

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%.

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.

Bolivia, al igual que todos los países de la región, presenta cambios importantes en los patrones alimenticios de sus poblaciones; esto repercute en que la incidencia y prevalencia de malnutrición ligada al incremento de obesidad, especialmente en el grupo infantil y juvenil, es mayor a la desnutrición crónica. Estos cambios en los patrones alimentarios de los hogares surgen como consecuencia de modificaciones en la estructura familiar por la ocupación de ambos progenitores en el mercado laboral, así como también por la industrialización de alimentos con productos terminados para el consumo humano ("comida chatarra"), esto ocasiona que las personas se alimenten fuera del hogar, consuman más alimentos industrializados con alto grado de sodio, azúcar y grasas saturadas, y a ello se añade la publicidad sin regulación de alimentos procesados, bebidas azucaradas y comida rápida.

El 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).

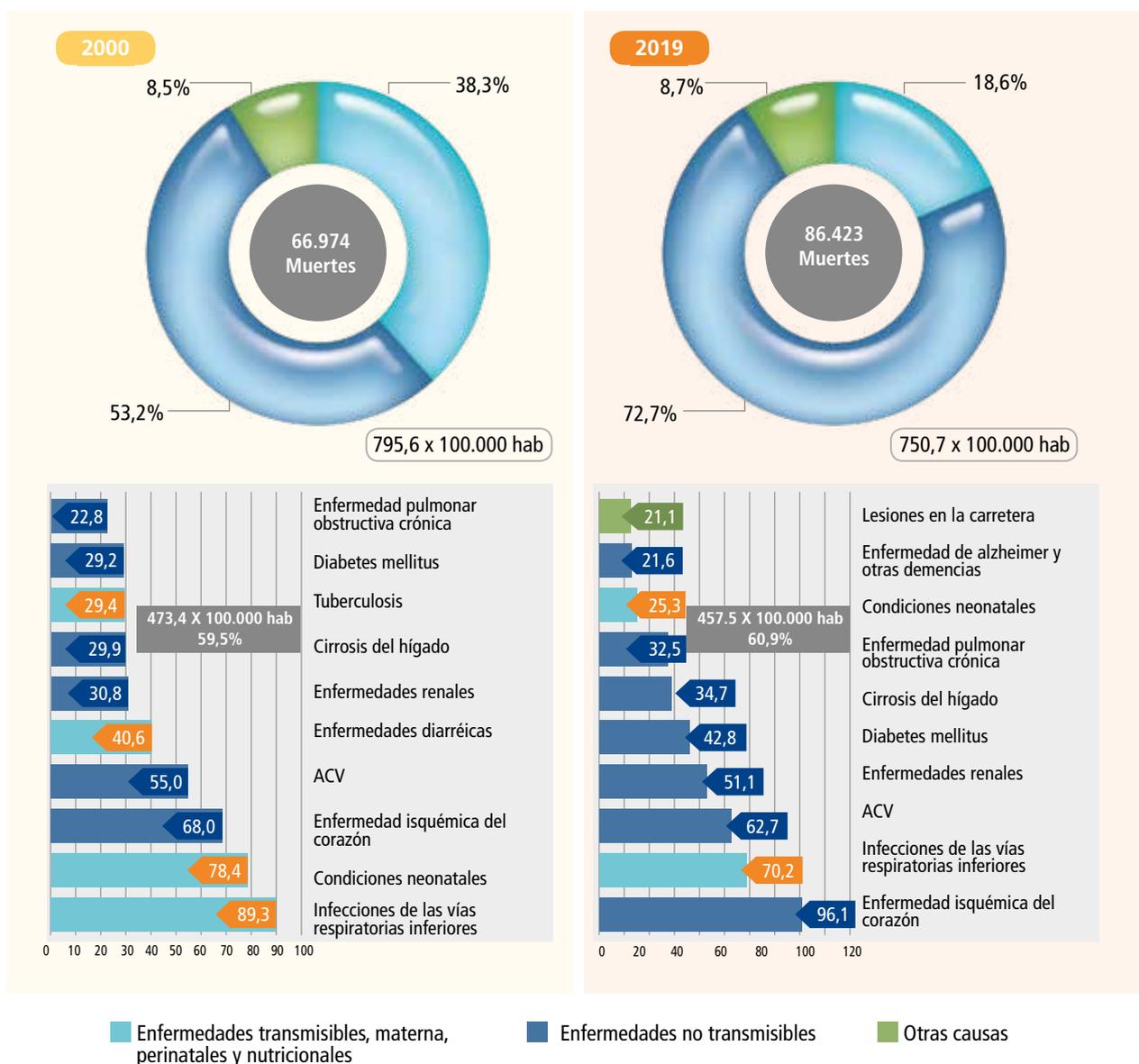
Por otro lado, considerando la información estimada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en la gestión 2019 se registraron 86.423 muertes. Esta cantidad representa una tasa de mortalidad de 750,7 por 100.000 habitantes, de las cuales 72,7% corresponde a enfermedades no transmisibles (545,6 por 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,

