

# EL SISTEMA DE SALUD BOLIVIANO

*Sydney Edson Morales Medina*

## INTRODUCCION

Con la creación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en 1938 y con una atención centralista y hospitalaria se inicia en Bolivia el Sistema Nacional de Salud (SNS), que coincide con lo dicho por Almeida *“la transformación de la atención médica solamente se produjo después de los años 30 del siglo XX, incluyéndose la atención hospitalaria aunque también de manera específica, esto es, privatizada o fuertemente subsidiada por el Estado y dirigida a grupos particulares”*. (Almeida Celia: 2002, p. 907).

Más tarde en 1953 se implementaría el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizan en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la economía boliviana. Esta situación obligó a reformar el SNS en la década de los 70's, bajo el impulso de las tendencias en América Latina a enfatizar los gastos sectoriales y a forzar la reevaluación de prioridades como consecuencia de la crisis económica, buscando la eficiencia y la efectividad en la intervención del Estado, y la reducción del complejo médico industrial; así el SNS adopta un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales. Más tarde en 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata, se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y en una perspectiva más técnica, economicista y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80's y al aumento de las desigualdades.

Pese a estas reformas, muchos trabajadores urbanos y rurales no alcanzaban acceder a servicios intermedios de salud y para entonces la medicina tradicional ya había ganado un espacio de

importancia. La fuerte deuda social acumulada y el déficit de cobertura obligaron a reformular nuevamente el SNS hasta su forma actual, con la premisa de superar la inequidad en el acceso y en las coberturas de los servicios de salud, y de ajustarse a la realidad cultural boliviana.

## **1. Modelo de Gestión y Estructura**

El SNS se define como *“el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD)”*. (UDAPE: 2007).

El Modelo de Gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención en salud, el Primer Nivel de atención encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito y está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, centro de salud, policlínicas y poli consultorios. El Segundo Nivel de atención comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología; su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo; y el Tercer Nivel de atención que esta constituido por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y sub especialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad, sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

El MSD es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; las cuales son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) que dependen técnicamente del MSD y administrativamente de la Prefectura o Gobierno Departamental (la máxima autoridad del SEDES es nombrada por el Prefecto). Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y de los

programas de salud considerados prioritarios en el municipio, el DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Director Técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia<sup>1</sup>. Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios.

Estas instancias de gestión y los establecimientos de salud conforman tres Redes de Salud, la primera es la Red de Salud Municipal conformada por los establecimientos de Primer y Segundo Nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Gerente de Red nombrado por el respectivo DILOS. La Red de Salud Departamental conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del Tercer Nivel de atención del departamento, la responsabilidad de esta red recae sobre el Director Técnico del SEDES. La Red Nacional de establecimientos de salud está conformada en total por los 2167 establecimientos de salud de Bolivia, de estos el 93% corresponden al primer nivel de atención, el 5% al segundo nivel y el 2% al tercer nivel (*VEASE TABLA 1*). Los que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG's.

El subsector público esta organizado en tres niveles, el nivel nacional a la cabeza del MSD, el nivel departamental liderado por las Prefecturas que son las responsables de la administración de los recursos humanos de este subsector, y el nivel municipal en donde el Gobierno Municipal es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos. Este subsector esta dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con más establecimientos de salud (2167) en los diferentes niveles de atención.

El subsector de la seguridad social a corto plazo está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios de salud a sus beneficiarios, estas Cajas de Salud dependen de la Unidad de

---

<sup>1</sup> El Comité de Vigilancia es un órgano conformado por un representante del Distrito Municipal y por las Organizaciones Territoriales de Base, y tiene las atribuciones de vigilar que los recursos municipales sean invertidos equitativamente entre

Seguros a Corto Plazo<sup>2</sup> del Viceministerio de Salud y a su vez sus funciones son coordinadas, controladas y supervisadas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES).

