y característica en % (2021)

CARACTERÍSTICA	Medicamentos	Servicios ambulatorios	Servicios hospitalarios	Servicios auxiliares	Aparatos	TOTAL
Área de Residencia						
Área urbana	43,5%	15,3%	1,6%	6,5%	3,7%	46,9%
Área rural	36,0%	8,2%	1,1%	2,7%	1,5%	37,8%
Incidencia de Pobreza						
Pobreza extrema	25,1%	6,2%	0,6%	1,7%	1,3%	27,0%
Pobreza moderada	37,6%	11,1%	1,2%	3,5%	2,0%	40,4%
No pobre	45,6%	15,2%	1,7%	6,8%	3,8%	48,7%
Quintil de Ingreso Hogar						
Quintil 1	33,1%	8,6%	1,0%	2,8%	1,8%	35,3%
Quintil 2	40,8%	12,1%	1,3%	4,6%	1,9%	43,3%
Quintil 3	43,0%	14,1%	1,5%	5,8%	3,0%	46,2%
Quintil 4	44,3%	14,8%	1,7%	6,1%	3,6%	47,2%
Quintil 5	45,3%	16,2%	1,7%	7,7%	5,1%	48,9%
Departamento						
Chuquisaca	45,7%	9,5%	0,7%	3,4%	2,5%	47,0%
La Paz	32,8%	10,0%	1,2%	2,5%	3,9%	37,7%
Cochabamba	46,5%	13,2%	1,3%	5,2%	2,8%	48,9%
Oruro	41,7%	16,3%	0,7%	2,9%	5,0%	43,9%
Potosí	15,8%	5,8%	0,8%	1,2%	0,5%	17,1%
Tarija	45,6%	20,3%	1,4%	5,8%	4,0%	51,4%
Santa Cruz	55,0%	18,4%	2,4%	10,3%	3,2%	56,9%
Beni	19,2%	5,6%	0,9%	3,5%	0,9%	21,1%
Pando	23,3%	5,2%	1,4%	4,0%	1,2%	26,1%
Género						
Hombre	41,2%	12,5%	1,4%	5,0%	2,9%	43,8%
Mujer	41,4%	13,8%	1,5%	5,8%	3,3%	44,5%
Nivel Educativo						
Ninguno	38,6%	12,1%	1,0%	3,8%	0,8%	40,5%
Primaria	39,0%	11,3%	1,1%	4,4%	2,6%	41,4%
Secundaria	40,2%	11,6%	1,6%	5,1%	2,8%	43,1%
Superior	47,9%	18,1%	2,0%	8,6%	6,3%	52,2%
Otros	51,4%	18,0%	1,6%	12,9%	2,0%	55,0%
BOLIVIA	41,3%	13,2%	1,5%	5,4%	3,1%	44,2%

Fuente: Elaboración propia con información del INE (EH 2021).

CUADRO 12

Hogares: Gasto de bolsillo total en salud por categoría y característica en % (2021)

CARACTERÍSTICA	Gasto de bolsillo Per cápita	Ingreso Total Per cápita	Gasto de bolsillo en % del ingreso total
Área de Residencia			
Área urbana	126	2.781	4,5%
Área rural	82	1.700	4,8%
Incidencia de Pobreza			
Pobreza extrema	66	416	15,8%
Pobreza moderada	118	2.717	4,4%
No pobre	131	3.359	3,9%
Quintil de Ingreso Hogar			
Quintil 1	82	591	13,8%
Quintil 2	90	1.240	7,3%
Quintil 3	96	1.867	5,1%
Quintil 4	112	2.780	4,0%
Quintil 5	181	5.825	3,1%
Departamento			
Chuquisaca	68	1.901	3,6%
La Paz	99	2.437	4,1%
Cochabamba	93	2.439	3,8%
Oruro	117	2.274	5,1%
Potosí	109	1.714	6,4%
Tarija	140	2.564	5,5%
Santa Cruz	138	2.814	4,9%
Beni	103	2.544	4,0%
Pando	161	2.309	7,0%
Género			
Hombre	117	2.552	4,6%
Mujer	113	2.374	4,7%
Nivel Educativo			
Ninguno	71	1.694	4,2%
Primaria	92	1.948	4,7%
Secundaria	102	2.339	4,3%
Superior	188	4.018	4,7%
Otros	184	2.762	6,7%
BOLIVIA	115	2.461	4,7%

Fuente: Elaboración propia con información del INE (EH 2021).

En términos per cápita, se estima que para la gestión 2021, el gasto de bolsillo de los hogares fue de \$us 115 por habitante (anual), de los cuales \$us 50,8 corresponden a medicamentos y productos farmacéuticos, \$us 19,6 a servicios de consulta externa o ambulatorio, \$us 23,6 a servicios de internación hospitalaria, \$us 12,5 al pago de servicios auxiliares y \$us 8,1 a otros relacionados a aparatos de salud (Ver Cuadro 13).

Por grupo de población, se observa que el gasto de bolsillo per cápita fue 2,2 veces más elevado en el quintil de ingreso 5 (\$us 181 por habitante y por año) que en el quintil de ingreso 1 (\$us 82 por habitante y por año), 1,5 veces más elevado en el área urbana (\$us 126 por habitante y año) que en el área rural (\$us 82 por habitante y año).

Seguros Privados. Dentro del gasto del sector privado se encuentra el gasto en seguros de salud y/o accidentes correspondientes a las primas generadas para personas, ya sea a través de los hogares o empresas privadas. Para el periodo de análisis, el promedio del gasto en seguros de salud asciende a \$us 107,6 millones, siendo el de mayor importancia los seguros generales con 50% (\$us 53,8 millones); seguido por el seguro de personas, con 31,1% (\$us 33,4 millones); seguros obligatorios, como el SOAT y SOATC, con 16,6% (\$us 17,8 millones) y el restante 2,3% (\$us 2,4 millones) corresponde a servicios prepago.

CUADRO 13
Gasto en seguros privados en \$us (2019-2022)

SEGUROS PRIVADOS	2019	2020	2021	2022	2019-2022
SEGUROS GENERALES	50.111.000	55.035.000	55.246.000	55.015.000	53.851.750
Salud o enfermedad	41.164.000	47.299.000	47.014.000	46.729.000	45.551.500
Accidentes personales	8.947.000	7.736.000	8.232.000	8.286.000	8.300.250
SEGUROS OBLIGATORIOS	18.219.004	19.341.855	13.533.858	19.721.163	17.834.542
Accidentes de tránsito	18.219.004	19.341.855	13.356.453	19.376.281	17.573.398
Accidentes de construcción			177.406	344.883	261.144
SEGUROS DE PERSONAS	29.048.000	33.562.000	34.960.000	36.421.000	33.497.750
Salud o enfermedad	22.642.000	27.866.000	29.186.000	30.125.000	27.454.750
Accidentes personales	6.406.000	5.696.000	5.774.000	6.296.000	6.043.000
SERVICIOS PREPAGO				2.443.000	2.443.000
Salud o enfermedad				2.443.000	2.443.000
TOTAL	97.378.004	107.938.855	103.739.858	113.600.163	107.627.042

Fuente: Elaboración propia con información de la APS.

Otros Privados. Dentro del sector privado se encuentran las ISFL internas y externas correspondientes a ONG, fundaciones y responsabilidad social de las empresas que canalizaron y ejecutaron recursos destinados al sector salud; los mismos, debido a la no disponibilidad de información, no fueron incluidas en la estimación del gasto total en salud. Por otro lado, según estimaciones realizadas en Cuentas de Salud anteriores, estas ISFL corresponden, en promedio, al 2,5% del gasto total en salud.

La oferta de servicios de salud es el conjunto de recursos que presenta el sistema de salud en Bolivia para poder atender y contener las diferentes necesidades de salud de la población en general. Esta oferta de servicios de salud se encuentra reflejada en la cantidad y capacidad resolutive de recursos físicos (establecimientos de salud), recursos humanos y recursos tecnológicos con los que cuenta el sistema de salud; para este cometido, dada la disponibilidad de información, se considera en el análisis los recursos físicos y recursos humanos para la gestión 2022. Se describirá la situación de cada uno de ellos a excepción de los recursos tecnológicos (equipamiento):

5.1 RECURSOS FÍSICOS

5.1.1 Establecimientos de salud

De acuerdo con la información proporcionada por el SNIS, a través de su página web, en el apartado reportes dinámicos - estructura de establecimientos se tiene que, para la gestión 2022, se habrían registrado 4.195 establecimientos de salud, de los cuales 81,3% (3.410) pertenecía al sector público en los tres niveles administrativos (nacional, departamental y municipal) de acuerdo con el ámbito competencial que presentan; posteriormente, se tiene los establecimientos pertenecientes al sector privado lucrativo (397) y no lucrativo (125), con 12,4% (522 en total), y el restante 6,3% de los establecimientos pertenecen a la Seguridad Social de Corto Plazo, a través de los entes gestores (263).

En el caso de la Seguridad Social de Corto Plazo, los entes gestores compran servicios y/o realizan convenios para que su población afiliada tenga atención de salud en lugares donde no presentan establecimientos de salud propios, alquilados o no cuentan con la tecnología adecuada; en especial en el área rural, donde la accesibilidad a servicios de salud es limitada y esencial. Por otro lado, en el caso de los establecimientos de salud privados registrados en la base de datos del SNIS, no representan la totalidad de establecimientos disipados en el territorio nacional; es decir que, en este caso, la información se encuentra subestimada por el subregistro que se presenta.

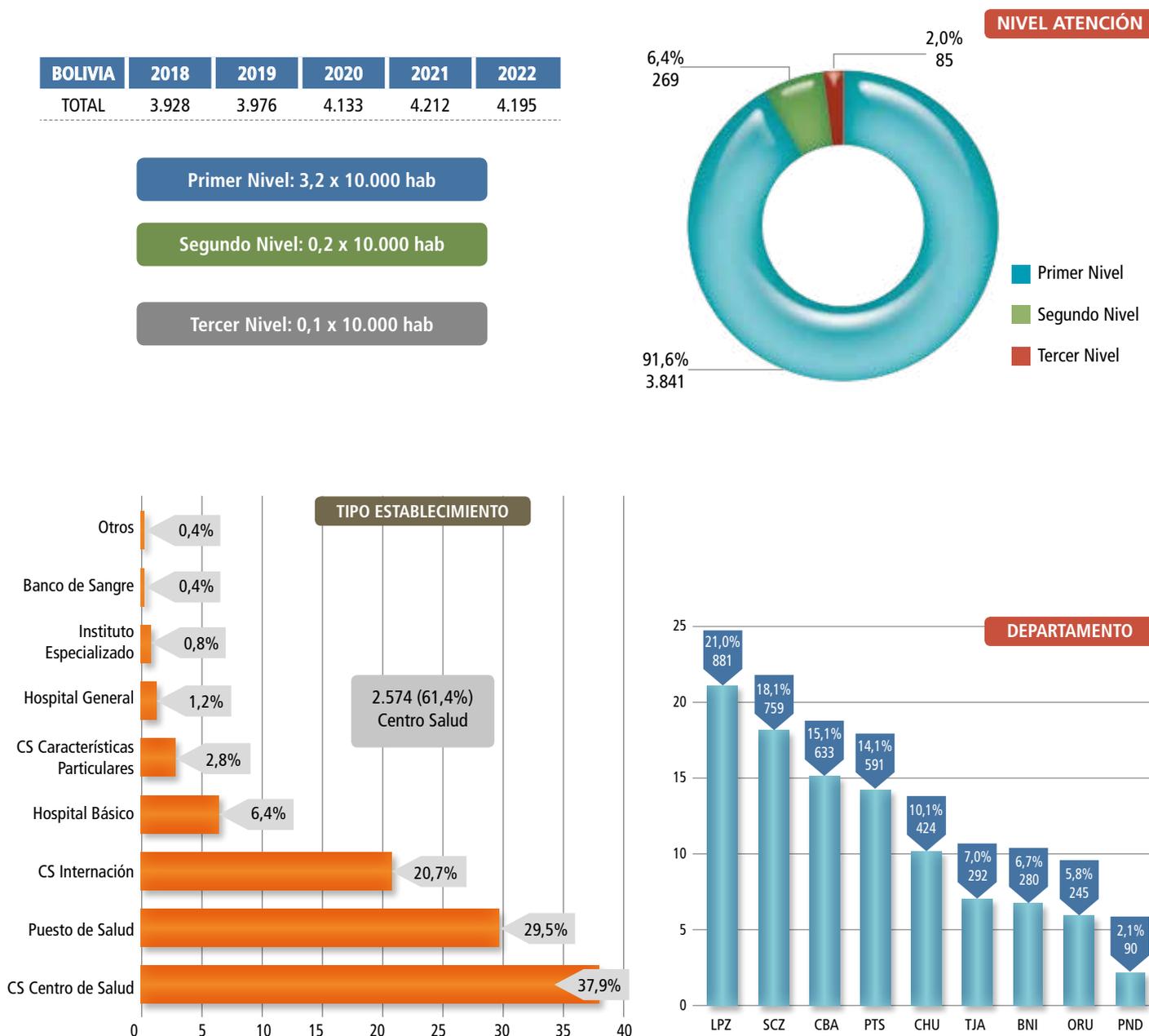
Nivel de Atención. Si clasificamos los establecimientos de salud registrados en el SNIS, considerando el nivel de atención de salud, se tiene que 91,6% (3.841) de los establecimientos pertenece al primer nivel de atención; posteriormente se encuentran los establecimientos de segundo nivel, con 6,4% (269), y el restante 2% (85) de los establecimientos pertenece al tercer nivel de atención. En el sector público, el primer y segundo nivel de atención son administrados por los municipios (GAM y GAIOC) y el tercer nivel es administrado por los GAD, aunque el nivel central, a través del MSD, financia estos establecimientos a partir de la implementación del SUS.

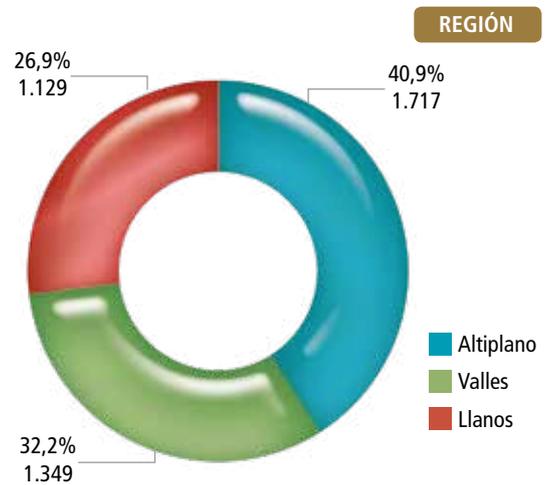
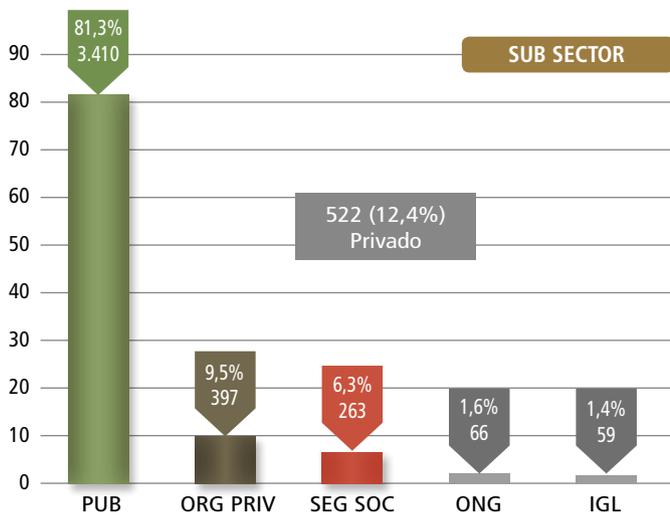
Por otro lado, la estructura de establecimientos del primer nivel de atención reflejada en el presente estudio está compuesta por: Puestos de salud, centros de salud (ambulatorio, integral, clínica, vecinal, policlínico y policonsultorio), centros de salud con internación (se encuentra los centros de aislamiento) y centros de salud con características particulares

(CDVIR, nuclear, hemodiálisis, discapacidad, oncológico y otros específicos), banco de sangre y otros (vacunatorio, diagnóstico, centro de coordinación de emergencias de salud y desastres).

Con relación a la estructura de establecimientos de segundo nivel de atención, está compuesta por hospitales básicos, municipales, clínicas y otros establecimientos que tengan la característica y complejidad en el servicio de salud de un segundo nivel de atención. En el caso del tercer nivel de atención, la estructura de establecimientos de salud está compuesta por hospitales generales, clínicas (complejidad de tercer nivel) e institutos especializados.

GRÁFICO 22
Establecimientos de Salud (2022)





Fuente: Elaboración propia con información del SNIS.

Ubicación geográfica. Los establecimientos de salud ubicados en la región Altiplano ascienden a 1.717 y representan 40,9% del total de establecimientos registrados por el SNIS; seguido por la región de los Valles, región en la que se encuentran 1.349 establecimientos que representan el 32,2%; y con respecto a la región de los Llanos, éste representa 26,9% (1.129 establecimientos) del total registrado. Por otro lado, en el Gráfico 22 se observa que en el eje troncal se encuentran diseminados 54,2% (2.273) del total de los establecimientos registrados en el SNIS, siendo el departamento de La Paz el que presenta una mayor cantidad de establecimientos, con 21% (881); caso contrario sucede con el departamento de Pando, que representa 2,1% (90) del total registrado.

Indicadores. Según los datos descritos, la disponibilidad de infraestructura de salud por niveles de atención, todos por cada 10.000 habitantes, para la gestión 2022, presenta los siguientes indicadores:

- Primer Nivel de Atención.** Se tiene 3,2 establecimientos de primer nivel de atención por cada 10.000 habitantes.
- Segundo Nivel de Atención.** Se tiene 0,2 establecimientos de segundo nivel de atención por cada 10.000 habitantes.
- Tercer Nivel de Atención.** Se tiene 0,1 establecimientos de tercer nivel de atención por cada 10.000 habitantes.

En un periodo de cinco años se incrementaron los establecimientos de salud en Bolivia, de 3.928 establecimientos, el 2018, a 4.195 establecimientos, el 2022; es decir, existió un crecimiento positivo de 6,8% (267 adicionales) en este lapso de tiempo.

5.1.2 Disponibilidad de camas

Para el análisis de disponibilidad de camas en el sistema de salud se consideraron las camas censables de internación y Unidad de Terapia Intensiva (UTI) en los tres sectores (público, seguridad social y privado), correspondiente al segundo y tercer nivel de atención (hospitalización); es decir, se excluyen en este análisis las camas de atención transitoria del primer nivel de atención, en conformidad con estándares internacionales.