Mortalidad Bolivia – Causas principales (2000 y 2019)



Fuente: Elaboración propia con información de la OMS.

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.

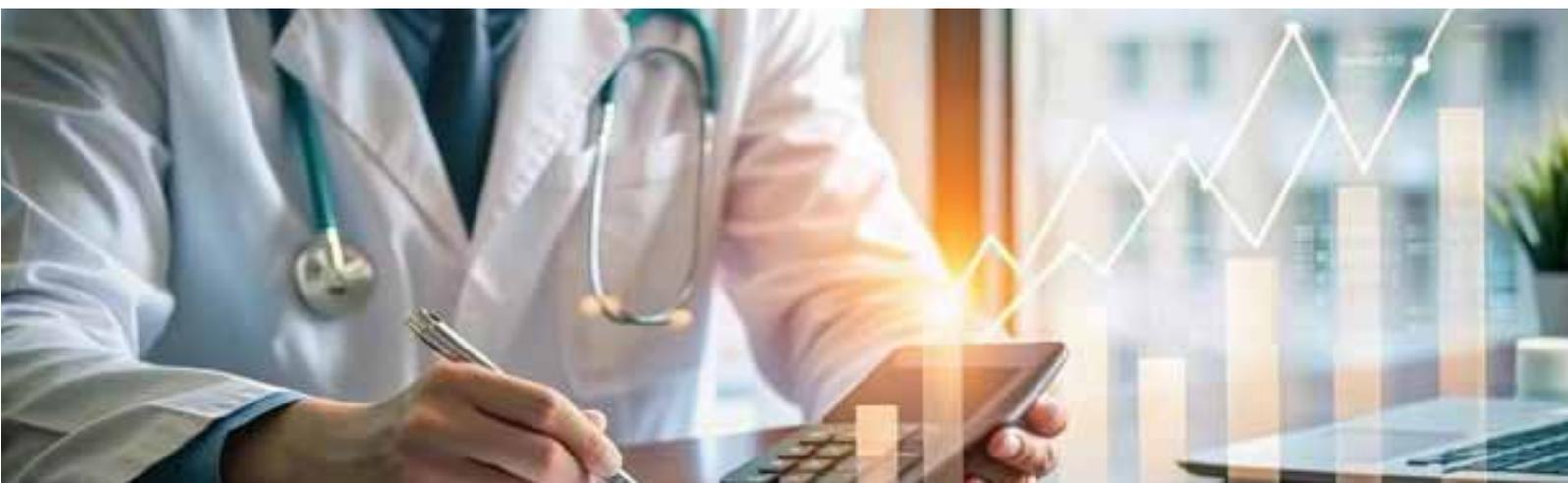
La Seguridad Social de Corto Plazo recibe la mayor parte de sus recursos de los aportes patronales realizado por las entidades públicas (empresas e instituciones) y empresas privadas, pero también de recursos propios (por venta de servicios y otros ingresos de operación) y aportes de los hogares (aportes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

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).