Los subsectores de la Iglesia e Instituciones Privadas, están conformados por los establecimientos de salud pertenecientes a la Iglesia Católica y a productores de salud particulares. En tanto el subsector de las ONG's, esta constituido por los establecimientos de salud que ofrecen servicios de APS con el financiamiento proveniente de recursos externos; estas ONG's deben tener firmado un convenio con el MSD para establecer sus áreas de intervención.

## 2. Acceso y financiamiento

El acceso de la población a la atención en salud ocurre de tres maneras: 1. Por medio de la afiliación a la seguridad social a corto plazo, para lo cual se debe cotizar el 10% de los ingresos; si este es el caso el asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos)<sup>3</sup> acceden a la atención en las Cajas de Salud y por tanto cuentan con los seguros de enfermedad<sup>4</sup>, maternidad<sup>5</sup> y riesgo profesional<sup>6</sup> con prestaciones en dinero<sup>7</sup> y en especie<sup>8</sup>.

---

la población urbana y rural, de pronunciarse en la elaboración de presupuestos y en la rendición de cuentas del Gobierno Municipal.

<sup>2</sup> Existe una seguridad social de corto y largo plazo, la primera se refiere a los servicios de salud y la segunda al sistema de pensiones para la vejez.

<sup>3</sup> Se refiere a la esposa o conviviente inscrita en los regímenes de las Cajas de Salud, que viva en el hogar del asegurado y/o a sus expensas o al esposo dependiente, reconocido por la Comisión de Prestaciones de las Cajas de Salud. A todos los hijos dentro y fuera del matrimonio hasta los 19 años o 25 si se encuentran estudiando, sean solteros, dependan del asegurado y no trabajen, o sin límite de edad si son declarados inválidos por la Comisión de Prestaciones; entre los 19 y 25 años del hijo solo se cubre el 50% del costo de las prestaciones. A los padres del asegurado siempre y cuando dependan de este y no perciban ninguna renta. Se incluyen como beneficiarios aquellos hermanos que cumplan con las mismas condiciones que los hijos, siempre y cuando sean huérfanos de padre y madre.

<sup>4</sup> El seguro de enfermedad cubre aquellas situaciones morbosas no provenientes de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional, protegiendo contra el riesgo de pérdida o disminución de las facultades plenas de la persona.

<sup>5</sup> El seguro de maternidad tiene por propósito cubrir las contingencias provenientes del proceso de gestación, precautelando la salud de la madre y su hijo.

<sup>6</sup> El seguro contra riesgos profesionales protege al asegurado de infortunios que tengan indiscutida relación de causa y efecto, que en ocasión del trabajo pudiera sobrevenirle, provocándole una ostensible morbosidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

<sup>7</sup> Las prestaciones en dinero se refiere a las compensaciones monetarias que reciben los afiliados mientras tengan incapacidad temporal que no les permita volver inmediatamente a sus fuentes de trabajo, generalmente corresponde al 75% del haber cotizado en el caso del seguro contra enfermedad, del 90% para la mujer afiliada en el caso del seguro de maternidad y el mismo porcentaje en caso de seguro de riesgo profesional.

<sup>8</sup> Las prestaciones en especie están referidas a la asistencia médica general y especializada, servicios dentales, intervenciones quirúrgicas, suministro de medicamentos, servicio hospitalario y prótesis en casos determinados, controles post-parto, exámenes complementarios y tratamientos de rehabilitación.

2. A través de la atención en el subsector público, el cual está abierto a las personas preferentemente no aseguradas en la seguridad social a corto plazo, pagando un precio por la consulta médica, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. Los precios de estas prestaciones se determinan considerando, solamente el costo de operación del establecimiento de salud, en tanto que el Estado cubre los costos del recurso humano con fondos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN), HIPIC e Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).

3. Acudiendo a los servicios de salud privados o aquellos que tengan algún tipo de subvención no gubernamental como ocurre con los establecimientos de salud de la iglesia y de las ONG's.