En el caso de la Seguridad Social, existe compra de servicios en lugares donde no se cuenta con infraestructura y equipamiento adecuado para el nivel de atención requerido por sus afiliados

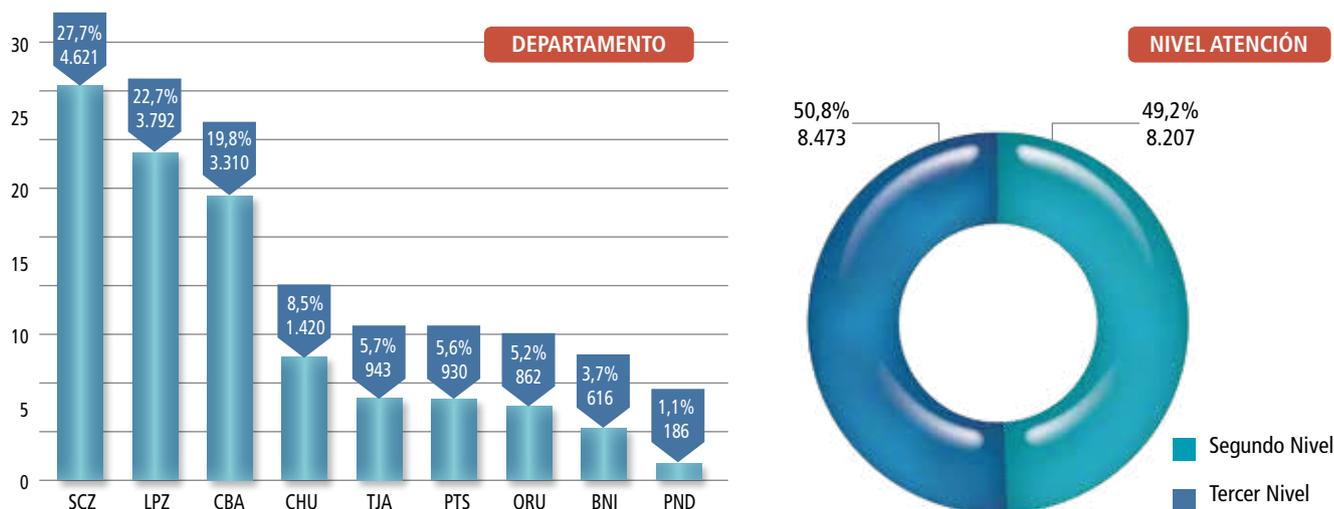
(necesidad de cama de internación y/o UTI); en ese sentido, la cantidad disponible de camas de los entes gestores registrados puede resultar limitada; por otra parte, en el caso del sector privado, existe un subregistro en la información debido a que no todos los establecimientos de salud privados (lucrativos y no lucrativos) se encuentran registrados en la base de datos del SNIS; por lo tanto, la cantidad de camas estimadas es inferior a lo que en verdad resulta ser.

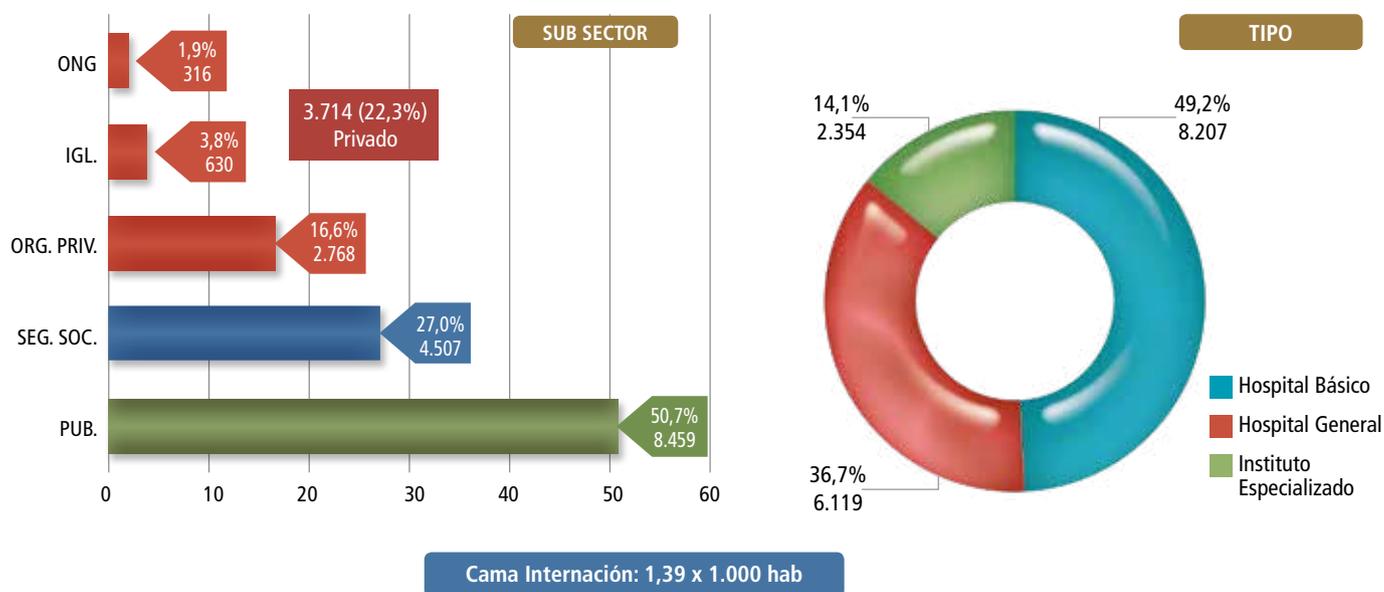
Camas de internación. De acuerdo con la información proporcionada por el SNIS, a través del Registro Único de Establecimientos en Salud (RUES), para la gestión 2022 se habrían registrado 16.680 camas censables de internación, de las cuales 50,7% (3.410 camas) pertenecía al sector público; seguido por 27% (4.507 camas) de la seguridad social y el restante 22,3% (3.714 camas) se refiere al sector privado (distribuidos en organismos privados, con 16,6%; la Iglesia con 3,8% y ONG con 1,9%). Por otro lado, con referencia a la distribución de las camas de internación por nivel de atención se tiene que 50,8% (8.473 camas) corresponde al tercer nivel de atención (distribuidos en establecimientos de salud denominados Hospital General, con 36,7%, e institutos especializados con 14,1%), y el restante 49,2% (8.207 camas) se encuentra disponible en el segundo nivel de atención (hospital básico).

Con respecto a la distribución de la disponibilidad de camas de internación por departamento, el eje troncal presenta la mayor cantidad de camas disponibles, con 70,3%, de los cuales 27,7% (4.621 camas) se encuentra en Santa Cruz; seguido por La Paz y Cochabamba, con 22,7% (3.792 camas) y 19,8% (3.310 camas), respectivamente; lo contrario sucede con Beni y Pando que presentan una menor cantidad de camas disponibles, con 3,2% (616 camas) y 1,1% (186 camas), respectivamente.

Como indicador nacional se tienen 1,3 camas de internación por cada 1.000 habitantes; pero en el ámbito departamental se presentan importantes inequidades, con menos camas de internación en Potosí (1,02), Beni (1,14) y Pando (1,19) por cada 1.000 habitantes, frente a un mayor número de camas de internación en Chuquisaca, donde se disponen de 2,15 camas por cada 1.000 habitantes.

GRÁFICO 23
Camas de Internación (2022)





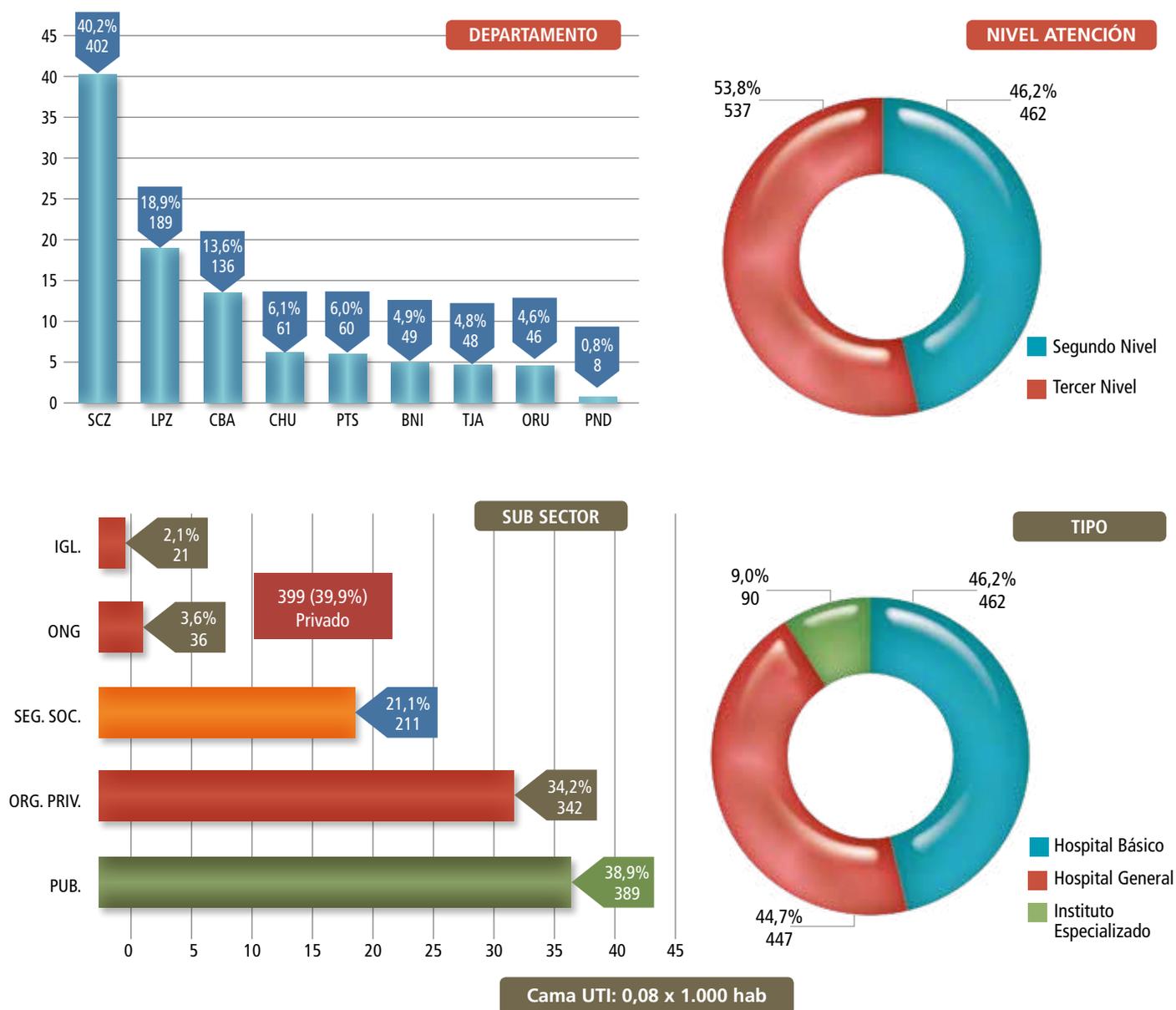
Fuente: Elaboración propia con información del SNIS (RUES).

Según los indicadores de la OMS/OPS, deberían existir 2,5 camas de internación por cada 1.000 habitantes, considerando el dato de 1,39 camas de internación por cada 1.000 habitantes en Bolivia, existe un déficit de 1,11 camas de internación por cada 1.000 habitantes.

Camas de UTI. De acuerdo con la información proporcionada por SNIS, a través del RUES, para la gestión 2022 se habrían registrado 999 camas censables de UTI, de las cuales 39,9% (399 camas) pertenecía al sector privado (distribuidos en organismos privados, con 16,6%; Iglesia, con 3,8%; y ONG, con 1,9%), seguido por 38,9% (389 camas) correspondiente al sector público y el restante 21,1% (211 camas) a seguridad social. Por otro lado, respecto a la distribución de las camas de UTI por nivel de atención se tiene que 53,8% (537 camas) corresponde al tercer nivel de atención (distribuidos en establecimientos de salud denominados hospital general, con 44,7%, e institutos especializados, con 9%) y el restante 46,2% (462 camas) se encuentra disponible en el tercer nivel de atención (hospital básico).

Con respecto a la distribución de la disponibilidad de camas de UTI por departamento, el eje troncal presenta la mayor cantidad de camas disponibles, con 72,8%; de las cuales 40,2% (402 camas) se encuentra en Santa Cruz; seguido por La Paz y Cochabamba, con 18,9% (189 camas) y 13,6% (136 camas), respectivamente. Lo contrario sucede con Tarija y Pando que presentan una menor cantidad de camas disponibles, con 4,6% (46 camas) y 0,8% (8 camas), respectivamente.

GRÁFICO 24
Camas de UTI (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del SNIS (RUES).

Como indicador nacional se tiene 0,08 camas de UTI por cada 1.000 habitantes. En el ámbito departamental se presentan importantes inequidades, con menos camas de internación en Pando, La Paz y Cochabamba, con 0,05, 0,06 y 0,06 camas de UTI por cada 1.000 habitantes, respectivamente; y un mayor número de camas de internación en Santa Cruz, con 0,12 por cada 1.000 habitantes.

Productividad camas. La cama hospitalaria es uno de los recursos más importante del sistema hospitalario de cualquier sistema de salud, por este motivo debe considerarse la productividad de la misma, para tal efecto se utiliza el índice de ocupación de camas y los días promedio de estadía.

Índice de ocupación. Es la proporción media en período de tiempo en el que las camas han estado realmente ocupadas por algún paciente respecto a su capacidad máxima de ocupación, expresada en porcentaje; el nivel que se considera óptimo es de 80%. Para la gestión 2022,

según la producción de servicios del SNIS, el índice de ocupación de camas en Bolivia fue de 48,6%, considerando todos los sectores, lo que mostraría ineficiencia (Sector público con 52,6%, Seguridad Social con 53,7% y Sector privado con 30,8%).

Días promedio de estadía. Es la suma total de estancias en un período, dividida por el total de episodios de hospitalización en el mismo período. Para la gestión 2022, según la producción de servicios del SNIS, el promedio de estadía para Bolivia fue de 6,1 días. (Sector público 7,4 días, Seguridad Social 5,7 días y Sector privado 3,7 días).

CUADRO 14
Índice de ocupación y días promedio de estadía (Gestión 2020 - 2022)

INDICADORES	2020	2021	2022
% ocupación	51,4%	46,6%	48,6%
Días promedio de estadía	6,1	6,0	6,1

Fuente: Elaboración propia con información del SNIS.

Según los indicadores de la OMS/OPS, el porcentaje de ocupación óptimo de camas se encuentra a partir de 80%. En Bolivia, según la información del SNIS para la gestión 2022, la ocupación de camas fue de 48,6%, con una diferencia de 31,4% de subutilización.

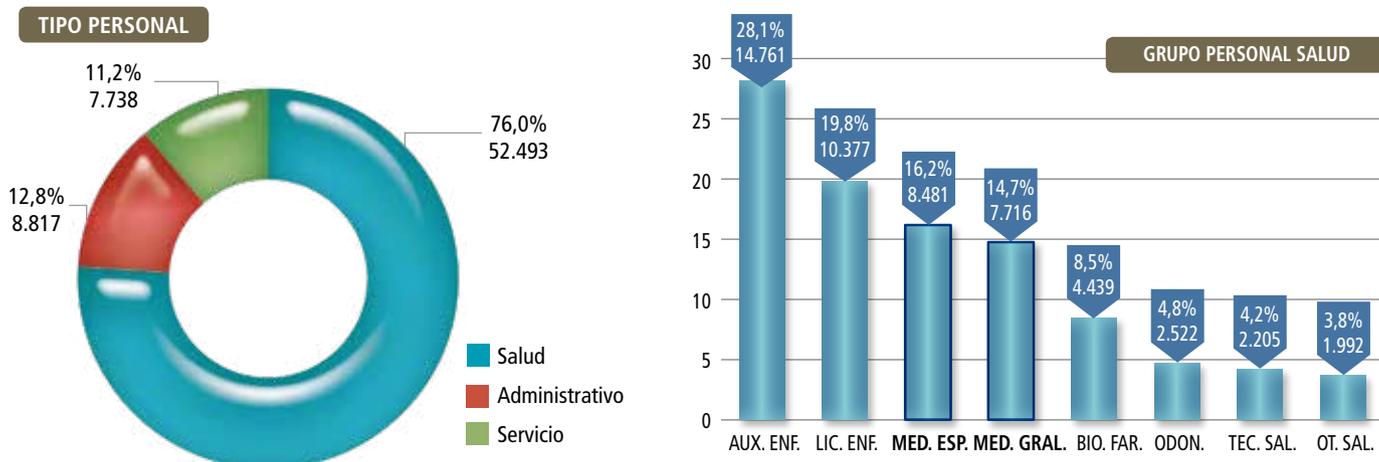
5.2 RECURSOS HUMANOS

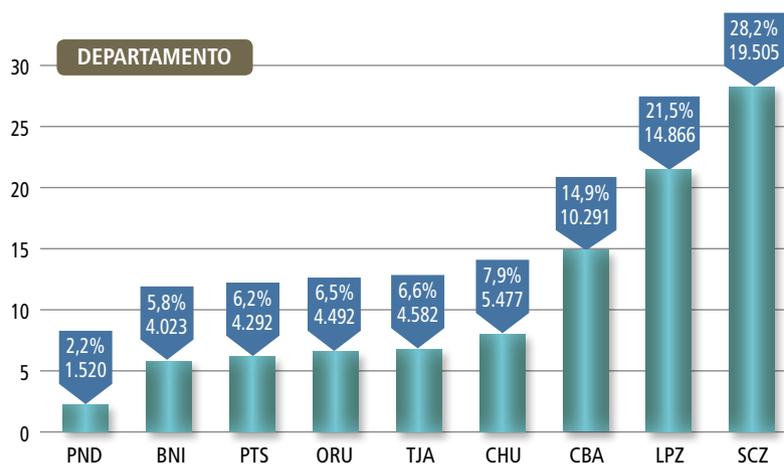
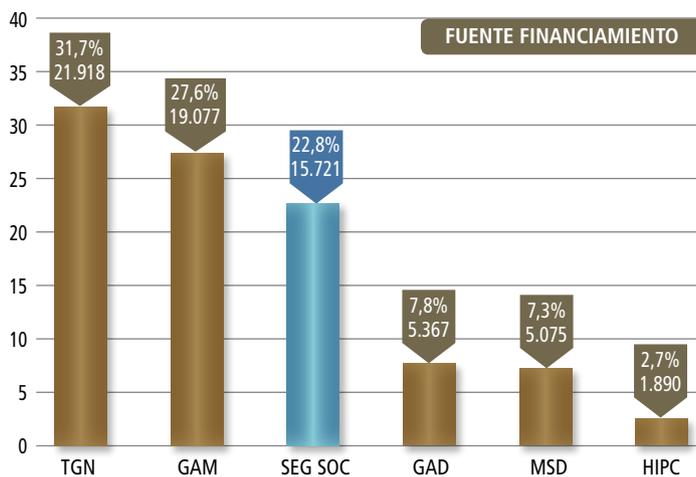
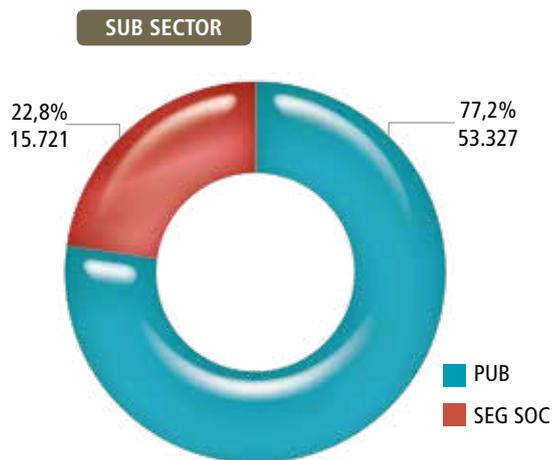
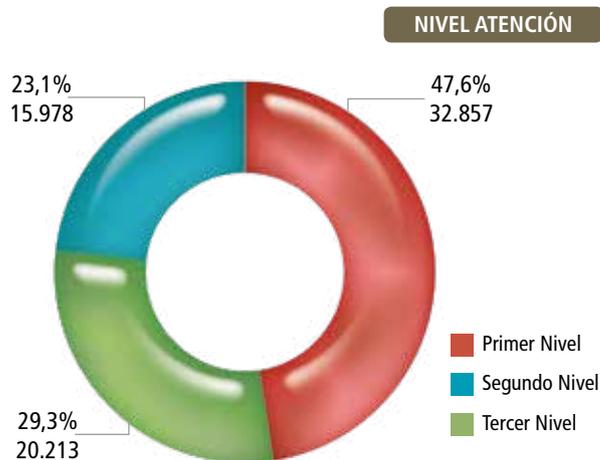
Según datos obtenidos del SNIS, a través de la plataforma RUES, se estima que en el sector salud, en la gestión 2022, estaban empleados 69.048 trabajadores, considerando el concepto de equivalente tiempo completo (ETC: es decir, contando como 0,5 persona a un trabajador que presentaba algún contrato o ítem de medio tiempo) en los diferentes establecimientos del sector público y seguridad social. Para un mejor análisis, este personal contemplado en el registro se diferenció en las siguientes categorías: profesionales y técnicos en salud, administrativos, otros profesionales, personal de apoyo administrativo y personal de servicios generales, donde las últimas cuatro categorías se agruparon en personal administrativo y personal de servicio.

