

CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN BOLIVIA

Agosto 2004



CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN BOLIVIA

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	V
AGRADECIMIENTOS	VII
RESUMEN EJECUTIVO	VIII
I. ANTECEDENTES	1
II. MARCO CONCEPTUAL	3
2.1 Exclusión Social, Pobreza y Desigualdad	3
2.2 El Concepto de Exclusión en Salud	4
2.3 Las Causas de la Exclusión en Salud	4
III. ASPECTOS METODOLÓGICOS	6
3.1 Las Fuentes de Información.....	6
3.2 Definición de Indicadores	8
3.3 El Índice Compuesto de Exclusión.....	8
3.4 Limitaciones en la Medición de la Exclusión en Salud	10
IV. MARCO DE ANÁLISIS	11
4.1 Aspectos Socio-Económicos y Demográficos de Bolivia	11
4.2 El Sistema de Salud Boliviano	12
4.3 Análisis de Variables Transversales.....	17
4.4 Perfil de la Población Excluida.....	20
V. ANÁLISIS DE RESULTADOS	24
5.1 La Dimensión Externa.....	24
5.1.1 Barreras Económico-financieras	24
5.1.2 Barreras Geográficas	30
5.1.3 Barreras Laborales	31
5.1.4 Barreras Étnico-culturales	33
5.1.5 Calidad de la Vivienda	34
5.2 La Dimensión Interna	35
5.2.1 Afiliación a Seguros de Salud	36
5.2.2 Disponibilidad de Infraestructura del Sector Público.....	37
5.2.3 Disponibilidad de Recursos Humanos del Sector Público.....	39
5.2.4 Cobertura de Prestaciones Esenciales	41
5.2.5 Indicadores de Resultado.....	43
5.3 Necesidad Percibida, Demanda y Demanda Asistida	45
5.3.1 Necesidad Percibida	47
5.3.2 Demanda.....	48
5.3.3 Razón de No Demanda.....	49
5.3.4 Demanda Asistida.....	50
5.4 Índice Compuesto de Exclusión.....	51

VI. PROGRAMAS DIRIGIDOS A REDUCIR LA EXCLUSIÓN EN SALUD.....	57
6.1 Metodología para la Recolección de la Información	58
6.2 El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	60
6.2.1 Características Generales del Seguro.....	60
6.2.2 Análisis de las Condiciones de la Implementación del Seguro	62
6.2.3 Análisis de Actores.....	64
6.2.4 Impacto Final de la Estrategia.....	69
6.3 El Seguro Médico de Vejez	70
6.3.1 Características Generales del Seguro.....	70
6.3.2 Análisis de las Condiciones y Avances en la Implementación del Seguro.....	72
6.3.3 Análisis de Actores.....	74
6.3.4 Impacto Final de la Estrategia.....	77
6.4 Programa de Lucha Contra el Chagas (PLCC)	78
6.4.1 Características Generales del Programa	78
6.4.2 Análisis de las Condiciones y Avances en la Implementación del Programa.....	79
6.4.3 Análisis de Actores.....	81
6.4.4 Impacto Final del Programa	85
VII. CONCLUSIONES	86
BIBLIOGRAFÍA.....	90

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Causas de la Exclusión en Salud.....	5
Cuadro 2: Características de las Fuentes de Información	6
Cuadro 3: Principales Variables Socio-económicas	11
Cuadro 4: Organización del Sistema Nacional de Salud	13
Cuadro 5: Indicadores de Salud, según Dimensión de la Exclusión.....	21
Cuadro 6: Gasto de Bolsillo Promedio Mensual.....	26
Cuadro 7: Composición del Gasto en Salud, 2002 (En MM Bs y \$us Corrientes)	27
Cuadro 8: Recursos HIPC del Sector Salud 2002	29
Cuadro 9: Estimación de la Población Excluida (<i>Headcount</i>), la Brecha de Exclusión y la Heterogeneidad de la Población Excluida (<i>FGT2</i>).....	52
Cuadro 10: Distribución del Riesgo de Exclusión a Nivel Nacional	52
Cuadro 11: Distribución del Riesgo de Exclusión, según Área Geográfica y Región	53
Cuadro 12: Distribución del Riesgo de Exclusión, según Departamento	53
Cuadro 13: Peso Relativo en el Índice de Exclusión, según Variable y Tipo de Barrera ..	54
Cuadro 14: Resumen del Peso Relativo de las Categorías Conceptuales	56
Cuadro 15: Algunas Características de los 11 Municipios Seleccionados	59
Cuadro 16: Presupuesto y Ejecución SUMI 2003 (en Bs.).....	61
Cuadro 17: Población Potencial SUMI y Pobreza 2002	63
Cuadro 18: # Personas Entrevistadas para el SUMI	64
Cuadro 19: Resultados de Entrevistas a Actores Clave para el SUMI	65
Cuadro 20: Resultados de los Grupos Focales para el SUMI	68
Cuadro 21: Cobertura del Seguro Médico Gratuito de Vejez.....	71
Cuadro 22: Consolidado de Deudas a Entes Gestores por Atención del SMGV	71