Los subsectores público y de la seguridad social a corto plazo atienden, además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las mujeres entre los 5 a 60 años; el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), dirigido a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de los Programas de Tuberculosis, Chagas y Malaria. Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos de Coparticipación Tributaria, IDH municipal y recursos externos.

El carácter segmentado del SNS le da una peculiaridad mixta a sus mecanismos de financiamiento. Así las fuentes de financiamiento son seis: 1. el financiamiento público, 2. el seguro social de salud, 3. el seguro de salud privado, 4. las tarifas que pagan los usuarios, 5. las donaciones y 6. los préstamos.

De acuerdo con el "*Análisis de Situación de la Salud en Bolivia 2004*" (MSD: 2004), los montos de financiamiento aumentaron y la principal fuente de financiamiento (46%) viene de los aportes a la seguridad social realizados por empresas e instituciones que actúan como agentes de retención; seguido por los gastos que hacen los hogares, en forma directa, en servicios de salud (35%), y

después está el financiamiento del gobierno (11%) (VEASE GRÁFICO 1). De acuerdo con Batista Moliner “...proporcionalmente la seguridad social es la que consume la mayor parte de los recursos destinados a los servicios de salud (42%), seguido del sector público (21%)”. (Batista M.: 2006, p. 148). A esto hay que mencionar que los hogares son los que consumen más el gasto en salud después del gobierno (32%) (VEASE GRÁFICO 2).

Por otro lado el gasto nacional en salud se ha incrementado en un 22% durante el periodo 1998-2002, esto es en más o menos 119,000 USD, el año 2002 dicho gasto representaba el 7% del PIB, el gasto de la seguridad social y el gasto privado representan casi el 6% del PIB, mientras que el gasto público en salud llega apenas al 1.4% del PIB. El gasto per cápita en salud para 1998 era de 55 USD, en el 2002 llegó a 61 USD (VEASE TABLA 2).

A esto hay que agregar que en el año 2002 la población asegurada en el subsector de la seguridad social a corto plazo era de 2.311.266 que representa el 26% de la población en ese año, mientras que el resto de los bolivianos/as accedía a los servicios de salud de los otros subsectores.

### **3. Marco normativo**

En la Constitución Política del Estado (CPE) boliviano, en su parte dogmática, se consagra el derecho a la vida, la salud y a la seguridad social (art. 7 incisos a y b) ; y en su segunda parte dentro del régimen social se establece la obligación del Estado de defender el capital humano protegiendo su salud y asegurando la rehabilitación de las personas inutilizadas, también se señalan los principios rectores de la seguridad social (universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia) e incluso se indican las contingencias que deben ser cubiertas por los seguros de salud (art. 158). También se ratifica que la asistencia y servicios sociales son funciones del Estado y que las normas relativas a la salud pública son de carácter coercitivo y obligatorio (art. 164).

El subsector de la seguridad social tiene como norma rectora al Código de Seguridad Social, que tiende a proteger la salud del capital humano, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas necesarias para la rehabilitación y la concesión de medios para mejorar las condiciones de vida del grupo familiar. Junto a esta norma coexisten una serie de Decretos Supremos que hacen modificaciones en las prestaciones en especie y en dinero, y en el alcance de los beneficiarios de la seguridad social. Por otro lado está el D.S. 23716 establece la creación del INASES con el objetivo de hacer cumplir los principios de la seguridad social y otorgándole las facultades de control y fiscalización, además el INASES también se encarga de la elaboración de los protocolos y normas de atención de las prestaciones en las Cajas de Salud.