Tipo de personal. Según los registros analizados a través del RUES, la gestión 2022 presenta dentro de su estructura la siguiente composición: 76% (52.493 ETC) corresponde a profesionales y técnicos de salud; seguido por el personal administrativo, con 12,8% (8.817 ETC); y el restante 11,2% (7.738 ETC) se refiere al personal de servicio; por lo tanto, de 1.000 personas trabajando en el sector salud en los diferentes establecimientos del sector público y seguridad social, 760 corresponde a personal de salud y a 240 personal administrativo/servicio.

GRÁFICO 25

Recursos Humanos en ETC: Sector Público y Seguridad Social (2022)





Fuente: Elaboración propia con información del SNIS (RUES).

Grupo Personal Salud. Con referencia al personal de salud por tipo de profesional o técnico de salud, éste presenta la siguiente estructura: el personal de enfermería alcanza a 47,9% (licenciada en Enfermería 19,8% y Auxiliar de Enfermería 28,1%); personal médico; 30,9% (médico general 14,7% y médico especialista 16,2%); profesional bioquímico y farmacéutico, 8,5%; odontólogo, 4,8%; técnico en salud, 4,2%; y otros de salud, 3,8%.

Nivel de Atención. Considerando la distribución de todo el personal registrado por nivel de atención de salud se presenta la siguiente estructura: en el primer nivel de atención se encuentra empleado 47,6% (32.857 ETC) del personal registrado; en el caso del segundo nivel de atención se tiene registrado 23,1% (15.978 ETC) del personal; y con relación al tercer nivel de atención, éste presenta 29,3% (20.213 ETC) del personal.

Tipo de Establecimiento. Considerando la estructura de establecimientos de salud, el personal de salud, administrativo y servicio se distribuye de la siguiente manera: Centro de Salud, con 32,2% (22.212 ETC); hospital básico, con 23,1% (15.978 ETC); hospital general, con 21,4% (14.752 ETC); centro de salud con internación. con 10,5% (7.266 ETC); institutos especializados. con 7,9% (5.461 ETC); puestos de salud, con 3,7% (2.569 ETC); establecimientos de salud con características particulares, con 0,7% (451 ETC); banco de sangre, con 0,5% (349 ETC); y el restante 0,01% (10 ETC) se refiere a otros establecimientos que no fueron mencionados anteriormente.

Subsector. De acuerdo con el tipo de subsector se tiene que 77,2% (53.327 ETC) del personal de salud, administrativo y servicio pertenece al sector público y el restante 22,8% (15.721 ETC) del personal, a los entes gestores de la seguridad social de corto plazo.

Fuente de Financiamiento. Considerando la distribución de personal de salud, administrativo y servicio por fuente de financiamiento se presenta la siguiente estructura: ítemes nacionales TGN y HIPC distribuidos a los 9 SEDES para establecimientos de salud públicos, con 31,7% y 2,7% (21.918 ETC y 1.890 ETC), respectivamente; posteriormente se encuentran contratos y personal eventual de los GAM a establecimientos de salud públicos, con 27,6% (19.077 ETC); seguido por las diferentes entidades de seguridad social, con 22,8% (15.721 ETC); contratos denominados ley financiera IDH de los GAD a establecimientos de salud públicos, con 7,8% (5.367 ETC); y el restante 7,3% (5.075 ETC) se refiere a ítemes ministeriales para apoyo a programas nacionales y regionales, como Mi Salud, SAFCI, Bono Juana Azurduy, Servicio Social Rural Obligatorio, entre otros.

Departamento. Por otro lado, en el Gráfico 25 se observa que en el eje troncal se encuentran distribuidos el 64,7% (44.662 ETC) del personal de salud, administrativo y servicio, siendo el departamento de Santa Cruz el que presenta una mayor cantidad de personal adscrito a su ámbito geográfico, con 28,2% (19.505 ETC); caso contrario sucede con el departamento de Pando que representa 2,2% (1.520 ETC) del total del personal.

Indicadores. Según los datos descritos anteriormente, la disponibilidad de personal por cada 10.000 habitantes para la gestión 2022 presenta los siguientes indicadores:

 **Médico Especialista.** Se tiene 7,1 por cada 10.000 habitantes.

 **Médico General.** Se tiene 6,4 por cada 10.000 habitantes.

 **Licenciada de Enfermería.** Se tiene 8,6 por cada 10.000 habitantes.

 **Auxiliar de Enfermería.** Se tiene 12,3 por cada 10.000 habitantes.

 **Bioquímica Farmacéutica.** Se tiene 3,7 por cada 10.000 habitantes.

 **Odontólogo.** Se tiene 2,1 por cada 10.000 habitantes.

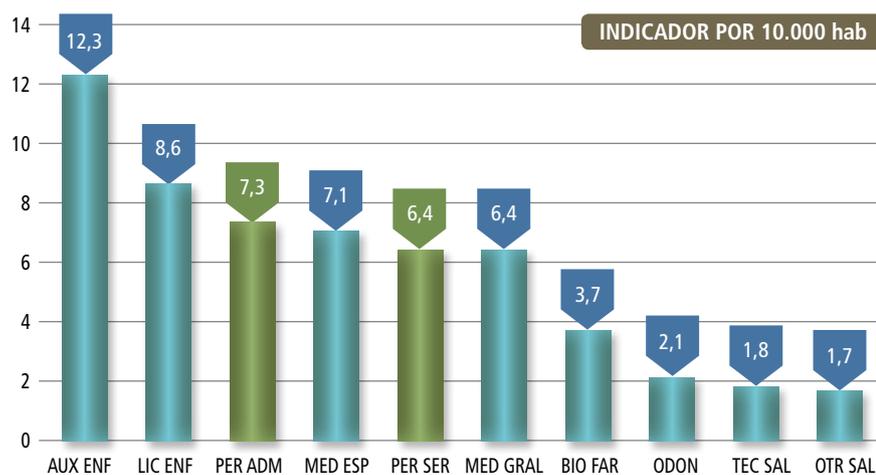
 **Técnico de Salud.** Se tiene 1,8 por cada 10.000 habitantes.

 **Administrativos.** Se tiene 7,3 por cada 10.000 habitantes.

 **Servicio.** Se tiene 6,4 por cada 10.000 habitantes.

 **Otros Salud.** Se tiene 1,7 por cada 10.000 habitantes.

GRÁFICO 26
Indicadores Recursos Humanos (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del SNIS (RUES).

Según los indicadores de la OMS/OPS, deberían existir 15 profesionales médicos por cada 10.000 habitantes, considerando los médicos especialistas (7,1 por cada 10.000 habitantes) y los médicos generales (6,4 por cada 10.000 habitantes) se tendría en Bolivia 13,5 profesionales médicos por cada 10.000 habitantes; por lo tanto, existiría un déficit de 1,5 profesionales médicos por cada 10.000 habitantes.

Según los indicadores de la OMS/OPS, deberían existir 15 licenciadas en enfermería por cada 10.000 habitantes, según la información del SNIS (RUES) se tendría en Bolivia 8,6 licenciadas en enfermería por cada 10.000 habitantes, por lo tanto, existiría un déficit de 6,4 licenciadas en enfermería por cada 10.000 habitantes.

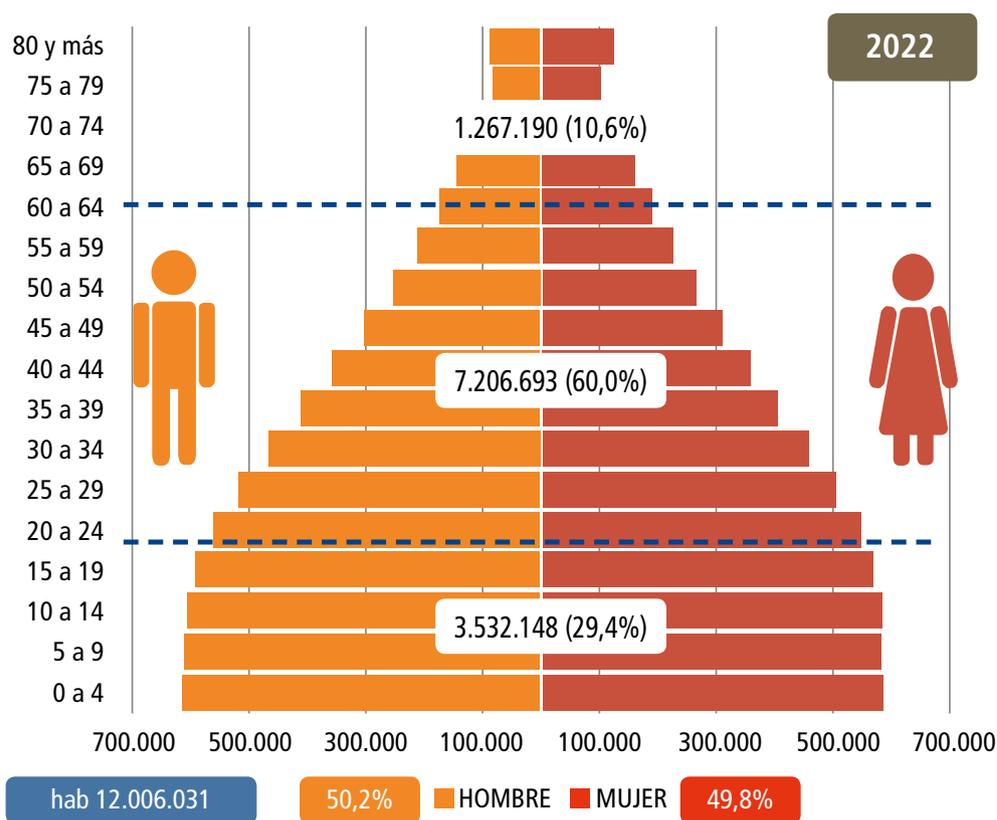
A partir de la estimación del financiamiento y gasto del sector salud y la información registrada de los recursos físicos disponibles descritos anteriormente, se puede identificar ahora la cobertura teórica que debería ser atendida por el sector público en el país en sus tres niveles de atención; es en este sentido que para estimar esta proporción de cobertura se utiliza la siguiente información: 1) Población afiliada de los diferentes entes gestores que componen la seguridad social de corto plazo, 2) Aplicación conceptual y teórica de la cobertura que debe ser cubierta por el Estado a partir de la promulgación de la Ley 1152 (SUS) en la gestión 2019, 3) Proyección de población para la gestión 2022 a partir del Censo de Población y Vivienda realizado el 2012 y 4) La Encuesta de Hogares (EH) 2021; al respecto, es importante mencionar que si bien en la gestión 2023 se llevó a cabo la EH 2022 la base de datos no fue publicada por el INE.

6.1 ÁMBITO DEMOGRÁFICO

La composición demográfica de un país es un factor importante para el diseño, planificación e implementación de políticas públicas relacionadas con el sector salud. Conocer a profundidad la estructura y dinámica poblacional es importante para determinar la necesidad y/o demanda teórica de los servicios de salud y, como consecuencia, influye también en la cantidad demandada de recursos humanos (personal capacitado y no capacitado), servicios (básicos y generales), materiales (medicamentos e insumos) y físicos (número de establecimientos de salud por nivel y equipamiento necesarios). Es decir, estos patrones de demanda mencionados determinan el nivel y/o cantidad de inversión óptima que un país debe realizar en el marco de sus atribuciones dentro del sistema de salud.



GRÁFICO 27
Pirámide poblacional por grupo de edad y sexo (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del INE.

Según las proyecciones de población realizadas por el INE con base en el Censo de Población y Vivienda 2012, se considera que para la gestión 2022 la población total proyectada para Bolivia sería de 12.006.031 habitantes, de los cuales 50,2% (6.023.201) son hombres y el restante 49,8% (5.982.830) son mujeres.

En Bolivia aún prevalece una estructura poblacional joven, donde el grupo de edad menor de 15 años de edad (correspondiente a la infancia, niñez y adolescencia) representa 29,4% (3.532.148 habitantes); por otro lado, la población potencialmente activa aún no alcanza su mayor peso relativo respecto a la población en edades dependientes, ésta se encuentra comprendida entre los 15 y 59 años de edad (juventud y adultez) y representa el 60% (7.206.693 habitantes); a ello se suma la baja proporción de población mayor de 60 años de edad (vejez) que alcanza a 10,6% (1.267.190 habitantes).

La identificación demográfica es importante en el estudio, ya que permite establecer la cantidad de personas que tienen cobertura de salud a través de la seguridad social de corto plazo, así como conocer la cantidad de personas que se encuentran beneficiadas (en teoría) con la aplicación de la Ley 1152 (SUS). Por otro lado, la identificación demográfica permite estimar los grupos de población que utilizan mayormente los servicios de salud, estos grupos de edad se encuentran en los extremos y corresponden al menor de 5 años y mayor de 60 años, esto se realiza con el fin de proyectar la demanda de servicios necesarios para los próximos años.

6.2 COBERTURA POBLACIONAL DE SALUD

Las estructuras de financiamiento del sector público y de seguridad social de corto plazo que fueron descritas anteriormente son consideradas al momento de analizar financieramente la cobertura teórica de salud de la población boliviana. El término cobertura teórica se refiere a que tanto el sector público, con lo descrito en la Ley 1152 (SUS), y la seguridad social de corto plazo, con el Código de 1956, estarían alcanzando el 100% de la cobertura de la población boliviana; pero, en la práctica se observa que esto no es así, ya que muchas personas que pueden beneficiarse de estos dos esquemas de aseguramiento no acceden efectivamente a los servicios de salud y, consecuentemente, no son realmente cubiertas ni por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo ni por el sector público.

Seguridad Social de Corto Plazo. Esta estructura de aseguramiento fue desarrollada a partir de un enfoque laboral, es decir que la cobertura se otorga a los trabajadores asalariados del sector formal. De acuerdo con el Código de Seguridad Social, la afiliación al régimen enfermedad, maternidad y riesgos profesionales es obligatorio para todas las personas que trabajan y/o prestan servicios remunerados a otras personas naturales o jurídicas mediante designación o contrato de trabajo, sean estos de carácter privado o público. El financiamiento de este sistema surge a partir de los aportes del sector público y privado, los cuales se diferencian entre aquellos que se denominan patronales (10% correspondiente a los empleados públicos y privados activos) y laborales (3% de los trabajadores jubilados en ambos sectores).

La estructura institucional del Sistema de Seguridad Social está conformada por ocho cajas de salud, ocho seguros universitarios, seguros médicos delegados y el nivel de coordinación a través del Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASSUS). Según la información proporcionada por los diferentes entes gestores, así como también la rendición pública de cuentas, a través Ministerio de Justicia y Transparencia Institucional, se observa que Bolivia, para la gestión 2022, tenía una población asegurada por los diferentes entes gestores de 3.368.176 personas afiliadas (titulares y familiares), cifra que representa 28,1% de población total (Ver Gráfico 28).

Como se observa en el Gráfico 28, el principal ente gestor en términos de número de afiliados adscritos es la Caja Nacional de Salud (CNS), la cual tiene 2.608.530 afiliados, que representan el 21,7% de la población boliviana total y el 77,4% de toda la población afiliada a la seguridad social de corto plazo. La cantidad de población afiliada en la CNS fue modificada en la gestión 2020 (Informe MAEC 511-2022), donde se hizo una depuración de listas de personas reduciendo la doble contabilización de afiliados (en la gestión 2019 se presentaba 3.378.125 personas afiliadas).

Sector Público. El Sistema Único de Salud (SUS) garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud a todas las personas que no están protegidas por la seguridad social de corto plazo, el mismo es de carácter intercultural y participativo. Para su implementación, comprende la infraestructura, equipamiento y personal de salud con el que cuenta todo el país en los tres niveles de atención.

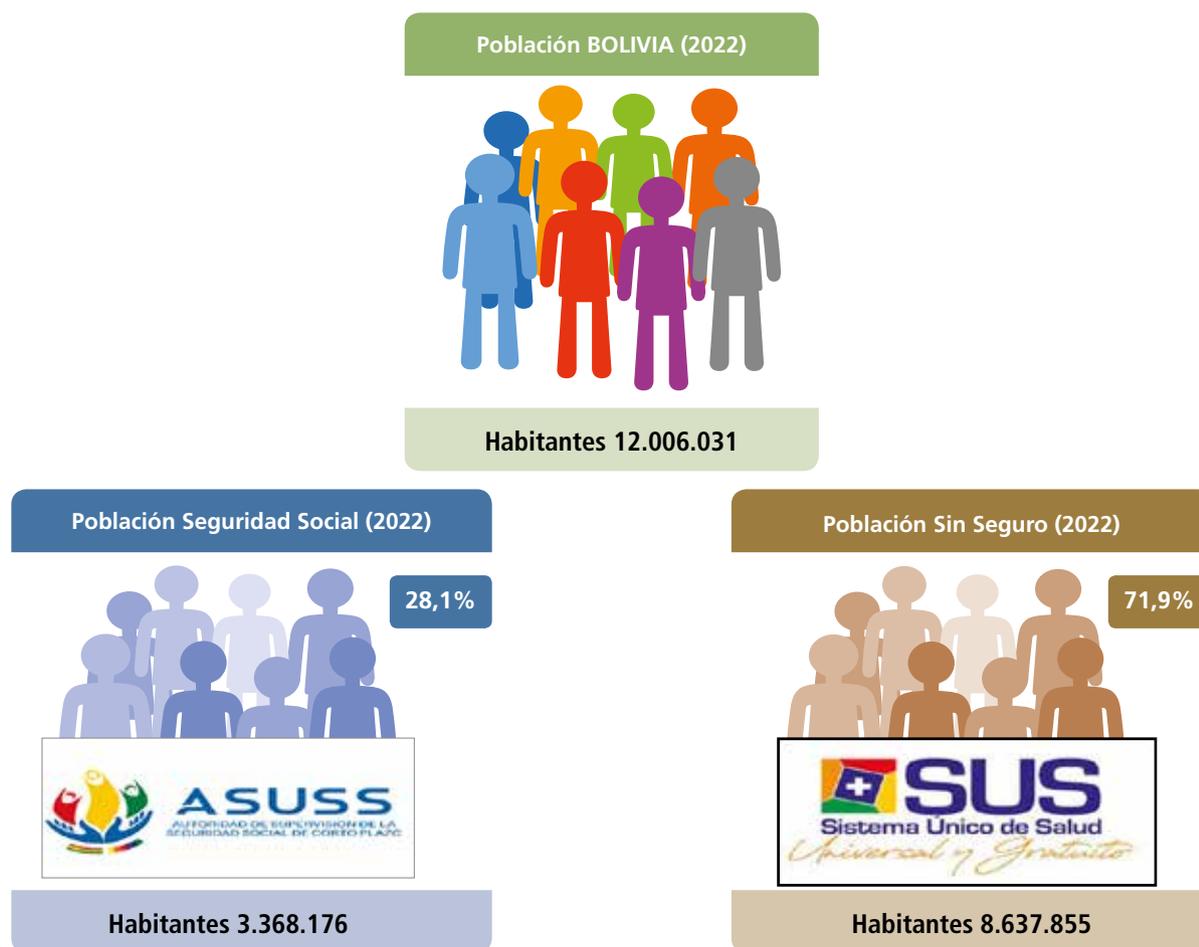
En el Gráfico 29 se observa la población total de Bolivia para la gestión 2022, que asciende a 12.006.031 personas, de los cuales 28.1% (3.368.176 personas) se encuentra asegurada por todos los entes gestores y el restante 71.9% (8.637.855 personas) no cuenta con seguro alguno; es este porcentaje que tendría que ser cubierto, en teoría, por el SUS, según la Ley 1152.