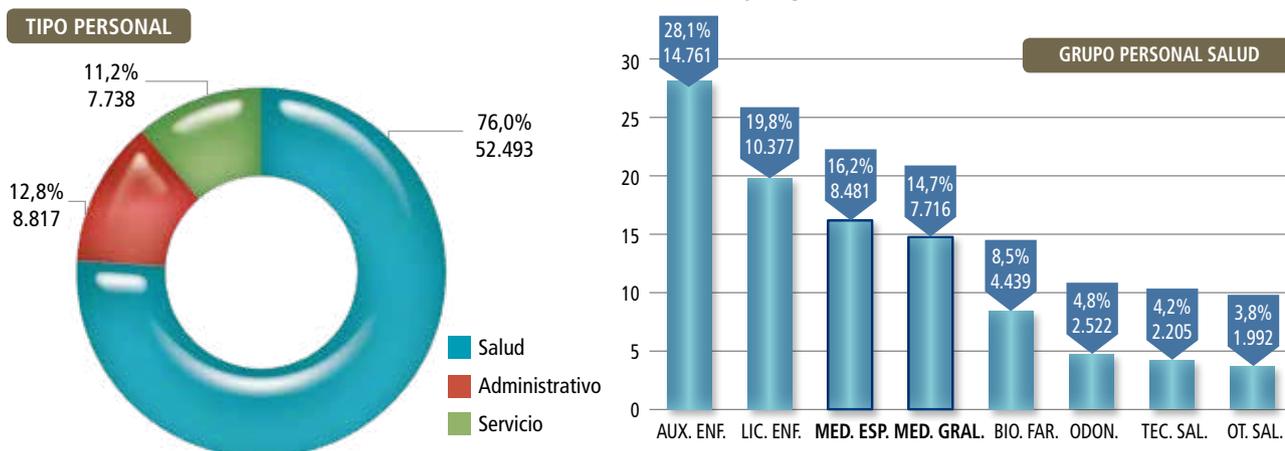
Con relación al nivel de atención, 91,6% (3.841) de los establecimientos pertenece al primer nivel de atención, posteriormente se encuentran los establecimientos de segundo nivel con 6,4% (269) y el restante 2% (85) de los establecimientos pertenece al tercer nivel de atención.

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.

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



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

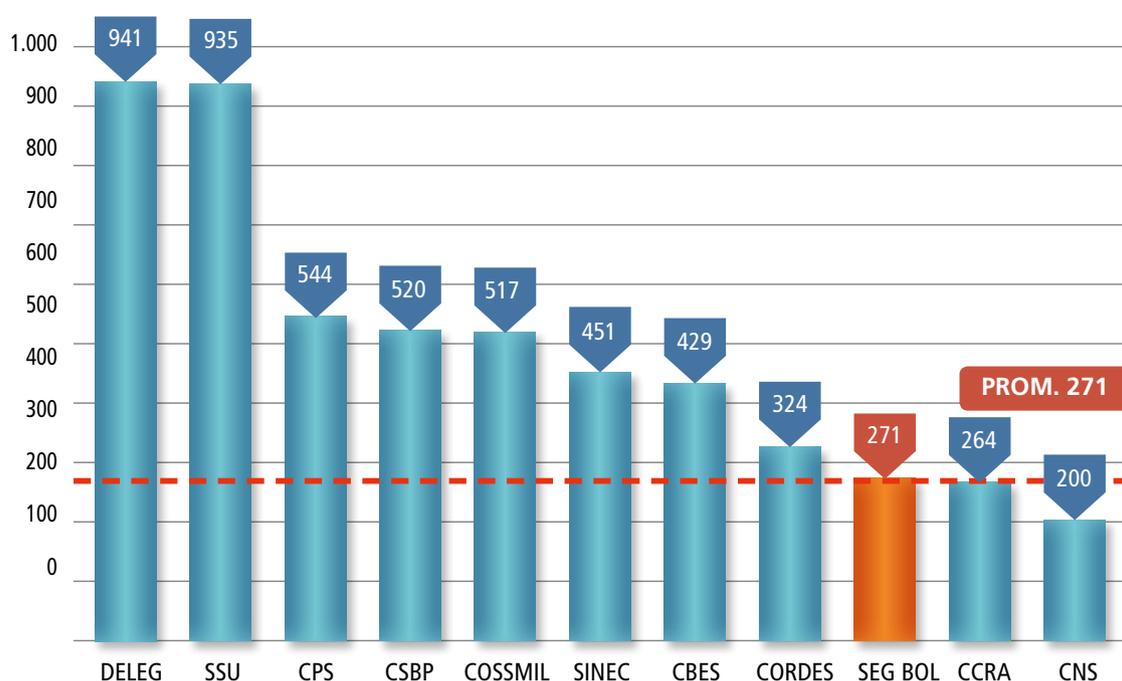
Con la Ley 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud”, que establece un servicio médico gratuito y universal para todas las personas que no están protegidas por la seguridad social y la población afiliada a cualquier ente gestor de la seguridad social, se estaría alcanzando el 100% de la cobertura teórica 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.