El subsistema público tiene como normas rectoras la Ley de Descentralización Administrativa que establece la transferencia y delegación de atribuciones no privativas del poder ejecutivo a las Prefecturas departamentales; la Ley de participación Popular, que transfiere al gobierno municipal la propiedad de la infraestructura física de los servicios públicos de salud y la responsabilidad de administrarlos, mantenerlos y renovarlos; el D.S.26875 que implanta el nuevo modelo de gestión en salud; las Normas y Protocolos de atención de las prestaciones de los seguros públicos de salud; las leyes que implantan los seguros públicos como la Ley del Seguro Universal Materno Infantil, y la Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor.

## **CONCLUSIONES**

La estructura del SNS origina un sistema segmentario de atención que separa a la población en dos grupos, los que se encuentran adscritos a la seguridad social a corto plazo y los que acuden a los seguros públicos de salud, a la iglesia u ONG's. Este esquema de organización da lugar a una distribución inequitativa e injusta de los servicios de salud, puesto que concentra a las personas de ingresos medios/altos y bajo riesgo en la seguridad social a corto plazo, y excluye a las personas de ingresos bajos y alto riesgo (la mayoría en Bolivia) en otro grupo, que debe optar por las limitadas prestaciones gratuitas de los seguros públicos (que en su mayoría están dirigidos a grupos

vulnerables y a cubrir enfermedades evitables), o pagar un precio en los establecimientos públicos o privados de salud. Esta situación explica que el subsector público realice el 95% de las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil y que tenga el 80% de los establecimientos de salud del SNS. Este evidente crecimiento del subsector público, se da por los altos niveles de desempleo y de informalidad en la economía boliviana, lo que a su vez obliga a muchas personas a migrar del subsector de la seguridad social hacia el subsector público. Lo que explica también la escasa expansión de la industria privada de salud que representa el 3% de los establecimientos del sistema de salud.

Pese a esta situación el número de afiliados a la seguridad social ha venido aumentando en forma lenta por ejemplo el número de afiliados el año 2000 representa el 76% de los afiliados en el 2004, y la cobertura de la seguridad social aumento en solo un 2% en el mismo periodo, para el 2004 la seguridad social tenía una cobertura del 28%.

Por otro lado, es sabido que el mercado de los servicios de salud dista de ser un mercado perfecto y por tanto tiene fallas que deben ser corregidas o por lo menos atenuadas con la intervención pública, buscando la equidad, la eficiencia, la contención de costos y la satisfacción del usuario. Sin embargo en el SNS no existe equidad, ya que no todos acceden a los beneficios de la seguridad social y además existen fuertes desigualdades entre los subsectores. El SNS carece de esquemas de competencia, y por tanto esta sujeto al riesgo de inexistencia de disciplina económica y de flexibilidad, y hay una libertad de elección aún restringida entre los subsectores y con una escasa variedad de productos.

Uno de los puntos fuertes de este sistema es la provisión y aliento de actividades de promoción y prevención de la salud principalmente en el subsector público y la existencia de puertas de entrada al subsistema público y de la seguridad social a través del primer nivel de atención; ambos son aspectos que contribuyen a reducir los gastos en salud y a evitar el autodiagnóstico.

Un punto de ineficiencia puede ser la forma de pago al personal de salud en todos los subsectores, se trata de un pago retrospectivo mensual fijo por los servicios prestados que en algunos casos no contribuye a elevar los niveles de productividad de la atención y prevención en salud, esta situación es de difícil tratamiento considerando la fuerza del sector médico organizado en sus colegios médicos y sindicatos, pero en el contexto de mayor descentralización debido a la posible existencia de autonomías departamentales, se puede llegar a un sistema de pagos prospectivo por diagnóstico u otro, recuérdese que *“el pago retrospectivo por servicios prestados es una modalidad raramente utilizada por los sistemas de salud en el mundo”*. (Larrañaga O.:1997, p. 19). A pesar de la vigencia de esta modalidad de pago, sus efectos han sido en cierta forma disminuidos con la introducción, en el subsector público, de los “compromisos de gestión” empezando así con una gestión y evaluación por resultados, sin embargo no quita la posible existencia de situaciones de abuso de poder, maltrato y de una atención menos satisfactoria al beneficiario.