GRÁFICO 28
Población asegurada por los entes gestores (2022)



Fuente: Elaboración propia con información de los entes gestores y sistema de rendición de cuentas.

GRÁFICO 29
Población asegurada por el Sector Público (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del INE y entes gestores.

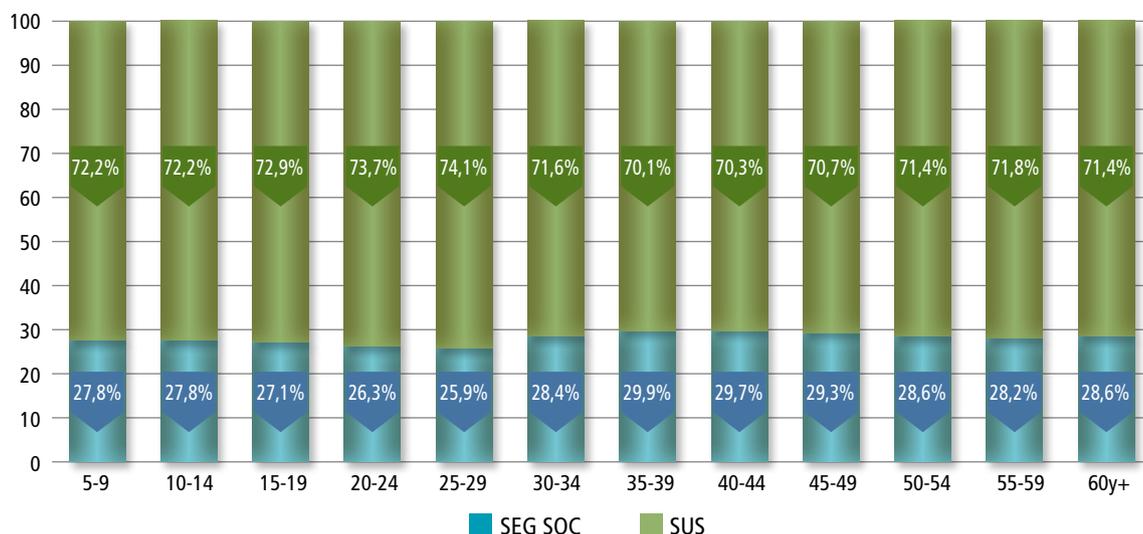
Sector Privado. Adicionalmente a los esquemas de financiamiento mencionados anteriormente, público y seguridad social de corto plazo, a partir de la información proporcionada por el Censo de Población y Vivienda 2012, se estima que aproximadamente 9,7% de la población boliviana tiene acceso a esquemas de seguros privados a través de compañías relacionadas con la salud. Sin embargo, puede que exista un sesgo a la falta de definición técnica por parte de la población censada de que es un seguro privado; como también es imposible determinar y/o estimar qué proporción de esta población tiene una cobertura relativamente amplia de prestaciones y qué proporción no está cubierta por esquemas de seguros públicos o seguros sociales; por este motivo, no se considera dentro del análisis este tipo de cobertura.

Las compañías privadas de seguros relacionadas con la salud constituyen un agente canalizador de recursos a través de primas provenientes y acordadas (según la cobertura de la misma) con las empresas privadas y hogares para financiar servicios médicos en clínicas privadas, centros de especialidades, laboratorios, servicios de profesionales específicos, transporte (ambulancia) y otros servicios de salud.

Como se observó anteriormente, la cobertura teórica nacional indica que 100% de la población estaría beneficiada con algún esquema de aseguramiento (Seguridad Social o SUS), aunque en la práctica esto no se da por diversos motivos: técnicos, estructurales y financieros. Con referencia a la cobertura teórica del esquema de aseguramiento, según la edad, se tiene el tramo de 35-39

años que presenta una mayor cobertura considerando la seguridad social, con 29,9%; en caso del tramo de 20-24 años de edad se presenta una menor cobertura, con 26,3% (Ver Gráfico 30).

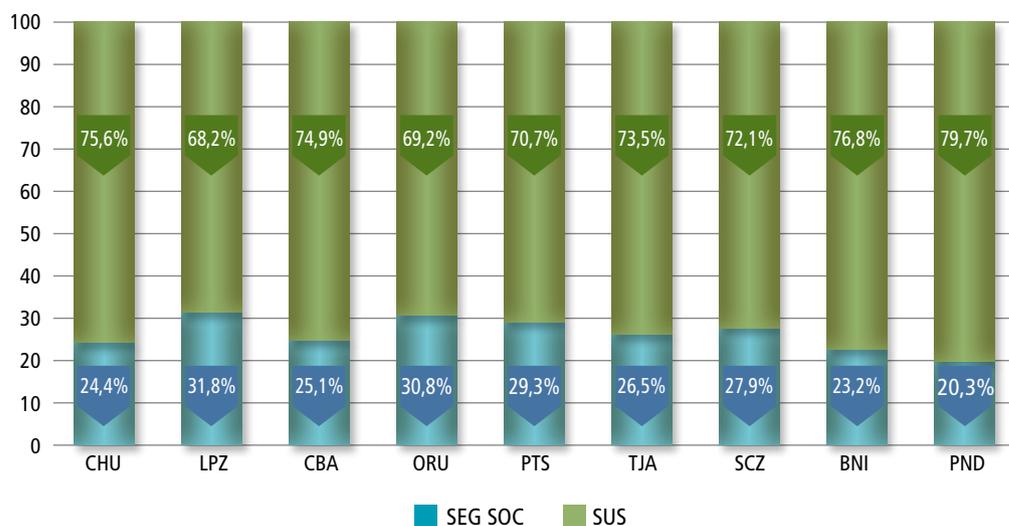
GRÁFICO 30
Cobertura Teórica Poblacional Según Edad (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del INE y entes gestores.

Con referencia a la cobertura teórica del esquema de aseguramiento según departamento, se tiene que La Paz presenta una mayor cobertura de seguridad social, con 31,8%; caso contrario sucede con Pando, que presenta una menor cobertura, con 20,3%.

GRÁFICO 31
Cobertura teórica poblacional según departamento (2022)



Fuente: Elaboración propia con información del INE y entes gestores.

6.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN CUBIERTA

De acuerdo con lo descrito, el sistema de salud en Bolivia se encuentra segmentado y cada subsector (público, seguridad social y privado) atiende a segmentos de población diferentes de acuerdo con sus posibilidades sociales y económicas; por lo tanto, para identificar estas variables en la población cubierta se utiliza la base de datos y cuestionario de la Encuesta de Hogares 2021, considerando que la encuesta de la gestión 2022 no fue publicada.

Área de residencia. De acuerdo con la EH 2021, el 38,5% de la población que acude al seguro público (SUS) reside en el área rural. Con relación a la seguridad social, solo 12,3% de sus beneficiarios viven en el área rural. Según la misma encuesta, 15,3% de las personas que indicaron no tener ningún seguro reside en el área rural.

Incidencia de pobreza. La encuesta también identifica que la población cubierta por el seguro público (SUS) tiene la característica de tener una mayor incidencia de pobreza (44,5% de la población cubierta teóricamente) con relación a la población nacional (37,1%) e inclusive que la población que no se encuentra cubierta por algún seguro de salud (33,4%). En cambio, la población cubierta por la seguridad social es principalmente no pobre, con 89,5%, y solamente 1,1% de la población cubierta se encuentra en situación de pobreza extrema.

CUADRO 15
Población cubierta por tipo de seguro e indicadores socioeconómicos en % (2021)

CARACTERÍSTICA	Seguro Público	Seguridad Social	Seguro Privado	Sin Seguro	Población Bolivia
Área de Residencia					
Área urbana	61,5%	87,7%	90,9%	84,7%	67,2%
Área rural	38,5%	12,3%	9,1%	15,3%	32,8%
Incidencia de Pobreza					
Pobreza extrema	15,0%	1,1%	0,2%	7,3%	12,0%
Pobreza moderada	29,5%	9,4%	3,6%	26,1%	25,1%
No pobre	55,5%	89,5%	96,2%	66,6%	62,9%
Quintil de Ingreso Hogar					
Quintil 1	26,5%	3,3%	1,3%	13,7%	21,5%
Quintil 2	22,7%	8,4%	6,9%	21,6%	19,6%
Quintil 3	20,6%	16,1%	15,6%	21,7%	19,6%
Quintil 4	17,3%	26,4%	17,5%	23,2%	19,2%
Quintil 5	12,9%	45,8%	58,6%	19,8%	20,1%
Departamento					
Chuquisaca	6,1%	6,5%	2,2%	2,7%	6,2%
La Paz	25,1%	26,9%	25,6%	25,6%	25,5%
Cochabamba	19,6%	15,6%	8,6%	12,9%	18,7%
Oruro	5,1%	5,6%	0,0%	2,2%	5,2%
Potosí	9,0%	8,4%	1,2%	2,4%	8,9%
Tarija	5,6%	5,0%	6,3%	2,9%	5,5%
Santa Cruz	22,7%	27,1%	55,6%	48,6%	23,8%
Beni	5,1%	3,6%	0,6%	2,2%	4,8%
Pando	1,6%	1,4%	0,0%	0,5%	1,5%
Género					
Hombre	47,5%	48,6%	53,8%	55,8%	47,7%
Mujer	52,5%	51,4%	46,2%	44,2%	52,3%
Nivel Educativo					
Ninguno	12,8%	6,5%	2,4%	8,8%	11,4%
Primaria	34,5%	18,8%	11,9%	26,9%	31,0%
Secundaria	39,2%	25,4%	27,5%	42,5%	36,2%
Superior	13,1%	48,9%	58,2%	20,8%	21,0%
Otros	0,4%	0,4%	0,0%	1,0%	0,4%

Fuente: Elaboración propia con información del INE (EH 2021).

Ingreso del hogar. La situación económica de la población cubierta por algún seguro de salud (público, seguridad social y privado) se diferencia cuando se considera el quintil de ingreso de los hogares en el análisis, esto se explica de la siguiente manera: mientras el 26,5% de la población

cubierta por el seguro público (SUS) se encuentra en el quintil 1 (más pobre) y solamente 12,5% en el quintil 5 (más rico), la situación es inversa en la población cubierta por la seguridad social; de la cual solo 3,3% pertenece al quintil 1 y 72,2% pertenece a los quintiles 4 y 5 (26,4% y 45,8% respectivamente); y más notoria es la diferencia cuando se observa la población cubierta por algún seguro privado, donde 1,3% pertenece al quintil 1 y 58,6% al quintil 5.

La separación por quintil de ingreso se realiza por número de hogares, es decir que cada quintil incluye 20% de los hogares del país identificado en la encuesta. Por otro lado, la tasa de natalidad disminuye con el nivel de riqueza, por lo tanto, hay más población en los hogares de quintiles pobres que en los quintiles ricos.

Departamento. Respecto a la población cubierta por departamento, se observa que en el eje troncal (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) se encuentra la mayor cobertura, tanto para el seguro público (SUS) con 67,4%, y para la seguridad social, con 69,6%; esto se debe principalmente a que en estos tres departamentos se encuentra el 71,6% de toda la población de Bolivia, según la proyección para la gestión 2021. En el caso de la cobertura de la población a través de un seguro privado, se observa que el departamento de Santa Cruz presenta la mayor cobertura, con 55,6%, esto se debe a que existe una mayor demanda de estos seguros.

Género. Con la información procesada de la EH 2021, se observa que tanto la población cubierta por el seguro público (SUS) como por la seguridad social, las mujeres presentan una mayor cobertura que los hombres, con 52,5% y 51,4%, respectivamente; caso contrario sucede con el seguro privado, donde los hombres presentan una mayor cobertura, con 53,8%. Por otro lado, en el caso de la población que no tiene cobertura de seguro, el mayor porcentaje corresponde a los hombres, con 55,8%.

Nivel educativo. En el caso del nivel educativo, se observa que la población cubierta por seguro público (SUS) sin ningún tipo de educación es mayor (12,8%) con relación a la población cubierta por seguridad social (6,5%) y población cubierta por seguro privado (2,4%); caso contrario sucede respecto a educación superior, donde la población cubierta por seguridad social (48,9%) y seguro privado (58,2%) es mayor a la población cubierta con seguro público (SUS) que presenta una cobertura tan solo de 13,1%.

6.4 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

En este apartado se describe la situación socioeconómica de la población atendida según el tipo de establecimiento de salud, donde el beneficiado o afiliado (público, seguridad social y privado) fue atendido, así como también se incluye dentro de este análisis la población que accedió a los servicios de salud a través del pago de bolsillo.

Área de Residencia. Se estima que 38,9% de la población atendida en los establecimientos de salud del sector público tiene residencia en el área rural, es decir una proporción más elevada que la repartición de la población nacional (29,6%).

En el área rural, la población atendida en establecimientos de salud de la seguridad social alcanza a 10,2% y la atención en establecimientos de salud privado a 17,3%. Dentro de la categoría privado se encuentran establecimientos de salud lucrativo (organismos privados) y no lucrativo (Iglesia y ONG).

CUADRO 16
Población atendida por tipo de establecimiento e indicadores socioeconómicos en % (2021)

CARACTERÍSTICA	Establecimiento Público	Establecimiento Seguridad Social	Establecimiento Privado	No Atendida No Institucional	Población Bolivia
Área de Residencia					
Área urbana	61,1%	89,8%	82,7%	69,5%	70,4%
Área rural	38,9%	10,2%	17,3%	30,5%	29,6%
Incidencia de Pobreza					
Pobreza extrema	14,0%	0,5%	4,8%	10,5%	10,0%
Pobreza moderada	28,7%	7,7%	19,5%	25,2%	24,1%
No pobre	57,2%	91,8%	75,7%	64,4%	65,9%
Quintil de Ingreso Hogar					
Quintil 1	26,0%	2,7%	12,2%	20,7%	19,8%
Quintil 2	23,3%	7,7%	18,3%	20,0%	19,8%
Quintil 3	21,0%	16,0%	21,4%	20,7%	20,5%
Quintil 4	17,5%	25,9%	21,6%	19,1%	19,4%
Quintil 5	12,2%	47,6%	26,4%	19,5%	20,4%
Departamento					
Chuquisaca	6,6%	6,6%	4,1%	6,8%	6,4%
La Paz	16,7%	24,4%	18,3%	25,5%	22,1%
Cochabamba	18,6%	14,9%	16,2%	17,2%	17,3%
Oruro	5,1%	6,8%	5,4%	4,2%	4,8%
Potosí	9,2%	7,7%	3,4%	6,8%	7,1%
Tarija	9,3%	6,6%	7,4%	6,4%	7,3%
Santa Cruz	27,7%	28,4%	43,4%	29,6%	30,8%
Beni	5,1%	3,3%	1,2%	2,4%	3,1%
Pando	1,6%	1,2%	0,6%	1,1%	1,2%
Género					
Hombre	46,3%	47,6%	47,1%	48,9%	47,9%
Mujer	53,7%	52,4%	52,9%	51,1%	52,1%
Nivel Educativo					
Ninguno	14,2%	6,7%	9,4%	10,8%	11,2%
Primaria	34,6%	16,1%	25,8%	29,8%	29,6%
Secundaria	36,7%	23,0%	32,1%	36,7%	35,1%
Superior	14,1%	53,9%	31,9%	22,1%	23,5%
Otros	0,5%	0,4%	0,9%	0,6%	0,6%

Fuente: Elaboración propia con información del INE (EH 2021).

Incidencia de pobreza. Con referencia a la incidencia de la pobreza, se observa que 42,7% de la población atendida en establecimientos de salud público es pobre (14% pobreza extrema y 28,7% pobreza moderada), con relación a la población atendida en establecimientos de salud de la seguridad social, con 8,2% (0,5% pobreza extrema y 7,7% pobreza moderada).

Ingreso del hogar. La segmentación del sistema de salud es también evidente cuando se analiza la composición de la población atendida según quintil de ingreso; mientras que 26% de la población atendida en establecimientos de salud público se encuentra en el quintil 1 (más pobre) y solo el 12,2% en el quintil 5 (más rico), la situación es inversa en la población atendida en establecimiento de salud de la seguridad social, de la cual solo 2,7% pertenece al quintil 1 y 73,5% pertenece a los quintiles 4 y 5 (25,9% y 47,6% respectivamente).

La separación por quintil de ingreso se realiza por número de hogares, es decir que cada quintil incluye 20% de los hogares del país identificado en la encuesta. Por otro lado, la tasa de natalidad disminuye con el nivel de riqueza; por lo tanto, hay más población en los hogares de quintiles pobres que en los quintiles ricos.

Departamento. Respecto a la población atendida por departamento, se observa que en el eje troncal (La Paz, Cochabamba y Santa Cruz) se encuentra la mayor atención en los establecimientos de salud públicos, con 63%; establecimientos de salud de la seguridad social, con 67,7%; y establecimientos de salud privados, con 77,9%; esto se debe principalmente a que en estos tres departamentos se encuentra el 71,6% de toda la población de Bolivia, según proyecciones para la gestión 2021. En el caso de la atención de la población a través de los establecimientos privados, se observa que el departamento de Santa Cruz presenta la mayor atención, con 43,4%; esto se debe a que existe una mayor disponibilidad y demanda de estos establecimientos de salud.

Género. Se observa que la población atendida en los establecimientos de salud pública, de la seguridad social y de privados, las mujeres presentan una mayor cobertura que los hombres con el 53,7%, 52,4% y 52,9%, respectivamente.

Nivel Educativo. En el caso del nivel educativo de la población atendida, se observa que la atención en establecimientos públicos con ningún tipo de educación es mayor (14,2%) con relación a la atención en establecimientos de salud de la seguridad social (6,7%) y establecimientos de salud privado (9,4%); caso contrario sucede con la educación superior, donde la población atendida en establecimientos de salud de la seguridad social (53,9%) y establecimientos privados de salud (31,9%) es mayor a la población atendida en establecimientos de salud pública, que presenta una atención tan solo de 14,1%.

7.

ESTIMACIÓN DEL COSTO DE SERVICIOS DE SALUD

PRIMER ESCENARIO. Este primer escenario se refiere principalmente a la sumatoria de gastos totales en salud del sector público y los entes gestores de la seguridad social pública de corto plazo que se encuentran adscritas a la estructura de la Administración Pública, las mismas se encuentran reflejadas en los Clasificadores Presupuestarios de la gestión 2022 (MEFP). Por tal motivo, en este escenario, no se consideran los gastos totales en salud relacionados con la Caja de Salud de la Banca Privada y Seguros Médicos Delegados, considerados como seguridad social de corto plazo privada.

Para realizar este escenario se utilizó la estimación del gasto total en salud utilizando la metodología y conceptos del SHA descritos anteriormente (Capítulo 4: Gasto en Salud) a la información del MEFP y entes gestores.