Por otra parte, 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.

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).

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.

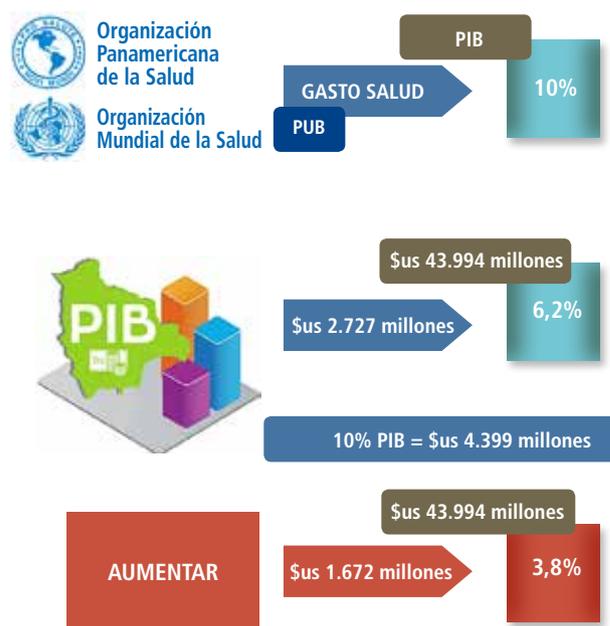
Sector Privado. Adicionalmente a los esquemas de financiamiento mencionados anteriormente, público y seguridad social de corto plazo, a partir de la información del Censo 2012, se estima que aproximadamente 9,7% de la población boliviana accede a esquemas de seguros privados a través de compañías relacionadas 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**.

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. 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).

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	GASTO TOTAL POBLACIÓN BOL.	GTO / PIB BOL.	DIFERENCIA	DIF. % PIB
VENEZUELA	103	467.747.496	1,1%	-3.046.884.244	-6,9%
BOLIVIA	774	3.514.631.741	8,0%	0	0%
PERÚ	856	3.885.770.556	8,8%	371.138.816	0,8%
ECUADOR	971	4.409.603.229	10,0%	894.971.488	2,0%
PARAGUAY	1.222	5.547.303.254	12,6%	2.032.671.514	4,6%
COLOMBIA	1.542	7.003.099.236	15,9%	3.488.467.495	7,9%
BRASIL	1.626	7.380.654.353	16,8%	3.866.022.612	8,8%
ARGENTINA	2.323	10.547.122.510	24,0%	7.032.490.769	16,0%
URUGUAY	2.344	10.643.756.611	24,2%	7.129.124.871	16,2%
CHILE	2.648	12.020.554.326	27,3%	8.505.922.585	19,3%
PROMEDIO	1.441	6.542.024.331	14,9%	3.027.392.591	6,9%

Fuente: Elaboración propia.

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).



@JubileoBolivia



Fundación Jubileo



@fundacionjubileo



Fundación Jubileo



Director Ejecutivo:
Juan Carlos Núñez V.

Coordinador Área de Investigación:
Waldo Gómez R.

Supervisión:
René Martínez Céspedes

Edición:
Jorge Jiménez Jemio

Correo electrónico:
fundajub@jubileobolivia.org.bo

Página electrónica:
www.jubileobolivia.org.bo

www.jubileobolivia.org.bo

Bolivia 2024