Cuadro 23: Afiliación del SMGV por Ente Gestor 2002.....	72
Cuadro 24: Personas Entrevistadas para el SMGV.....	74
Cuadro 25: Resultados de Entrevistas a Actores Clave para el SMGV.....	75
Cuadro 26: Resultados de los Grupos Focales para el SMGV.....	77
Cuadro 27: Personas Entrevistadas para el SUMI.....	81
Cuadro 28: Resultados de Entrevistas a Actores Clave para el PLCC.....	82
Cuadro 29: Resultados de los Grupos Focales para el PLCC.....	84

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población, según Área Geográfica.....	17
Gráfico 2: Población, según Área Geográfica y Etnia.....	18
Gráfico 3: Tramos Etéreos, según Área de Residencia.....	18
Gráfico 4: Tramos Etéreos, Según Género.....	19
Gráfico 5: Escolaridad del Jefe de Hogar Mayor a 3 Años.....	20
Gráfico 6: Pobreza, según Género.....	25
Gráfico 7: Pobreza, según Región.....	25
Gráfico 8: Pobreza, según Escolaridad del Jefe de Hogar.....	25
Gráfico 9: Gasto de Bolsillo respecto del Gasto.....	26
Gráfico 10: Gasto Catastrófico y Tramo Etéreo.....	27
Gráfico 11: Gasto Catastrófico, según Género.....	28
Gráfico 12: Gasto Catastrófico, según Área de Residencia y Pobreza.....	28
Gráfico 13: Pobreza, según Área de Residencia.....	30
Gráfico 14: Quintiles de Ingreso.....	30
Gráfico 15: Educación del Jefe de Hogar.....	31
Gráfico 16: Informalidad del Empleo, según Pobreza.....	32
Gráfico 17: Informalidad del Empleo.....	32
Gráfico 18: Informalidad, según Gasto Catastrófico.....	32
Gráfico 19: Pobreza, según Etnia.....	33
Gráfico 20: Informalidad, según Etnia.....	33
Gráfico 21: Gasto Catastrófico, según Etnia.....	34
Gráfico 22: Vivienda Propia y Energía Eléctrica,.....	34
Gráfico 23: Agua Potable y Alcantarillado, según Área de Residencia.....	35
Gráfico 24: Afiliación a Seguro y Quintil de Ingresos.....	36
Gráfico 25: Afiliación a Seguros, según Informalidad en el Empleo.....	37
Gráfico 26: Gasto Catastrófico y Afiliación a Seguros.....	37
Gráfico 27: # Camas por 1.000 hab. según Área de Residencia.....	38
Gráfico 28: Establecimientos de Salud, por Nivel de Atención y Área, 2002.....	39
Gráfico 29: # Médicos por cada 3.000 Hab.,.....	40
Gráfico 30: Vacuna Pentavalente, según Área de Residencia 2002.....	41
Gráfico 31: Parto Institucional y 4ta Consulta.....	42
Gráfico 32: Mortalidad Infantil y Área de Residencia.....	43
Gráfico 33: Mortalidad Materna y Área de Residencia.....	44
Gráfico 34: Necesidad Percibida, por Región y Pobreza.....	47
Gráfico 35: Necesidad Percibida, Afiliación a Seguro y Edad.....	47
Gráfico 36: Necesidad Percibida, Género y Empleo.....	48

Gráfico 37: Demanda de Atención en Salud, Pobreza y Tenencia De Seguro.....	48
Gráfico 38: Demanda de Atención, según Etnia y Empleo	48
Gráfico 39: Razón de no Demanda y Tramos Etáreos	49
Gráfico 40: Razón de no Demanda, Género y Área de Residencia	49
Gráfico 41: Atención Institucional, Afiliación y Edad.....	50
Gráfico 42: Atención Institucional, Origen Étnico y Pobreza	51
Gráfico 43: Ejecución de Recursos del SUMI, según Nivel de Atención 2003	62
Gráfico 44: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI).....	70
Gráfico 45: Evolución del PLCC.....	80
Gráfico 46: Tasa de Infestación 1999 y 2003.....	85

INDICE DE MAPAS

Mapa 1. Número de Camas por Municipios 2002	38
Mapa 2: Número de Médicos por Municipio 2002.....	40
Mapa 3: Cobertura de Vacuna Pentavalente por Municipio	41
Mapa 4: 4ta. Consulta Prenatal 2002	42
Mapa 5: Partos Institucionales 2002	42
Mapa 6: Mortalidad Infantil 2001	44
Mapa 7: Mortalidad Materna 1998	44