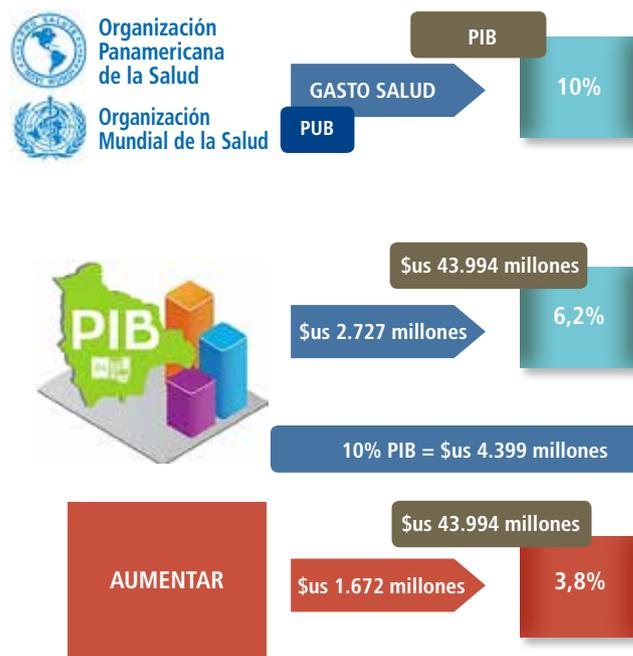
Según la OPS/OMS para tener un aseguramiento universal en salud se debe tener un porcentaje igual o mayor al 10% del PIB, considerando tanto al sector público como a la seguridad social pública de corto plazo. Realizando el ejercicio contemplando las definiciones de la OPS/OMS, se tiene que para la gestión 2022 el gasto público (\$us 1.854 millones) + seguridad social pública de corto plazo (\$us 873 millones) ascendería a un gasto total en salud pública de \$us 2.727 millones, cifra que representaría el 6,2% del PIB (\$us 43.994 millones); por lo tanto, existiría una diferencia para aumentar de 3,8% del PIB para alcanzar al 10% recomendado por la OPS/OMS; esto implicaría que se necesitaría incrementar el gasto total en salud pública en aproximadamente \$us 1.672 millones/año para llegar a lo estipulado por la OPS/OMS (Ver Cuadro 17).



CUADRO 17

Primer escenario: Gasto Sector Público + SEG. SOC. Pública (\$us) - Gestión 2022

ENTIDADES	2022
SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICA	872.763.954
Corporación del Seguro Social Militar	39.222.031
Caja Nacional de Salud	559.091.480
Caja Petrolera de Salud	138.336.452
Caja Bancaria Estatal de Salud	15.651.736
Caja de Salud de Caminos y Ramas Anexas	21.804.189
Caja de Salud CORDES	36.151.591
Seguro Social Universitario	55.951.993
Seguro Integral de Salud	6.554.483
SECTOR PÚBLICO	1.854.258.018
Órganos del Estado Plurinacional	492.203.410
Gobiernos Autónomos Departamentales	681.109.178
Gobiernos Autónomos Regionales	9.899.407
Gobiernos Autónomos Municipales	447.594.238
Gobiernos Autónomos Indígenas Originarios Campesinos	2.830.571
Universidades Públicas	19.142.597
Instituciones Públicas Descentralizadas	200.561.598
Otras Instituciones Públicas	917.020
GASTO PUB. + SEG. SOC. PUB.	2.727.021.972



Fuente: Elaboración propia.

SEGUNDO ESCENARIO. Este segundo escenario considera para su estimación el gasto en salud per cápita de cada uno de los diferentes entes gestores de la seguridad social de corto plazo (va desde \$us 214 de la CNS a \$us 948 de los SSU), así como también se considera en el análisis el promedio de la seguridad social en conjunto, el cual, para el año analizado, asciende a \$us 286 (SEG. SOC. – PROM.). Es importante mencionar que este gasto de salud per cápita en dólares correspondiente a los entes gestores se aplica y/o considera en la población no cubierta (8.637.855 habitantes) por la seguridad social y que, en teoría, tendría que ser beneficiada por el Seguro Universal de Salud (SUS).

Este escenario señala lo siguiente: “qué pasaría si el sector público considera el gasto en salud per cápita de los diferentes entes gestores para cubrir la población no cubierta y que se encuentra, en teoría, adscrita al SUS”; esto se utiliza para estimar el gasto público total en salud y su relación con el PIB (en ambos casos se considera la diferencia con lo que el sector público ya ejecuta actualmente para la salud).

Como se observa en el Cuadro 18, si se considera el gasto en salud per cápita de los SSU de 948 dólares como gasto per cápita, el más alto de todos los entes gestores, se necesitarían aproximadamente 8.192 millones de dólares/año para atender a la población no cubierta considerando los servicios de atención que brindan los SSU; por lo tanto, restando el monto total de \$us 8.192 millones con el gasto realizado actualmente por el sector público de \$us 1.854 millones, se tendría una diferencia para aumentar de \$us 6.338 millones/año, que representa el incremento de 14,4% del PIB para el sector salud por parte del sector público. El mismo ejercicio se aplica con los demás entes gestores, donde el segundo más alto es el Seguro Médico Delegado; posteriormente, le siguen la Caja Petrolera de Salud, COSSMIL, Caja de Salud de la Banca Privada, hasta alcanzar el nivel más bajo que es la Caja Nacional de Salud; también se observa el análisis con el promedio de la seguridad social que se necesitaría aumentar aproximadamente \$us 612 millones/año, que representa un incremento de 1,4% del PIB para el sector salud por parte del sector público.

CUADRO 18

Segundo escenario: Población no cubierta considerando la SEG. SOC. (\$us) - Gestión 2022

ENTES GESTORES	\$US	POBLACIÓN NO CUBIERTA	GASTO TOTAL	PIB BOL	GTO / PIB	DIF % PIB	GTO DIF SEC PUB
SSU	948	8.637.855	8.192.863.317	43.994.317.278	18,6%	14,4%	6.338.605.299
DELEG	941	8.637.855	8.125.243.780	43.994.317.278	18,5%	14,3%	6.270.985.762
CPS	547	8.637.855	4.722.484.335	43.994.317.278	10,7%	6,5%	2.868.226.317
COSSMIL	540	8.637.855	4.668.580.492	43.994.317.278	10,6%	6,4%	2.814.322.474
CSBP	533	8.637.855	4.607.334.280	43.994.317.278	10,5%	6,3%	2.753.076.262
SINEC	453	8.637.855	3.910.531.569	43.994.317.278	8,9%	4,7%	2.056.273.551
CBES	451	8.637.855	3.895.954.818	43.994.317.278	8,9%	4,6%	2.041.696.800
CORDES	334	8.637.855	2.883.240.095	43.994.317.278	6,6%	2,3%	1.028.982.078
CCRA	289	8.637.855	2.497.830.610	43.994.317.278	5,7%	1,5%	643.572.592
CNS	214	8.637.855	1.851.368.829	43.994.317.278	4,2%	0,0%	-2.889.188
SEG. SOC.-PROM.	286	8.637.855	2.466.847.100	43.994.317.278	5,6%	1,4%	612.589.082
SEC. PUB.	215	8.637.855	1.854.258.018	43.994.317.278	4,2%		

Fuente: Elaboración propia.

Para realizar este escenario se utilizó la estimación del gasto total en salud con la metodología y conceptos del SHA descritos anteriormente (Capítulo 4: Gasto en Salud) aplicados a la información del MEFP y entes gestores.

TERCER ESCENARIO. Este tercer escenario considera el gasto en salud per cápita de todos los países de la región sudamericana. Para este cometido se utiliza el Poder de Paridad Adquisitivo (PPA) en dólares internacionales para que sean comparables entre países y se pueda comparar con el país y utilizar el gasto en salud per cápita que los otros países de la región sudamericana cuentan (va desde \$us internacional 103 de Venezuela a \$us internacional 2.648 de Chile. El promedio sudamericano es de \$us internacional 1.441). En este caso, Bolivia presenta un gasto en salud per cápita de \$us internacional 774, el cual resulta ser el penúltimo de la región, caso contrario sucede con Chile que presenta el gasto en salud per cápita en términos de PPA mayor en la región sudamericana.

CUADRO 19

Tercer escenario: Gasto en salud - Población total considerando el PPA de otros países (\$us) - Gestión 2022

PAÍSES	GASTO EN SALUD PER CÁPITA PPA \$US INT	TC PPA BOL	PPA	\$US BOL	POBLACIÓN	GASTO TOTAL	PIB BOL	GTO / PIB
VENEZUELA	103	2,6	269	39	12.006.031	467.747.496	43.994.317.278	1,1%
BOLIVIA	774	2,6	2.023	293	12.006.031	3.514.631.741	43.994.317.278	8,0%
PERÚ	856	2,6	2.236	324	12.006.031	3.885.770.556	43.994.317.278	8,8%
ECUADOR	971	2,6	2.538	367	12.006.031	4.409.603.229	43.994.317.278	10,0%
PARAGUAY	1.222	2,6	3.193	462	12.006.031	5.547.303.254	43.994.317.278	12,6%
COLOMBIA	1.542	2,6	4.031	583	12.006.031	7.003.099.236	43.994.317.278	15,9%
BRASIL	1.626	2,6	4.248	615	12.006.031	7.380.654.353	43.994.317.278	16,8%
ARGENTINA	2.323	2,6	6.070	878	12.006.031	10.547.122.510	43.994.317.278	24,0%
URUGUAY	2.344	2,6	6.126	887	12.006.031	10.643.756.611	43.994.317.278	24,2%
CHILE	2.648	2,6	6.918	1.001	12.006.031	12.020.554.326	43.994.317.278	27,3%
PROMEDIO	1.441	2,6	3.765	545	12.006.031	6.542.024.331	43.994.317.278	14,9%

PAÍSES	DIFERENCIA	DIF % PIB
VENEZUELA	-3.046.884.244	-6,9%
BOLIVIA	0	0%
PERÚ	371.138.816	0,8%
ECUADOR	894.971.488	2,0%
PARAGUAY	2.032.671.514	4,6%
COLOMBIA	3.488.467.495	7,9%
BRASIL	3.866.022.612	8,8%
ARGENTINA	7.032.490.769	16,0%
URUGUAY	7.129.124.871	16,2%
CHILE	8.505.922.585	19,3%
PROMEDIO	3.027.392.591	6,9%

Fuente: Elaboración propia.

Este escenario señala lo siguiente: *“qué pasaría si se considera el gasto en salud per cápita en términos PPA de los diferentes países de la región sudamericana para cubrir la población boliviana; es decir que se plantea estimar cuánta es la diferencia que faltaría como país, en términos monetarios, alcanzar el gasto en salud de otros países de la región sudamericana”*. Esto se utiliza para estimar el gasto total en salud y su relación con el PIB; es importante mencionar que en ambos casos se considera la diferencia con lo que el sistema de salud (sector público, seguridad social y sector privado) ya ejecuta actualmente para la salud.

Una vez que se estandarizó PPA de los países de la región sudamericana con el dólar en Bolivia, se tiene que para alcanzar el gasto total en salud de Chile (\$us 12.020 millones), el país tendría que utilizar el 27,3% del PIB, con un gasto per cápita de \$us 1.001, considerando el gasto total en salud que se tiene en Bolivia (\$us 3.515 millones) para la gestión 2022, la diferencia para alcanzar a Chile en su gasto en salud sería de \$us 8.506 millones, que representa el incremento de 19,3% del PIB para el sector salud por parte del sistema de salud (sector público, seguridad social y sector privado).

Por otro lado, también se observa el análisis con el promedio de los países de la región sudamericana que se necesitaría aumentar aproximadamente **\$us 3.027 millones/año** que representa el incremento de 6,9% del PIB para el sector salud por parte del sistema de salud (sector público, seguridad social y sector privado).

Para realizar este escenario se utilizó la estimación del gasto total en salud con la metodología y conceptos del SHA descritos anteriormente (Capítulo 4: Gasto en Salud) aplicados a la información del MEFP, entes gestores, seguros privados y encuesta de hogares.

CUARTO ESCENARIO. Este cuarto escenario considera el gasto de bolsillo en salud de los hogares, el mismo debería ser asimilado por el sector público, es decir que para la gestión 2022 se tendría un gasto en salud de **\$us 585 millones** adicionales, que representa 1,3% del PIB como diferencia que tendría que ser financiado por el sector público. Para la gestión 2022, el gasto público (\$us 1.854 millones) + seguridad social pública de corto plazo (\$us 873 millones) + gasto de hogares (\$us 585 millones) ascendería a un gasto total en salud pública de \$us 3.312 millones/año, cifra que representaría 7,5% del PIB (\$us 43.994 millones).

CUADRO 20

Hogares: Gasto de bolsillo total en salud en \$us y % - Gestión 2022

ENTIDADES	2022
SEGURIDAD SOCIAL PÚBLICA	872.763.954
Corporación del Seguro Social Militar	39.222.031
Caja Nacional de Salud	559.091.480
Caja Petrolera de Salud	138.336.452
Caja Bancaria Estatal de Salud	15.651.736
Caja de Salud de Caminos y Ramas Anexas	21.804.189
Caja de Salud CORDES	36.151.591
Seguro Social Universitario	55.951.993
Seguro Integral de Salud	6.554.483
SECTOR PÚBLICO	1.854.258.018
Órganos del Estado Plurinacional	492.203.410
Gobiernos autónomos departamentales	681.109.178
Gobiernos autónomos regionales	9.899.407
Gobiernos autónomos municipales	447.594.238
Gobiernos autónomos indígenas originarios Campesinos	2.830.571
Universidades públicas	19.142.597
Instituciones públicas descentralizadas	200.561.598
Otras instituciones públicas	917.020
GASTO PUB + SEG SOC PUB	2.727.021.972
GASTO HOGARES	584.870.958
Gasto en medicamentos	281.018.541
Gasto en servicios ambulatorios	98.498.889
Gasto en servicios hospitalarios	103.346.383
Gasto en servicios auxiliares	62.467.808
Gasto en aparatos (salud)	39.539.337
GASTO PUB. + SEG. SOC. PUB. + HOG.	3.311.892.930

Fuente: Elaboración propia con información de la EH (INE).

Para realizar este escenario se utilizó la estimación del gasto total en salud de acuerdo con la metodología y conceptos del SHA descritos anteriormente (Capítulo 4: Gasto en Salud) aplicados a la información del MEFP, entes gestores, seguros privados y encuesta de hogares.

QUINTO ESCENARIO. Este quinto escenario considera la diferencia de establecimientos de salud que se necesitan de acuerdo con la caracterización de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención para la gestión 2022, así como también sus costos de operación anual y los costos de capital anualizados. Se describirá brevemente la estimación de este escenario:

CUADRO 21
Necesidad de Establecimientos de Salud Sector Público: Costo en \$us - Gestión 2022

TIPO	UBICACIÓN	DEPENDENCIA	POBLACIÓN	POB	NEC 2022
Puesto de Salud	Rural	Municipal	500 - 1.000	1.000	2.809
Centro de Salud con Internación	Rural	Municipal	1.000 - 10.000	5.000	562
Centro de Salud Integral	Rural	Municipal	10.000 - 30.000	20.000	140
Hospital Básico	Rural	Municipal	30.000 - 50.000	50.000	56
Centro de Salud Ambulatorio	Urbana	Municipal	10.000 - 20.000	15.000	389
Centro de Salud Integral	Urbana	Municipal	20.000 - 50.000	35.000	167
Hospital Básico	Urbana	Municipal	50.000 - 75.000	75.000	78
Hospital General	Ambos	Departamental	75.000 - 250.000	150.000	58
					4.257

TIPO	SNIS 2022	NEC 2022	DIF 2022
Primer Nivel	3.234	4.066	832
Segundo Nivel	83	134	51
Tercer Nivel	36	58	22
	3.353	4.257	904

TIPO	DIF 2022	GTO REC (\$us)	GTO TOT (\$us)
Primer Nivel	832	288.958	240.368.841
Segundo Nivel	51	4.378.545	222.846.059
Tercer Nivel	22	12.208.626	263.531.729
	904		726.746.628

TIPO	DIF 2022	Capital Unitario (\$us)	Capital TOT (\$us)	Capital Anual (\$us)
Primer Nivel	832	70.000	58.229.351	2.911.468
Segundo Nivel	51	20.000.000	1.017.900.002	50.895.000
Tercer Nivel	22	70.000.000	1.510.999.000	75.549.950
	904		2.587.128.353	129.356.418

TIPO	DIF 2022	TOTAL (\$us) GTO TOT + Capital anual	
Primer Nivel	832	243.280.308	
Segundo Nivel	51	273.741.059	
Tercer Nivel	22	339.081.679	1,9%
	904	856.103.046	PIB

Fuente: Elaboración propia.

Primer paso. Se utiliza la información de la norma de caracterización de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención del MSD, en la misma se encuentra identificada la cantidad de personas que se debería tener por cada tipo de establecimiento de salud; por ejemplo: para un centro de salud con internación en el área rural (primer nivel de atención) se considera una población de cobertura entre el rango de 1.000 a 10.000 personas, en este estudio se considera la media que será de 5.000 personas. Esta estimación se realiza para todos los tipos de establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención. En el caso del tercer nivel de atención se basa en la información de la OMS considerando el rango de 75.000 a 250.000 personas, que para el estudio se toma la media de 150.000 personas.

Estos rangos de población por tipo de establecimiento se utilizan posteriormente con la población no cubierta por ninguna entidad de la seguridad social para el 2022, la misma asciende a 8.637.855 personas; a la vez, esta se distribuye en población urbana (5.829.315 personas) y población rural (2.808.540 personas) para estimar la cantidad de establecimientos de salud que son necesarios en el sector público, según estas áreas geográficas.

Para tal efecto se necesitarían, para la gestión 2022, según la población objetivo sin cobertura, cerca de 4.257 establecimientos de salud adscritos al sector público, donde 95,5% pertenece al primer nivel (4.066 establecimientos de salud), 3,1% al segundo nivel (134 establecimientos de salud) y 1,4% al tercer nivel (58 establecimientos de salud).

Segundo paso. Se utiliza la información del SNIS de la gestión 2022 para determinar la cantidad de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención registrados en el sector público, los mismos se contrastan con los establecimientos de salud que se necesitarían según las normas de caracterización de establecimientos de salud. Esta diferencia entre lo que es y lo que se necesitaría asciende a un déficit de 904 establecimientos de salud (832 establecimientos de primer nivel, 51 establecimientos de segundo nivel y 22 establecimientos de tercer nivel).

Tercer paso. Se utiliza la información del MEFP sobre la estructura programática de los GAM y GAD, en la misma se encuentra información del gasto ejecutado en establecimientos de salud, ya sea gasto corriente o gasto de capital. Es importante mencionar que estos gastos de los establecimientos de salud son promediados según la característica del establecimiento de salud, así como también del nivel de atención que tiene. En este sentido, el gasto corriente para la gestión 2022 de un establecimiento de primer nivel de atención fue \$us 289 mil, un establecimiento de segundo nivel de atención fue \$us 4,3 millones y un establecimiento de tercer nivel de atención fue \$us 12,2 millones.

En el caso del gasto de capital se utiliza también información del AISEM, cruzando la información del MEFP y AISEM se pudo determinar el costo promedio de construcción y equipamiento de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención. En el caso del primer nivel de atención, tuvo un costo promedio de \$us 70.000, un establecimiento de segundo nivel de \$us 20 millones y un establecimiento de tercer nivel de \$us 70 millones.

Cuarto paso. El gasto promedio en los establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención estimados en el anterior paso son multiplicados por la necesidad de establecimientos de salud en los tres niveles de atención realizados en el segundo paso; en este sentido, el gasto total corriente necesario para la gestión 2022 ascendería a \$us 727 millones. En el caso del gasto de capital, al igual que el gasto corriente este se multiplica por la necesidad de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención identificados en el segundo paso; la única diferencia es que como es gasto de capital (inversión) éste se anualiza (proyecto de 20 años) para tener un gasto para la gestión 2022, es así que el gasto de capital de un año ascendería a \$us 129 millones.