El tema de la equidad en el SNS depende al final del proceso político que se instaure en Bolivia, debido a la complejidad de concepción del término equidad. Pero puede ser prudente concebir la equidad con un criterio horizontal, de esta manera todos los bolivianos/as puedan contar con un seguro de salud que satisfaga por lo menos sus necesidades básicas de atención en salud.

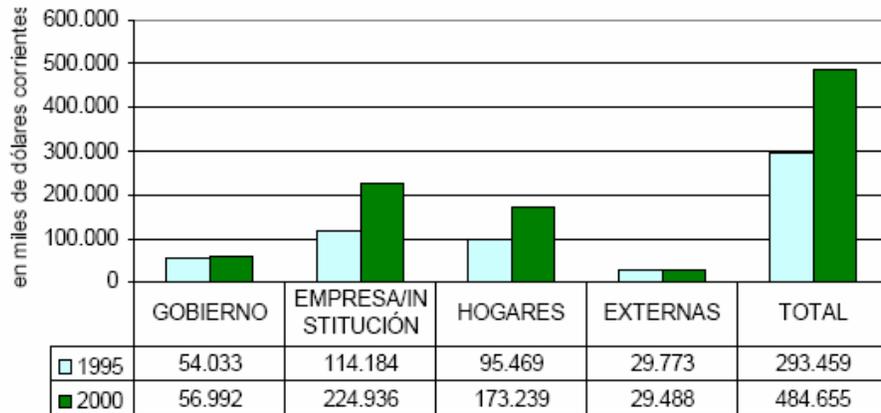
Sin embargo, la actual tendencia de llegar a un seguro universal en salud, puede caer en el peligro de no ser auto sustentable económicamente en el largo plazo, por ello debe revisarse la posibilidad de que se sostenga económicamente con un porcentaje de los ingresos de la población o con los recursos de Coparticipación Tributaria e IDH prefectural y municipal, para cubrir seguros de enfermedad común, de riesgo laboral, de maternidad, de niñez y de vejez. Mientras que aquellas prestaciones de mayor complejidad no relacionadas con dichos seguros deben ser sujetas a un tratamiento subvencionado y a mecanismos de copago.

## REFERENCIAS

1. Almeida Celia. Health systems reform and equity in Latin America and the Caribbean: lessons from the 1980s and 1990s. *Cad. Saúde Pública* [serial on the Internet]. 2002 Aug [cited 2007 Nov 26] ; 18(4): 905-925. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000400002&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S0102-311X2002000400002
2. Bermudez H., Salinas W., Espada A. y Muñoz V. Reforma del sistema de salud en Bolivia, 1999. *Journal of Public Health* [serial on the internet]. 2006 [cited 2007 Nov 13]; 7(1): 12-14. Available from: [www.revmed.unal.edu.co/revistas/v3n1s/v3sr1.htm](http://www.revmed.unal.edu.co/revistas/v3n1s/v3sr1.htm)
3. Infante Alberto, Mata Isabel de la, López-Acuña Daniel. Health sector reform in Latin America and the Caribbean: situation and trends. *Rev Panam Salud Publica* [serial on the Internet]. 2000 Aug [cited 2007 Nov 26] ; 8(1-2): 13-20. Available from: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1020-4989200000700005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-4989200000700005&lng=en&nrm=iso). doi: 10.1590/S1020-4989200000700005
4. Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.
5. Ministerios de Salud y Deportes de Bolivia. Análisis de Situación de la Salud 2004. La Paz: MSD; 2006.
6. Larrañaga Osvaldo. Eficiencia y equidad en el sistema de salud Chileno. Santiago de Chile: CEPAL; 1997.
7. Constitución Política del Estado. Constitución Política del Estado. (UPS, 2005)
8. Ley de 14 de diciembre de 1956. Código de Seguridad Social. (UPS, 2005)