Quinto paso. En este último paso se adiciona tanto el gasto corriente total en salud (\$us 727 millones) con el gasto total de capital anualizado (\$us 129 millones), resultado de este ejercicio sería \$us 856 millones/año.

Por tal motivo, para poder cubrir a las 8.637.855 personas que no cuentan con seguridad social y se encuentran adscritos, en teoría, al Seguro Único de Salud, y considerando la caracterización de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención se necesitaría, adicionalmente a lo ejecutado por el sector público (\$us 1.854 millones), aproximadamente **\$us 856 millones/año**, que representaría 1,9% del PIB.

SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA

Bolivia se encuentra en una etapa de transición demográfica y epidemiológica. Esto puede evidenciarse por el perfil demográfico, donde las proyecciones de población con base en el Censo 2012 señalan que, para la gestión 2022, Bolivia presentaba una disminución del grupo etario de 0 a 14 años de edad de 41,4% (Censo 1992) a 29,4% (Proyección 2022). Esto implica que el grupo de 15 a 59 años aumentó de 52,1% a 60%, y de los mayores de 60 años de 6,5% a 10,6%, respectivamente.

Este incremento paulatino de la población adulta, así como el correspondiente a la esperanza de vida de 74,4 años de edad (INE 2022) determinan que las enfermedades no transmisibles son y serán las principales causas de morbilidad y mortalidad de la población boliviana.

Por otro lado, respecto al perfil epidemiológico actual, si bien se encuentra en transición, aún se observa que es de múltiple carga porque coexisten tanto las enfermedades transmisibles como las enfermedades no transmisibles. Estos dos grupos de enfermedades persistirán por largo tiempo; por ello, este periodo de transición se traduce en un nuevo tipo de demanda de mayor complejidad y más costoso para los servicios de salud (enfermedades no transmisibles), sumados a los ya existentes (enfermedades transmisibles).

Es evidente que el país realizó varios esfuerzos para reducir la mortalidad materna e infantil con la creación de seguros públicos de salud enfocados en la atención del binomio desde mediados de la década de los años noventa (SNMN, SBS, SUMI, Ley 475), pero también es evidente que Bolivia cuenta con la mayor Razón de Mortalidad Materna (RMM) de 160 por 100.000 nacidos vivos y Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) de 24 por 1.000 nacidos vivos, en comparación con los países de la región sudamericana y de la media registrada para el área latinoamericana (RMM: 68 por 100.000 nacidos vivos y TMI: 14 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente).

Por otro lado, considerando la información estimada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la gestión 2019 se registraron 86.423 muertes. Esta cantidad representa una tasa de mortalidad de 750,7 por 100.000 habitantes, de las cuales 72,7% corresponde a enfermedades no transmisibles (545,6 por 100.000 habitantes); 18,6% a enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales (139,8 por 100.000 habitantes); y el restante 8,7% a lesiones (65,3 por 100.000 habitantes).

Las enfermedades y condiciones de salud que tuvieron el mayor crecimiento en sus tasas de morbilidad y mortalidad, durante las dos últimas décadas, fueron las enfermedades renales, diabetes mellitus, oncológicas, digestivas, cardiovasculares y violencia interpersonal.

Esto demuestra que la transición demográfica y epidemiológica, que está en curso en el país desde hace dos décadas, advierte que el sistema de salud debe adaptarse con un incremento de la capacidad de atención y respuesta en servicios especializados en enfermedades no transmisibles, como es el caso de oncología, nefrología, endocrinología, cardiología, entre otros.

Este nuevo escenario presenta y presentará aún más un importante crecimiento en el gasto del sistema de salud, específicamente del gasto hospitalario y el gasto catastrófico de los hogares (al ser enfermedades caras), si no se asumen acciones de inmediato; las mismas deben priorizar acciones costo-efectivas, como ser la detección temprana de estas enfermedades a través de controles oportunos (diabetes, cáncer, insuficiencia renal, entre otros), así como también políticas y programas de prevención y promoción multisectorial. Asimismo, no se debe descuidar la atención y prevención de enfermedades transmisibles, y condiciones neonatales y maternas.

ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

La organización de cualquier sistema de salud es un proceso dinámico que debe responder al perfil epidemiológico y demográfico del país en un periodo determinado, donde los cuatro componentes estructurales del sistema –como son la gestión, financiamiento, modelo de atención y desarrollo óptimo de los niveles de atención respecto a capacidad resolutive (infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos)- deben interactuar de manera oportuna, efectiva y eficiente.

Lejos de esa premisa descrita anteriormente, el sistema de salud boliviano presenta la característica de ser segmentado y fragmentado. Segmentado, ya que se consideran tres sectores de salud claramente identificados (público, seguridad social y privado); los cuales responden a distintas formas de financiamiento, organización, prestación de servicios y atienden a diferentes segmentos de la población de acuerdo con sus necesidades y disponibilidad económica. Fragmentado, debido a que cada sector presenta su propia infraestructura y condiciones de acceso y atención, además de que, en cada uno, existen condiciones de acceso, costos y atención muy heterogéneas, contribuyendo así a una repartición de los recursos inequitativa e ineficiente, inequidad en el acceso a servicios de salud, duplicación de infraestructura en algunas regiones (y carencia de la misma en otras), a precios altos y diferenciados según el tipo de proveedor, generación de distorsiones en el mercado laboral con sueldos diferenciados, contratación del mismo personal médico en diferentes instituciones y respuesta desarticulada en casos de emergencias epidemiológicas.

Por lo tanto, el modelo de gestión de salud actual en Bolivia es obsoleto, burocrático e ineficiente, asociado a una débil capacidad regulatoria del ente rector, con una estructura organizacional que no expresa el actual perfil epidemiológico y que con el proceso y desarrollo de la pandemia COVID 19 develó esta crisis estructural del sistema de salud.

COMPETENCIAS EN EL SISTEMA DE SALUD

Las principales funciones en salud del sector público son abordadas por el nivel central (órgano ejecutivo) a través del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), cartera del Estado que se encarga de la elaboración y desarrollo de políticas de salud y ejecución de programas y proyectos de alcance nacional (Bono Juana Azurduy, Programa Mi Salud, Programa Multisectorial Desnutrición Cero, Programa Ampliado de Inmunización, Residencia Médica, Equipos Móviles SAFCI, Programas Epidemiológicos, entre otros); así como de los establecimientos de cuarto nivel de atención.

Por otro lado, también se encuentran las Entidades Territoriales Autónomas (ETA) –9 GAD, 1 GAR, 337 GAM y 6 GAIOC–, que se encargan principalmente de la gestión y funcionamiento de los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, y de la ejecución del Seguro Universal de Salud (SUS), de acuerdo con sus competencias enmarcadas en la Ley 031. En el caso de la Seguridad Social de Corto Plazo, ésta se encuentra bajo la tuición del nivel central a través del MSD (ASUSS), el mismo está compuesto por 15 entes gestores, donde la Caja Nacional de Salud es la de mayor importancia por la cobertura de población que protege. Adicionalmente a estos entes gestores se encuentran la Caja de Salud de la Banca Privada y los Seguros Médicos Delegados, que si bien son fiscalizadas por el nivel central (MSD-ASUSS), son consideradas como pertenecientes al sector privado.

Sin embargo, en el contexto real, la aplicación de las competencias y ejecución de los diferentes programas de salud mencionados anteriormente se desarrollan con poca coordinación entre los

niveles central, departamental y municipal, resultando en una superposición de competencias en el sector público para la asignación de recursos humanos y físicos (materiales suministros, insumos e inversiones).

En el caso de recursos humanos, un mismo establecimiento de salud puede funcionar con personal TGN (ítems administrados por los GAD a través de los SEDES), recursos humanos de los programas del MSD, personal propio de las ETA (GAD, GAR, GAM y GAIOC) y recursos humanos contratados por el mismo establecimiento de salud, todo ello resultando en importantes ineficiencias y mala repartición de los recursos.

También existe un traslape (sobreposición) de competencias para la asignación de bienes de capital (construcción o refacción de establecimientos de salud y equipamiento). De acuerdo con la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (LMAD), los gobiernos departamentales están encargados de la construcción y equipamiento en el tercer nivel de atención, mientras que los gobiernos municipales están a cargo del primer y segundo nivel de atención; pero, adicionalmente, el nivel central ejecuta proyectos de construcción y equipamiento en los tres niveles de atención a través de proyectos con financiamiento externo del MSD (AISEM y MINPRES).

Si bien estos proyectos permiten la construcción y/o equipamiento de establecimientos que no hubieran sido asumidos por los GAD y GAM (sea por falta de recursos o falta de priorización del sector salud), existe una falta de coordinación entre los diferentes niveles de gobierno que ocasiona numerosos problemas al momento de abrir y hacer funcionar la infraestructura si el nivel central, los GAD y GAM no asignan los recursos humanos y los materiales, suministros e insumos necesarios para su funcionamiento.

FINANCIAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD

El sistema de financiamiento en el sistema de salud es muy complejo, con la interacción de múltiples fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento y proveedores de servicios de salud.

El Sector Público se financia principalmente a través de:

1. *Recaudaciones de impuestos nacionales generales (de los cuales 75% se transfiere al TGN y el restante 25% corresponde a la coparticipación tributaria que se transfiere automáticamente a los GAM (20%) y universidades públicas (5%).*
2. *Recursos generados por la explotación de los hidrocarburos (impuestos sobre hidrocarburos y regalías).*
3. *Impuestos, tasas, derechos y otros ingresos generados por las ETA.*
4. *Recursos externos (donaciones y créditos de agencias de cooperación bilateral y multilateral).*
5. *Recursos propios generados por los establecimientos de salud mediante la venta de servicios a la población no cubierta por el SUS.*

El proceso de asignación de estas diferentes fuentes de financiamiento al sector público de salud puede ser automático, a través de mecanismos como la asignación de recursos humanos permanentes (ítems financiados por el TGN) y la cuenta municipal de salud (correspondiente a 15,5% de los ingresos por coparticipación tributaria de cada municipio). Sin embargo, una proporción importante de los recursos siguen asignándose de manera discrecional, según la priorización presupuestaria entre diferentes sectores de intervención del nivel central y de las ETA.

La Seguridad Social de Corto Plazo recibe la mayor parte de sus recursos de los aportes patronales realizado por las entidades públicas (empresas e instituciones) y empresas privadas, pero también de recursos propios (por venta de servicios y otros ingresos de operación) y aportes de los hogares (aportes obligatorios de los jubilados o aportes voluntarios para afiliación voluntaria).

El Sector Privado se financia esencialmente a través del gasto de bolsillo de los hogares, de los seguros privados (empresas, personas y obligatorios como el SOAT y SOATC) a través de adquisición de pólizas de seguro y, en el caso de las instituciones sin fines de lucro, de donaciones internas y externas.

GASTO EN EL SISTEMA DE SALUD

Gasto Total en Salud. Se estima que el gasto total en salud para la gestión 2022 fue de \$us 3.514 millones, de los cuales 91,8% (\$us 3.225 millones) corresponde al gasto corriente y el restante 8,2% (\$us 289 millones) a formación bruta de capital fijo. Sin embargo, el gasto total en salud está ligeramente subestimado por falta de información respecto a las instituciones sin fines de lucro, internas y externas, como ONG y fundaciones (que corresponde a 2,5% del gasto total en salud de acuerdo con estudios anteriores de Cuentas de Salud). Por otro lado, el gasto total en salud aumentó de \$us 3.096 millones, el 2019, a \$us 3.514 millones, el 2022, representando un crecimiento nominal de 13,5%, y en términos reales (precios constantes) de 9,3% entre los años 2019 y 2022.

En proporción al Producto Interno Bruto, el gasto total en salud representó el año 2022 el 8% del PIB (contra 7,6% de la gestión 2019). Este indicador es menor al promedio de la región (8,2%), como también al de otros países (Brasil 9,9%, Argentina 9,7%, Uruguay 9,4%, Chile 9,3%, Colombia 9% y Ecuador 8,3%). Asimismo, se estima que, en el mundo, los países que implementaron sistemas de cobertura universal en salud, es decir una situación que Bolivia proyecta alcanzar con el SUS a partir de la gestión 2019, destinan, en promedio, el 10% o más de su PIB a salud.

Gasto Total en Salud Per Cápita. Para la gestión 2022, se estima que el gasto en salud per cápita fue de \$us 292,7 por habitante, mayor que en la gestión 2019 (\$us 268,9), representando un crecimiento nominal de 8,9%, y en términos reales (precios constantes) de 4,8% entre los años 2019 y 2022. Convertido en Paridad de Poder Adquisitivo, el gasto total en salud per cápita en Bolivia se encuentra por debajo del promedio regional (\$us 1.441 internacionales PPA) y por debajo de los otros ocho países de la región sudamericana, a excepción de Venezuela.

Gasto en Salud por Sector. Para la gestión 2022, el gasto en salud del sector público ascendió a \$us 1.854 millones, que representa 52,8% del gasto total en salud; seguido por el gasto en salud de la seguridad social de corto plazo con 27,4% (\$us 961 millones), y el restante 19,9% (\$us 698 millones) corresponde al sector privado.

Descripción del gasto en salud de los tres sectores:

El **gasto en salud del sector público** representó una inversión por habitante no asegurado de aproximadamente \$us 214,7 para la gestión 2022, de los cuales 86,9% (\$us 186,6 por habitante no asegurado) correspondió al gasto corriente y el restante 13,1% (\$us 28,1 por habitante no asegurado) a formación bruta de capital fijo. Por otra parte, el gasto en salud del Sector Público representó 4,2% del PIB, porcentaje que varió con relación a los tres años anteriores (3,9% el 2019, 5,4% el 2020 y 4,6% el 2021), esto se debe principalmente a que el monto del PIB es menor en esos dos años con relación a 2022.

Los recursos provenientes del TGN financiaron, en promedio, 81,7% de los gastos en salud del sector público en el periodo 2019-2022, seguido por los recursos específicos o propios de las entidades públicas, con 14,9%; y el restante 3,3% provino de fuentes de donación interna (0,02%), crédito externo (3,1%) y donación externa (0,2%). Por otro lado, dentro de la estructura del gasto corriente, en el periodo 2019-2022, los gastos relacionados con los recursos humanos (permanente, eventual y contrato), medicamentos e insumos y compra en atención especializada en salud representó 80,4%.

El **gasto en salud de la seguridad social** representó una inversión por habitante asegurado de aproximadamente \$us 285,6 para la gestión 2022, de los cuales 95,1% (\$us 271,2 por habitante asegurado) correspondió a gasto corriente y el restante 4,9% (\$us 14,4 por habitante asegurado) a formación bruta de capital fijo.

Por otra parte, el gasto total en salud de la seguridad social representó 2,2% del PIB, porcentaje que varió con relación a los tres años anteriores (2,2% el 2019, 2,7% el 2020 y 2,2% el 2021), esto se debió principalmente a que el monto del PIB fue menor con relación al 2022. Es importante mencionar que los recursos provenientes de los empleadores públicos (cotizaciones de todos los trabajadores de las entidades y empresas públicas) financiaron, en promedio, 55,2% de los gastos en salud de la seguridad social en el periodo 2019-2022, seguido por los empleadores privados (cotizaciones de todos los trabajadores con empleo formal de entidades privadas con y sin fines de lucro) con 44,3%, y el restante 0,5% correspondió a recursos provenientes de los hogares (afiliación voluntaria).

Por otro lado, dentro de la estructura del gasto corriente del periodo 2019-2022, los gastos relacionados con los recursos humanos (permanente, eventual y contrato), medicamentos e insumos y compra en atención especializada en salud representaron 82,5%.

El **gasto en salud del sector privado** para la gestión 2022 presentó al gasto de hogares (proyectado de la EH) con 83,7% (\$us 584,8 millones) y el restante 16,3% (\$us 113,6 millones) al gasto de los seguros privados.

- A partir de la encuesta de hogares 2021, se ha podido estimar que el gasto de bolsillo realizado por los hogares fue, en promedio, \$us 50,9 por habitante para el 2021 (con relación a toda la población); el mismo se destina principalmente a la compra de medicamentos (44,3%), hospitalizaciones (20,6%), consulta externa (17,1%), servicios auxiliares (10,9%) y adquisición de aparatos de salud (7,1%).
- Por otro lado, se estima que 44,2% de los hogares realizaron algún gasto en salud, esto puede indicar que el gasto de bolsillo es un mecanismo de exclusión, ya que muchos hogares son excluidos de la atención en salud por no poder realizar gasto de bolsillo. En efecto, si se consideran los ingresos económicos de los hogares, solamente 35,3% de los hogares del quintil 1 (20% de los hogares más pobres) pudieron realizar algún gasto de bolsillo en salud, mientras que 48,9% de los hogares del quintil 5 lo hicieron; estas diferencias explican que un porcentaje mayor del gasto de bolsillo total está ejecutado por los hogares más ricos (que además cuentan con menos población debido a la estructura del hogar, compuesto por menos miembros que en el resto de la población).
- Dentro del gasto del sector privado se encuentra el gasto en seguros de salud y/o accidentes correspondientes a las primas generadas para personas, ya sea a través de los hogares o empresas privadas. Para la gestión 2022, los seguros generales representaron 48,4% (\$us 55 millones) del gasto total de seguros privados, seguido por el seguro de personas con 32,1% (\$us 36,4 millones), seguros obligatorios como el SOAT y SOATC con 17,4% (\$us 19,7 millones) y el restante 2,2% (\$us 2,4 millones) corresponde a servicios prepago.

OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Establecimientos de Salud. De acuerdo con datos del Sistema Nacional de Información en Salud (a través de su página web en el apartado reportes dinámicos - estructura de establecimientos), en la gestión 2022 se registraron 4.195 establecimientos de salud, de los cuales 81,3% (3.410) pertenecía al sector público en los tres niveles administrativos (nacional, departamental y municipal) según sus competencias. Posteriormente, se tienen los establecimientos del sector privado lucrativo (397) y no lucrativo (125), con 12,4% (522 en total); y el restante 6,3% de los establecimientos pertenece a la Seguridad Social a través de los entes gestores (263).

Con relación al nivel de atención, 91,6% (3.841) de los establecimientos pertenece al primer nivel de atención, posteriormente se encuentran los establecimientos de segundo nivel con 6,4% (269) y el restante 2% (85) de los establecimientos pertenece al tercer nivel de atención.

Disponibilidad de camas. Según información proporcionada por el SNIS (a través del RUES), en la gestión 2022 se registraron 16.680 camas censables de internación, de las cuales 50,7% (3.410 camas) pertenecía al sector público; seguido por 27% (4.507 camas) correspondiente a la seguridad social y el restante 22,3% (3.714 camas) al sector privado (distribuidos en organismos privados con 16,6%, Iglesia con 3,8% y ONG con 1,9%). Con relación al nivel de atención, 50,8% (8.473 camas) corresponde al tercer nivel de atención (distribuido en establecimientos de salud denominados Hospital General, con 36,7%; e Institutos Especializados, con 14,1%) y el restante 49,2% (8.207 camas) se encuentra disponible en el segundo nivel de atención (Hospital Básico). Por otro lado, según indicadores de la OMS, deberían existir 2,5 camas de internación por cada 1.000 habitantes; considerando las 1,39 camas de internación por cada 1.000 habitantes en Bolivia, existe un déficit de 1,11 camas de internación por cada 1.000 habitantes.

Productividad camas. La cama hospitalaria es uno de los recursos más importante del sistema hospitalario de cualquier sistema de salud, por este motivo debe considerarse la productividad de medida a través del índice de ocupación de camas (proporción media en un período de tiempo en el que las camas han estado realmente ocupadas por algún paciente respecto a su capacidad máxima de ocupación) expresada en porcentaje, donde el nivel que se considera óptimo es de 80%. Para la gestión 2022, según la producción de servicios del SNIS, el índice de ocupación de camas en Bolivia fue de 48,6% (todos los sectores), lo que reflejaría un uso ineficiente (31,4% de subutilización).

Recursos humanos. Según datos obtenidos del SNIS (a través de la plataforma RUES), en la gestión 2022 se emplearon 69.048 trabajadores en los establecimientos de salud del sector público (77,2%) y seguridad social (22,8%), de los cuales 76% corresponde a profesionales y técnicos de salud, seguido por personal administrativo, con 12,8%; y el restante 11,2% se refiere al personal de servicio.

Con relación al nivel de atención, se tiene que 47,6% del personal registrado corresponde al primer nivel de atención, 23,1% al segundo nivel de atención y el restante 29,3% al tercer nivel de atención. Según los indicadores de la OMS, debería existir 15 médicos por cada 10.000 habitantes, considerando los médicos especialistas (7,1 por cada 10.000 habitantes) y los médicos generales (6,4 por cada 10.000 habitantes) se tendría en Bolivia 13,5 médicos por cada 10.000 habitantes; por lo tanto, existiría un déficit de 1,5 médicos por cada 10.000 habitantes. Por otro lado, también deberían existir 15 licenciadas en enfermería por cada 10.000 habitantes, pero se tendrían 8,6 licenciadas en enfermería por cada 10.000 habitantes; por lo tanto, existiría un déficit de 6,4 licenciadas en enfermería por cada 10.000 habitantes.

COBERTURA DE SALUD

Con la Ley 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud”, que establece un servicio médico gratuito y universal para todas las personas que no están protegidas por la seguridad social y la población afiliada a cualquier ente gestor de la seguridad social, se estaría alcanzando el 100% de la cobertura teórica de la población boliviana. En la práctica, muchas personas que pueden beneficiarse de estos dos esquemas de aseguramiento no acceden efectivamente a los servicios de salud (por motivos técnicos, estructurales y financieros) y, consecuentemente, no están realmente cubiertas ni por los entes gestores de la seguridad social de corto plazo y menos por el sector público.

Seguridad Social. Según la información proporcionada por los diferentes entes gestores, así como por la rendición pública de cuentas, se observa que para la gestión 2022, la seguridad social de corto plazo contó con una población asegurada por los diferentes entes gestores de 3.368.176 personas afiliadas (titulares y familiares), que representa 28,1% de la población total.

Sector Público. La población total proyectada para la gestión 2022 ascendía a 12.006.031 personas, de las cuales 28,1% se encontraba asegurada por la seguridad social y el restante 71,9% (8.637.855 personas) no tenía seguro alguno. En teoría, este porcentaje tendría que ser cubierto por el SUS, según la Ley 1152.

Sector Privado. Adicionalmente a los esquemas de financiamiento mencionados anteriormente, público y seguridad social de corto plazo, a partir de la información del Censo 2012, se estima que aproximadamente 9,7% de la población boliviana accede a esquemas de seguros privados a través de compañías relacionadas con la salud. Sin embargo, puede que exista un sesgo respecto a la comprensión de la población censada respecto a la definición técnica de lo que es un seguro privado. Asimismo, es imposible determinar y/o estimar qué proporción de esta población tiene una cobertura relativamente amplia de prestaciones y qué proporción no está cubierta por esquemas de seguros públicos o seguros sociales; por este motivo, no se considera en el análisis este tipo de cobertura.

COSTO ESTIMADO DE SERVICIOS DE SALUD

Primer escenario. Según la OPS/OMS, para tener un aseguramiento universal en salud se debe disponer de un porcentaje igual o mayor a 10% del PIB, considerando tanto el sector público como la seguridad social pública de corto plazo. Realizando el ejercicio contemplando las definiciones de la OPS/OMS, para la gestión 2022, el gasto público (\$us 1.854 millones) + seguridad social pública de corto plazo (\$us 873 millones) habría alcanzado a un gasto total en salud pública de \$us 2.727 millones, cifra que representaría 6,2% del PIB (\$us 43.994 millones); por lo tanto, existiría una diferencia por aumentar de 3,8% para alcanzar el 10% recomendado por la OPS/OMS. Esto implicaría que se necesitaría incrementar el gasto total en salud pública en aproximadamente **\$us 1.672 millones/año**.

Segundo escenario. Si se considera el gasto en salud per cápita de los afiliados al Seguro Social Universitario de \$us 948, que es el gasto per cápita más alto de todos los entes gestores, se necesitarían, aproximadamente, \$us 8.192 millones para atender a la población no cubierta, considerando los servicios de atención que brindan los SSU; por lo tanto, restando el monto total de \$us 8.192 millones con el gasto realizado actualmente por el sector público de \$us 1.854 millones se tendría una diferencia por aumentar de \$us 6.338 millones que representa el incremento de 14,4% del PIB para el sector salud por parte del sector público. El mismo ejercicio se aplica con los demás entes gestores, donde el segundo más alto es el Seguro Médico Delegado, posteriormente le sigue la Caja Petrolera de Salud, COSSMIL, Caja de Salud de la Banca Privada, hasta alcanzar el nivel más bajo que es la Caja Nacional de Salud. También se observa el análisis con el promedio de la seguridad social que se necesitarían aumentar, aproximadamente, **\$us 612 millones/año**, lo que representa el incremento de 1,4% del PIB para el sector salud por parte del sector público.

Tercer escenario. Estandarizada la Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) de los países de la región sudamericana con el dólar en Bolivia, para alcanzar el gasto total en salud de Chile (\$us 12.020 millones), el país tendría que utilizar el 27,3% del PIB, con un gasto per cápita de \$us 1.001, considerando el gasto total en salud que se destinó en Bolivia (\$us 3.515 millones) para la gestión 2022. La diferencia para alcanzar a Chile en su gasto en salud sería de \$us 8.506 millones, lo que representa un incremento de 19,3% del PIB para el sector salud por parte del sistema de salud (sector público, seguridad social y sector privado). Por otro lado, con referencia al promedio de los países de la región sudamericana, se necesitaría aumentar aproximadamente **\$us 3.027 millones/año**, monto que representa el incremento de 6,9% del PIB para el sector por parte del sistema de salud (sector público, seguridad social y sector privado).

Cuarto escenario. Considera el gasto de bolsillo en salud de los hogares, el cual debería ser asimilado por el sector público, es decir que para la gestión 2022 se tendría un gasto total en salud de **\$us 585 millones/año**, que representa 1,3% del PIB como diferencia a ser financiado por el sector público. Para la gestión 2022, el gasto público (\$us 1.854 millones) + seguridad social pública de corto

plazo (\$us 873 millones) + gasto de hogares (\$us 585 millones) alcanzó a un gasto total en salud pública de \$us 3.312 millones, cifra que representaría 7,5% del PIB (\$us 43.994 millones).

Quinto escenario. Para lograr cubrir a las 8.637.855 personas que no cuentan con seguridad social y que, en teoría, se encuentran adscritos al SUS, y considerando la caracterización de establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de atención, adicionalmente a lo ejecutado por el sector público (\$us 1.854 millones), se necesitarían aproximadamente **\$us 856 millones/año**, monto que representaría 1,9% del PIB.

Como se observa en los cinco escenarios planteados en este estudio, es necesario que el Estado, a través del Gobierno General, incremente paulatinamente la inversión en salud en los próximos años si pretende tener un verdadero funcionamiento del SUS, además que este incremento se refleje en intervenciones costo-efectivas que controlen y/o disminuyan la carga de enfermedad de la población (especialmente aquellas que tienen un costo elevado, como son las enfermedades no transmisibles).

Por otro lado, es importante que los recursos que se dispongan para la salud sean utilizados eficientemente, es decir que las acciones de salud sean coordinadas en los tres niveles del Estado (nivel central, departamental y municipal) para evitar duplicación de esfuerzos (específicamente traslape de recursos humanos, insumos, medicamentos y formación de capital en los establecimientos de salud).

En procura de la eficiencia con los recursos, también sería importante analizar la posibilidad de realizar estudios de metropolización de los servicios de salud en municipios capitales y colindantes (Santa Cruz, Cochabamba y La Paz); y en el caso de municipios pequeños considerar la posibilidad de realizar estudios de mancomunidades de servicios de salud. Por último, explorar la posibilidad de hacer alianzas y/o convenios público-privados en los servicios de salud (resulta más económico comprar servicios de salud a un establecimiento de salud privado ya equipado y con el personal adecuado que construir, equipar, formar recursos humanos y poner en marcha un establecimiento público).

Referencias de páginas WEB

- Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros: www.aps.gob.bo
- Banco Central de Bolivia: www.bcb.gob.bo
- Banco Mundial: www.datos.bancomundial.org
- CEPAL: www.cepal.org/es/datos-y-estadisticas
- Fondo Monetario Internacional: www.imf.org/en/Data
- Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social: www.fps.gob.bo
- Instituto Nacional de Estadística: www.ine.gob.bo
- Instituto Nacional de Seguros de Salud: www.inases.gob.bo
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas: www.economiayfinanzas.gob.bo
- Ministerio de Salud: www.minsalud.gob.bo
- Organización Mundial de la Salud (GHED): www.who.int/health-accounts/ghed/en/
- Organización Panamericana de la Salud: www.paho.org/hq/
- Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales: www.udape.gob.bo
- Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo: www.vipfe.gob.bo

ANEXO 1 - CAUSAS DE MORTALIDAD

GRÁFICO A.1
Mortalidad Bolivia – Causas (2019)

	Cantidad muertes	TASA	Cantidad AVAD	TASA
Todas las causas	86.423	750,7	3.467.746	3.012,2
Condiciones transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales	16.094	139,8	827.625	718,9
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3.715	32,3	234.965	204,1
Tuberculosis	1.187	10,3	68.169	59,2
ETS excluyendo el VIH	117	1,0	11.585	10,1
Sífilis	105	0,9	9.203	8,0
Clamidia	2	0,0	529	0,5
Gonorrea	6	0,1	306	0,3
Tricomonirosis	-	0,0	383	0,3
Herpes genital	-	0,0	631	0,5
Otras ETS	5	0,0	533	0,5
VIH/SIDA	174	1,5	10.890	9,5
Enfermedades diarreicas	883	7,7	62.696	54,5
Enfermedades en racimo de la infancia	152	1,3	12.673	11,0
Tos ferina	121	1,0	10.691	9,3
Difteria	-	0,0	35	0,0
Sarampión	-	0,0	0	0,0
Tétanos	31	0,3	1.948	1,7
Meningitis	128	1,1	7.187	6,2
Encefalitis	110	1,0	6.746	5,9
Hepatitis	21	0,2	1.246	1,1
Hepatitis A aguda	12	0,1	819	0,7
Hepatitis B aguda	6	0,0	259	0,2
Hepatitis C aguda	3	0,0	109	0,1
Hepatitis E aguda	1	0,0	59	0,1
Enfermedades parasitarias y vectoriales.	829	7,2	30.240	26,3
Malaria			165	0,1
Enfermedad de Chagas	755	6,6	19.280	16,7
Leishmaniasis	5	0,0	6.142	5,3
Cisticercosis	54	0,5	2.899	2,5
Equinococosis	2	0,0	82	0,1
Dengue	4	0,0	1.283	1,1

Fiebre amarilla	3	0,0	215	0,2
Rabia	6	0,0	175	0,2
Infecciones intestinales por nematodos	2	0,0	12.413	10,8
Ascariasis	2	0,0	202	0,2
Tricuriasis	-	0,0	46	0,0
Enfermedad por anquilostoma	-	0,0	413	0,4
Trematodos transmitidos por alimentos	-	0,0	11.752	10,2
Lepra	-	0,0	21	0,0
Otras enfermedades infecciosas	112	1,0	11.099	9,6
Infecciones Respiratorias	8.084	70,2	205.917	178,9
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	8.069	70,1	192.347	167,1
Infecciones de las vías respiratorias superiores	15	0,1	9.926	8,6
Otitis media	0	0,0	3.644	3,2
Condiciones maternas	245	2,1	16.552	14,4
Condiciones neonatales	2.906	25,2	289.511	251,5
Complicaciones del parto prematuro	1.265	11,0	122.284	106,2
Asfixia al nacer y traumatismo al nacer.	984	8,5	95.243	82,7
Sepsis e infecciones neonatales.	497	4,3	53.841	46,8
Otras condiciones neonatales	160	1,4	18.142	15,8
Deficiencias nutricionales	1.143	9,9	80.681	70,1
Desnutrición proteico-energética	1.031	9,0	27.937	24,3
Deficiencia de yodo	-	0,0	224	0,2
Deficiencia de vitamina A	-	0,0	1.519	1,3
Anemia por deficiencia de hierro	-	0,0	47.864	41,6
Otras deficiencias nutricionales	112	1,0	3.137	2,7
Enfermedades no transmisibles	62.808	545,6	2.237.859	1.943,9
Neoplasmas malignos	10.259	89,1	276.959	240,6
Cánceres de boca y orofaringe	91	0,8	2.228	1,9
Labio y cavidad bucal	60	0,5	1.399	1,2
Nasofaringe	2	0,0	86	0,1
Otra faringe	29	0,3	743	0,6
Cáncer de esófago	133	1,2	3.100	2,7
Cáncer de estómago	785	6,8	20.407	17,7
Cánceres de colon y recto	407	3,5	10.876	9,4
Cáncer de hígado	720	6,3	17.013	14,8
Cáncer de hígado secundario a hepatitis B	304	2,6	8.020	7,0
Cáncer de hígado secundario a hepatitis C	68	0,6	1.195	1,0
Cáncer de hígado secundario al consumo de alcohol.	215	1,9	4.521	3,9
Otro cáncer de hígado	134	1,2	3.277	2,8
Cáncer de páncreas	332	2,9	6.672	5,8
Tráquea, bronquios, cánceres de pulmón.	901	7,8	18.119	15,7
Melanoma y otros cánceres de piel	190	1,7	4.131	3,6
Melanoma cutáneo maligno	95	0,8	2.566	2,2

Cáncer de piel no melanoma	95	0,8	1.564	1,4
Cáncer de mama	482	4,2	15.616	13,6
Cáncer de cuello uterino	1.071	9,3	37.322	32,4
Cáncer de cuerpo de útero	151	1,3	5.440	4,7
Cáncer de ovario	102	0,9	3.609	3,1
Cáncer de próstata	550	4,8	11.275	9,8
Cáncer testicular	17	0,1	908	0,8
Cáncer de riñón	194	1,7	3.912	3,4
Cáncer de vejiga	43	0,4	1.310	1,1
Cánceres de cerebro y sistema nervioso	224	1,9	7.496	6,5
Cáncer de vesícula biliar y vías biliares	1.270	11,0	26.219	22,8
Cáncer de laringe	73	0,6	1.747	1,5
Cáncer de tiroides	52	0,5	1.668	1,4
Mesotelioma	10	0,1	353	0,3
Linfomas, mieloma múltiple.	219	1,9	8.221	7,1
linfoma de Hodgkin	46	0,4	1.863	1,6
No linfoma de Hodgkin	139	1,2	5.237	4,5
Mieloma múltiple	35	0,3	1.121	1,0
Leucemia	380	3,3	18.112	15,7
Otras neoplasias malignas	1.860	16,2	51.208	44,5
Otras neoplasias	43	0,4	1.077	0,9
Diabetes mellitus	4.927	42,8	144.639	125,6
Trastornos endocrinos, sanguíneos e inmunológicos.	384	3,3	36.464	31,7
Talasemias	1	0,0	1.486	1,3
Trastornos y rasgos de células falciformes	6	0,1	1.707	1,5
Otras hemoglobinopatías y anemias hemolíticas	85	0,7	5.353	4,6
Otros trastornos endocrinos, sanguíneos e inmunológicos.	292	2,5	27.919	24,3
Trastornos mentales y por uso de sustancias.	628	5,5	264.420	229,7
Trastornos depresivos	-	0,0	65.034	56,5
Trastorno depresivo mayor	-	0,0	55.198	47,9
Distimia	-	0,0	9.835	8,5
Trastorno bipolar	-	0,0	21.877	19,0
Esquizofrenia	-	0,0	18.615	16,2
Trastornos por consumo de alcohol	384	3,3	26.060	22,6
Trastornos por consumo de drogas	244	2,1	28.409	24,7
Trastornos por consumo de opioides	157	1,4	13.910	12,1
Trastornos por consumo de cocaína	14	0,1	2.584	2,2
Trastornos por consumo de anfetaminas	7	0,1	4.241	3,7
Trastornos por consumo de cannabis	-	0,0	912	0,8
Otros trastornos por consumo de drogas	66	0,6	6.762	5,9
Desórdenes de ansiedad	-	0,0	62.267	54,1
Trastornos de la alimentación	0	0,0	6.241	5,4
Autismo y síndrome de Asperger	-	0,0	6.128	5,3
Trastornos del comportamiento infantil	-	0,0	12.209	10,6

Síndrome de déficit de atención/hiperactividad	-	0,0	3.202	2,8
Desorden de conducta	-	0,0	9.007	7,8
Discapacidad intelectual idiopática	-	0,0	6.007	5,2
Otros trastornos mentales y del comportamiento	-	0,0	11.573	10,1
Condiciones neurológicas	3.662	31,8	118.906	103,3
Enfermedad de Alzheimer y otras demencias	2.479	21,5	37.788	32,8
Enfermedad de Parkinson	852	7,4	12.991	11,3
Epilepsia	199	1,7	25.079	21,8
Esclerosis múltiple	22	0,2	926	0,8
Migraña	-	0,0	29.250	25,4
Dolor de cabeza no migrañoso	-	0,0	5.382	4,7
Otras condiciones neurológicas	109	0,9	7.491	6,5
Enfermedades de los órganos de los sentidos.	-	0,0	140.315	121,9
Enfermedades cardiovasculares	22.428	194,8	424.425	368,7
Enfermedad cardíaca reumática	292	2,5	11.585	10,1
Enfermedad cardíaca hipertensiva	1.927	16,7	31.249	27,1
Enfermedad isquémica del corazón	11.051	96,0	191.522	166,4
Ataque	7.206	62,6	149.640	130,0
Accidente cerebrovascular isquémico	3.352	29,1	53.524	46,5
Accidente cerebrovascular hemorrágico	3.855	33,5	96.116	83,5
Miocardiopatía, miocarditis, endocarditis.	374	3,3	10.246	8,9
Otras enfermedades circulatorias	1.577	13,7	30.183	26,2
Enfermedades respiratorias	5.333	46,3	115.960	100,7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3.735	32,4	62.333	54,1
Asma	258	2,2	27.131	23,6
Otras enfermedades respiratorias	1.339	11,6	26.495	23,0
Enfermedades digestivas	7.257	63,0	205.166	178,2
La enfermedad de úlcera péptica	678	5,9	12.747	11,1
Cirrosis del hígado	3.987	34,6	99.507	86,4
Cirrosis por hepatitis B	241	2,1	6.430	5,6
Cirrosis por hepatitis C	474	4,1	12.408	10,8
Cirrosis por consumo de alcohol.	1.587	13,8	40.591	35,3
Otra cirrosis hepática	1.686	14,6	40.078	34,8
Apendicitis	156	1,4	6.960	6,0
Gastritis y duodenitis	142	1,2	5.870	5,1
Íleo paralítico y obstrucción intestinal.	737	6,4	19.109	16,6
Enfermedad inflamatoria intestinal	42	0,4	1.393	1,2
Vesícula biliar y enfermedades biliares.	529	4,6	13.395	11,6
Pancreatitis	429	3,7	11.386	9,9
Otras enfermedades digestivas	557	4,8	34.799	30,2
Enfermedades genitourinarias	6.462	56,1	198.458	172,4
Enfermedades renales	5.879	51,1	132.103	114,7
Glomerulonefritis aguda	4	0,0	100	0,1
Enfermedad renal crónica debido a la diabetes.	1.959	17,0	41.657	36,2

Otra enfermedad renal crónica	3.916	34,0	90.346	78,5
Hiperplasia prostática benigna	-	0,0	2.930	2,5
Urolitiasis	15	0,1	827	0,7
Otras enfermedades urinarias	552	4,8	10.824	9,4
Esterilidad	-	0,0	2.228	1,9
Enfermedades ginecológicas	16	0,1	49.545	43,0
Enfermedades de la piel	101	0,9	31.859	27,7
Enfermedades musculoesqueléticas	213	1,8	129.305	112,3
Artritis reumatoide	111	1,0	5.336	4,6
Osteoartritis	-	0,0	19.756	17,2
Gota	-	0,0	851	0,7
Dolor de espalda y cuello	-	0,0	48.641	42,3
Otros trastornos musculoesqueléticos	102	0,9	54.721	47,5
Anomalías congénitas	1.080	9,4	102.129	88,7
Defectos del tubo neural	73	0,6	6.805	5,9
labio hendido y paladar hendido	3	0,0	540	0,5
Síndrome de Down	55	0,5	4.924	4,3
Anomalías cardíacas congénitas	482	4,2	41.760	36,3
Otras anomalías cromosómicas	35	0,3	3.962	3,4
Otras anomalías congénitas	432	3,8	44.137	38,3
Condiciones bucales		0,0	44.926	39,0
Síndrome de muerte súbita infantil	32	0,3	2.851	2,5
Lesiones	7.520	65,3	402.262	349,4
Lesiones no intencionales	5.699	49,5	299.006	259,7
Lesiones en la carretera	2.430	21,1	112.179	97,4
Envenenamientos	66	0,6	4.007	3,5
Caídas	1.066	9,3	45.257	39,3
Fuego, calor y sustancias calientes.	181	1,6	15.825	13,7
Ahogo	406	3,5	22.376	19,4
Exposición a fuerzas mecánicas.	214	1,9	20.895	18,1
Desastres naturales	57	0,5	3.630	3,2
Otras lesiones no intencionadas	1.279	11,1	74.836	65,0
Lesiones intencionales	1.821	15,8	103.257	89,7
Autolesiones	715	6,2	33.462	29,1
Violencia interpersonal	1.097	9,5	69.250	60,2
Violencia colectiva e intervención legal	9	0,1	545	0,5

Fuente: Elaboración propia con información de la OMS.