## GRAFICO 1

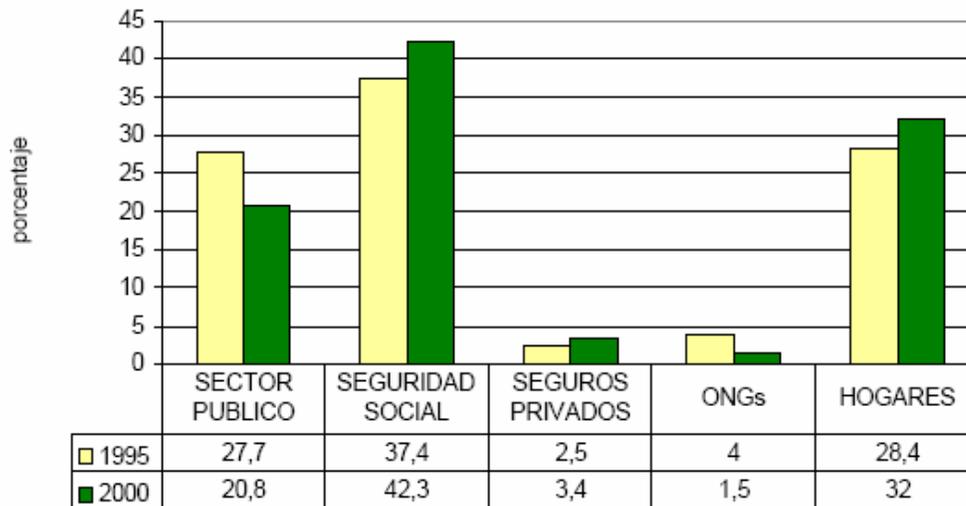
**Bolivia: Gasto nacional en salud según fuentes de financiamiento, 1995-2000**



FUENTE: Extractado del documento: "Análisis de la situación en salud de Bolivia 2004", p 155.

## GRAFICO 2

**Bolivia: Gasto nacional en salud según agente financiero, 1995-2000**



FUENTE: Extractado del documento: "Análisis de la situación en salud de Bolivia 2004", p 155.

**TABLA 1****Bolivia: Establecimientos de salud según nivel de atención y subsector, 2004**

SUBSECTOR	PRIMER NIVEL	SEGUNDO NIVEL	TERCER NIVEL	TOTAL
Público	2066	70	31	2167
Seguridad Social	132	20	17	169
ONG's	168	4	0	172
Iglesia	85	14	1	100
Fuerzas Armadas	8	1	0	9
Sector Privado	65	33	2	100
<b>TOTAL</b>	<b>2524</b>	<b>142</b>	<b>51</b>	<b>2717</b>
<b>%</b>	<b>93</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>100</b>

FUENTE: Extractado del documento: "Análisis de la situación en salud de Bolivia 2004", p 148.

**TABLA 2****Bolivia: Indicadores de gasto en salud por subsector, 1998-2002**

INDICADOR	1998	1999	2000	2001	2002
Gasto nacional en salud	421,655	512,405	509,467	513,055	541,546
Gasto público	97,430	116,604	116,389	105,765	113,546
Gasto de la seguridad social	179,089	195,318	202,643	210,586	222,416
Gasto privado	145,136	200,482	190,705	196,705	205,720
Gasto en salud como % del PIB	4.97%	6.20%	6.08%	6.40%	6.95%
Gasto público como % del PIB	1.15%	1.41%	1.39%	1.32%	1.46%
Gasto de la seg. social como % del PIB	2.11%	2.36%	2.42%	2.63%	2.86%
Gasto privado en salud como % del PIB	1.71%	2.42%	2.27%	2.46%	2.64%
Gasto nacional en salud per cápita	55.45	65.52	63.33	59.49	61.37

FUENTE: Extractado del documento: "Análisis de la situación en salud de Bolivia 2004", p 154.