ANEXO 2 - METODOLOGÍA GASTO EN SALUD

A.2.1 DELIMITACIÓN DEL ESTUDIO

Límite temporal

El estudio comprende el periodo 2019-2022. El análisis considera un año calendario, es decir del 1 de enero al 31 de diciembre.

Límite espacial

El análisis del estudio abarca los tres sectores que conforman el sistema de salud boliviano: el sector público, la seguridad social de corto plazo y el sector privado.

Límite del gasto en salud

Si se considera que un sistema de salud está conformado por todas aquellas actividades que tienen como objetivo principal fomentar, mantener y restaurar la salud de una población determinada, bajo el nombre de actividad de salud se comprende un gran número de acciones de diversas naturalezas y difícil clasificación.

Por lo tanto, la definición de qué es o qué no es gasto en salud es un asunto complejo donde deben establecerse algunos criterios comunes que permitan reducir al mínimo las interpretaciones arbitrarias para, de esta forma, poder facilitar las comparaciones entre distintos países y contextos. Para contribuir con este propósito se ha llegado a un conjunto de criterios y definiciones comunes que son compatibles con las normas internacionales que rigen este tipo de actividad. En el SHA 2011 se define como actividades de salud aquellas acciones que tienen por objetivo esencial:

- Promoción y prevención de la salud.
- Diagnóstico, tratamiento, cura y rehabilitación de la enfermedad.
- Atención de personas afectadas por enfermedades crónicas.
- Atención de personas con discapacidades o impedimentos.
- Atención paliativa.
- Programas de salud para la comunidad.
- Gobernanza y administración del sistema de salud.

Límite del momento contable

El momento contable que se considera en el estudio es el devengado, donde los gastos se asignan a un período de tiempo durante el cual se creó el valor económico (creación de una obligación de pago a favor de terceros por la recepción de bienes o servicios en los proveedores de servicios).

A.2.2 FUENTE DE INFORMACIÓN

Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP). Base de datos en formato Excel de ejecución presupuestaria de gastos (consolidado anual) para todas las instituciones del sector público (gobierno general, empresas públicas y otros) y seguridad social de corto plazo, con información del presupuesto aprobado (en el Presupuesto General del Estado), presupuesto vigente (que incluye las modificaciones presupuestarias aprobadas en curso de gestión) y presupuesto devengado, que se encuentra desagregada por entidad, partida presupuestaria (objeto de gasto), fuente de financiamiento, organismo financiador, programa, proyecto, actividad, descripción programática.

Caja de Salud de la Banca Privada. Base de datos en Excel de ejecución presupuestaria de gastos (consolidado anual) con información de presupuesto aprobado, presupuesto vigente (que incluye las modificaciones presupuestarias aprobadas en curso de gestión) y presupuesto devengado, que se encuentra desagregada por partida presupuestaria (objeto de gasto), fuente de financiamiento y organismo financiador.

Encuesta de Hogares. La única fuente de información disponible que permita estimar el gasto de bolsillo en salud es la EH, realizada anualmente por el INE.

Anuario Estadístico Seguros Privados. La estimación de los gastos en salud de las compañías de seguros comerciales se realiza con base en la información consolidada por la Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros (APS), que se reporta en el boletín estadístico mensual de seguros (el boletín del mes de diciembre incluye la información consolidada de la gestión, APS 2022). Esta información se utiliza para calcular el gasto del esquema de seguros de salud voluntarios gestionado por los seguros comerciales y del esquema de SOAT y SOATC.

Limitaciones

- No se incluye información de las ONG internas y externas relacionadas con salud.
- No se incluye información de empresas privadas que apoyan a la salud a través de responsabilidad social.
- No se incluye información de agencia de cooperación bilateral o multilateral que apoyan por fuera de lo registrado en el PGE.

A.2.3 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

La base de datos de ejecución presupuestaria de gastos del Estado Plurinacional proporcionada por el MEFP constituye el punto de partida para la elaboración de la base de datos única del sector público y seguridad social para determinar el gasto en salud, ya que todas las fuentes de información principales disponibles para el sector público se basan en un formato similar y utilizan exactamente los mismos clasificadores presupuestarios de instituciones, objeto del gasto, fuentes y organismos financiadores, entre otros.

En primer lugar, es necesario analizar y filtrar la base de datos de la estructura programática del Estado para seleccionar las descripciones programáticas que corresponden a actividades relacionadas con la salud, de acuerdo con lo definido en el límite del gasto en salud. Este análisis es una actividad morosa debido al importante número de categorías programáticas a ser consideradas. Estos se pueden identificar según los siguientes lineamientos generales:

Se debe incluir a todas las categorías programáticas de las instituciones que pertenecen al sector salud; si bien el sector salud puede realizar gastos que no corresponden a salud, estos pueden ser excluidos en etapas de estimación posteriores. Las instituciones que generalmente se deben considerar en su totalidad (con su código de identificación institucional), son las siguientes: 046 Ministerio de Salud, 111 Instituto Boliviano de la Ceguera, 112 Comité Nacional de la Persona con Discapacidad, 133 Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad, 249 Central de Abastecimiento y Suministros de Salud, 251 Instituto Nacional de Salud Ocupacional, 382 Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico, 385 Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo, 411 Corporación del Seguro Social Militar, 417 Caja Nacional de Salud, 418 Caja Petrolera de Salud, 422 Caja Bancaria Estatal de Salud, 423 Caja de Salud del Servicio Nacional de Caminos y Ramas Anexas, 424 Caja CORDES, 425 Seguro Social Universitario (SSU) de Cochabamba, 426 SSU Oruro, 427 SSU Santa Cruz, 428 SSU Sucre, 429 SSU La Paz, 432 SSU Tarija, 433 SSU Potosí y 434 Seguro Social Universitario de Beni.

Para los gobiernos autónomos departamentales y regional, a los programas de salud se deben atribuir, generalmente, el código programático 40. Sin embargo, se reportan regularmente actividades de salud o relacionadas con salud en otros grupos programáticos, como por ejemplo en los programas 00 (administración departamental), 14 (infraestructura departamental), 19 (desarrollo social), 41 (educación), 42 (gestión social) y 98 (transferencias), entre otros (el código de identificación genérico de los programas puede variar en algunos departamentos).

Para los gobiernos autónomos municipales y GAIOC, a los programas de salud se deben atribuir, generalmente, el código programático 20. Sin embargo, al igual que los gobiernos departamentales, los municipios pueden reportar actividades de salud o relacionadas con salud en otros grupos programáticos, como por ejemplo en los programas 17 (infraestructura municipal), 21 (educación), 25 (políticas de género), 26 (protección de la niñez y mujer), 31 (prevención de desastres) y 34 (fortalecimiento institucional), entre otros (el código de identificación genérico de programa puede variar en algunos municipios).

Para otros tipos de instituciones, es necesario utilizar filtros de texto con palabras claves (por ejemplo "salud", "hospital", "nutrición", "tratamiento", "rehabilitación", "medicina", etc.) y lectura detallada para identificar funciones de salud, relacionadas con la salud o que posiblemente incluyen gasto en salud. De manera resumida, las instituciones que generalmente realizan gasto en salud incluyen el Ministerio de Gobierno, Ministerio de la Presidencia, Ministerio de Justicia, las universidades públicas, FPS, etc. Sin embargo, es necesario analizar detalladamente cada institución del Estado para asegurar no olvidar ninguna categoría programática de interés.

En segundo lugar, para identificar el gasto en salud registrado bajo descripciones programáticas de otros sectores que salud o en categorías programáticas no relacionadas con salud, es necesario en la base de datos del MEFP, adicionalmente al filtro por categoría programática, el detalle de ejecución presupuestaria correspondiente a las siguientes partidas de gasto:

- 11321 Categorías Médicas
- 11322 Escalafón Médico
- 11323 Escalafón de los Trabajadores en Salud
- 11324 Otras Remuneraciones
- 11600 Asignaciones Familiares
- 13110 Régimen de Corto Plazo (Salud)
- 22500 Seguros (incluye en parte el gasto del SOAT, pero no corresponde exclusivamente a salud)
- 25120 Gastos Especializados por Atención Médica y otros
- 25130 Gastos por Afiliación de Estudiantes Universitarios al Seguro Social
- 31140 Alimentación Hospitalaria, Penitenciaria, Aeronaves y Otras Específicas
- 34200 Productos Químicos y Farmacéuticos
- 39400 Instrumental Menor Médico-Quirúrgico
- 43400 Equipo Médico y de Laboratorio
- 72510 Transferencias Corrientes a los Gobiernos Autónomos Municipales e IOC para Salud
- 73300 Transferencias Corrientes del Fondo Solidario Nacional
- 73600 Transferencias Corrientes a Instituciones de Seguridad Social por Subsidios o Subvenciones
- 77600 Transferencias de Capital a Instituciones de Seguridad Social por Subsidios o Subvenciones

Luego de identificar y posiblemente incluir las partidas de gasto específicas de salud asociadas a descripciones programáticas que fueron excluidas en la primera etapa de filtro de la base de datos, es necesario realizar el procedimiento inverso; es decir, excluir a partidas específicas de objeto de gasto (que solo pueden corresponder a actividades excluidas del gasto en salud) correspondientes a actividades reportadas como salud en la primera etapa de filtro de programas y actividades. De manera general, los grupos de partidas a excluir son los siguientes:

Activos financieros (50000): Este grupo de gasto y todas las partidas presupuestarias correspondientes (51000, 57000, 57100, 58400, etc.) deben ser sistemáticamente excluidos de las actividades de salud, ya que no pueden corresponder ni a consumo final ni a costos de producción de servicios, ni a formación de capital en salud.

Amortización de la deuda pública (61100, 61600, 62100, 62600): Se debe excluir del gasto en salud a las partidas correspondientes al reembolso del valor de capital (amortización financiera) prestado para inversión en salud, ya que el monto invertido ya fue registrado al momento de realizar la inversión. Sin embargo, se deben tomar en cuenta dentro del costo de los servicios de salud al pago de intereses y comisiones bancarias (partidas de gasto 61200, 61300, 61400, etc.).

Disminución de pasivos (63000, 64000, 65000, 66000, 67000, 68000, 69000): Se debe excluir del gasto en salud a todas las partidas y subpartidas clasificadas entre 63000 y 69000, ya que corresponden a disminución de pasivos, como disminución de cuentas por pagar (63000 y 64000), gastos devengados no pagados (65000, 66000) y otros (67000 y 68000). También se excluye a la devolución de fondos recibidos en fideicomiso (69000). Se registran recursos en disminución de cuentas por pagar o gastos devengados no pagados cuando hay una diferencia entre los gastos devengados y los pagos de una entidad durante la gestión. Sin embargo, estas diferencias no son de interés para el gasto en salud, ya que solo toman en cuenta el gasto devengado.

Pensiones y becas (71100 y 71200): Si bien las transferencias son generalmente excluidas, estas suben un tratamiento estadístico específico para asegurarse de que el servicio financiado con el importe de la transferencia esté efectivamente incluido en el gasto en salud. Sin embargo, en todos los casos, se deben excluir a las pensiones y jubilaciones (partida 71100) y a las becas (71200). Respecto a las becas, estas deben ser excluidas ya que corresponden generalmente a gastos relacionados con la educación. No obstante, es necesario prestar atención al destino de la beca, ya que es posible que esta partida de gasto sirva para pagar a pasantes y estudiantes que aportan al proceso de producción de servicios de salud, en ese caso debería quedar incluido.

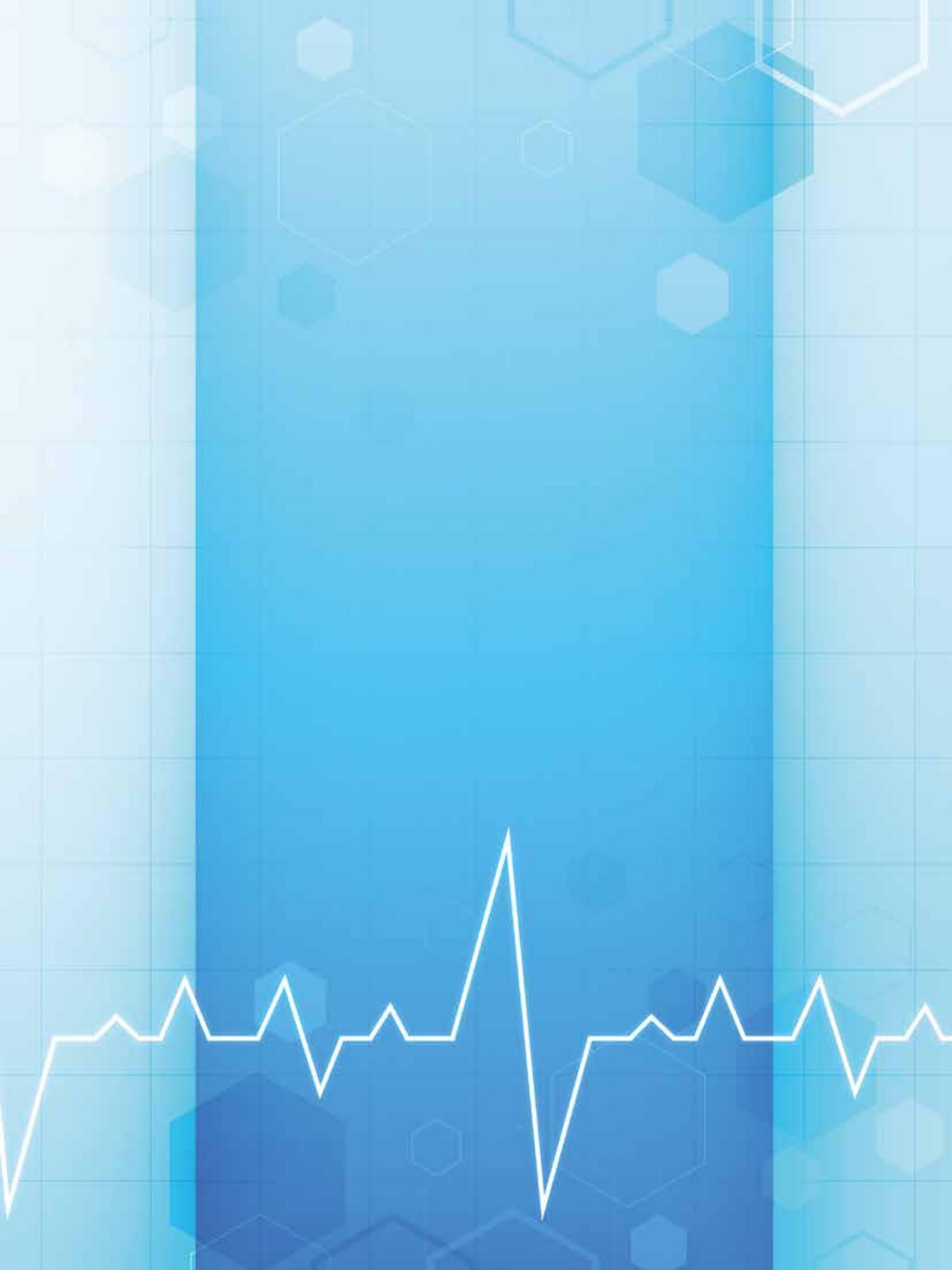
Transferencias al exterior (79000): En todos los casos que haya o no contraparte de información de la transferencia se deben excluir las transferencias al exterior (corrientes y de capital), ya que estas corresponden a exportaciones y son excluidas del gasto corriente y formación de capital en salud de Bolivia.

Las variables de desglose de la base de datos (en columna) son las siguientes (el orden de las variables en la base de datos del MEFP puede variar según cómo se procesó la base):

- Gestión (año considerado)
- Código y descripción de la entidad ejecutora del gasto (según el clasificador institucional)
- Objeto de gasto (según el clasificador de objeto de gasto)
- Fuente de financiamiento (según el clasificador de fuentes de financiamiento)
- Organismo financiador (según el clasificador de organismos financiadores)
- Código programático presupuestario para Programa (Prog), Proyecto (Proy) y Actividad (Act)
- Descripción programática
- Importe del presupuesto inicial (según ley del PGE)
- Importe del presupuesto vigente (incluyendo las modificaciones presupuestarias)
- Importe devengado (ejecutado; es decir, el monto que se considera para el gasto en salud)

Adicionalmente a estas variables, es necesario crear en la base de datos nuevas columnas para prever la inclusión de las clasificaciones del gasto en salud. Por lo tanto, a la derecha de la última columna reportada por el MEFP se deben incluir nuevas columnas con las siguientes variables:

- Salud: Esta columna específica permitirá, luego, anotar las líneas de gasto que corresponden a gasto en salud de acuerdo con la definición funcional (sirve de filtro).
- Tipo de Gasto: Esta columna permitirá realizar un desglose entre el gasto corriente en salud y la formación de capital en el sector salud.
- Luego, se incluye una columna para cada clasificación de gasto en salud a ser elaborada: Fuente de Financiamiento (FS.RI) y Agente de Financiamiento (FA).
- Observaciones / comentarios: Finalmente, es importante incluir los comentarios como última columna de la base, para así ir anotando los problemas o dudas que surjan sobre datos específicos.





@JubileoBolivia



Fundación Jubileo



@fundacionjubileo



Fundación Jubileo



www.jubileobolivia.org.bo