INDICE DE ESQUEMAS

Esquema 1: Flujo de Financiamiento y Gasto en el Sector Salud	15
Esquema 2: Constitución de las Redes de Servicios	16
Esquema 3: Población Urbana, Según Condición de Actividad.....	19
Esquema 4: Necesidad de Salud y Demanda de Atención	46

PRESENTACIÓN

En la actualidad la exclusión social es uno de los problemas centrales en muchas de las sociedades de América Latina y El Caribe. Ello se refleja en las crisis políticas y sociales ocurridas en los años recientes en varios países de la Región. La exclusión social a menudo no es explícita, porque no existen carteles de “no entrar” en las puertas de las escuelas, de los bancos, de los establecimientos de salud. Pero es una realidad que viven millones de personas día a día y que determina el curso de sus vidas. Para ellas, su futuro y el de sus hijos está marcado por un invisible pero omnipresente “no entrar”.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha definido la exclusión social en salud como la falta de acceso de grupos y personas de la sociedad a diversos bienes, servicios y oportunidades que otros miembros de la comunidad disfrutaban. En este contexto la extensión de la protección social en salud es una poderosa herramienta de política pública destinada principalmente a combatir la exclusión en salud y constituye la garantía que la sociedad otorga, a través de los poderes públicos, para que las personas puedan satisfacer sus necesidades de salud mediante el adecuado acceso a los bienes, servicios y oportunidades del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo.¹

La OPS/OMS inició en 1999, junto a la Organización Internacional del Trabajo (OIT), una iniciativa regional destinada a promover y establecer un proceso sistemático de análisis, diagnóstico, identificación de soluciones y ejecución de acciones encaminadas a apoyar a los países miembros en sus esfuerzos para reducir la exclusión en salud, así como a fortalecer sus capacidades institucionales para extender la protección social en salud.

A partir del año 2003, la OPS/OMS ha definido la extensión de la protección social en salud como una prioridad de su cooperación técnica. Por ello ha decidido profundizar en la comprensión del fenómeno de la exclusión en salud, reconociendo su complejidad y su carácter multidimensional. Nuevos socios se han sumado a esta línea de trabajo: el estudio cuyos resultados se presentan en este documento forma parte de ella y se enmarca dentro de una iniciativa conjunta de la OPS y la Agencia Sueca para el Desarrollo Internacional, ASDI.

Bolivia forma parte del conjunto de países en los que se busca enfocar prioritariamente la cooperación técnica hacia la identificación e implementación de estrategias de extensión de la protección social en salud, apoyando para ello la realización de estudios de diagnóstico; la construcción de espacios de diálogo social que permitan a las comunidades expresar sus opiniones y puntos de vista en torno al tema; las acciones de extensión de la protección en salud que se vienen desarrollando desde hace algunos años en el país; y la implementación de planes nacionales que garanticen el acceso a la salud de todos los bolivianos independientemente de su posición social, su origen étnico, su lugar de residencia, su situación laboral y su capacidad de pago.

¹ OPS/OMS. “Resolución CSP26.19 *“Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”*”. Washington DC., Septiembre 2002.

Este proceso se inicia en Bolivia con el reconocimiento de que no existe claridad en cuanto al estado actual de la exclusión en salud en el país ni cuáles han sido las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla, debido a la escasez de instrumentos metodológicos disponibles para caracterizar y medir el problema. Con el fin de apoyar la realización de la caracterización de la exclusión en salud en el país, OPS/OMS proporcionó los instrumentos metodológicos desarrollados y validados con estudios previos en otros países de la región y ellos fueron adecuados a las condiciones locales específicas.

El presente estudio busca contribuir a una mejor descripción y comprensión de la realidad boliviana a través de la medición de la magnitud de la exclusión social en salud según diversas fuentes consideradas, incluyendo un índice compuesto de riesgo de exclusión y la utilización de metodologías cualitativas para profundizar en diversos hallazgos de la investigación y explorar percepciones y aspiraciones de grupos poblacionales excluidos. El estudio pretende, asimismo, analizar algunas de las estrategias implementadas durante los últimos años en el país para enfrentar el problema.

Para su ejecución se contó con la participación de UDAPE, institución que tuvo a su cargo la ejecución del estudio con el apoyo técnico del Área de Desarrollo Estratégico de Salud de la oficina central de OPS/OMS y el área correspondiente en la Representación de la OPS/OMS de Bolivia.

Esperamos que el resultado de este estudio contribuya al diagnóstico de la situación de protección/exclusión en salud en Bolivia y facilite la identificación de las intervenciones más adecuadas para reducir la exclusión y extender la protección en salud de acuerdo a las condiciones locales, favoreciendo la aplicación de las políticas nacionales.

Sobre todo, esperamos que los resultados de este trabajo contribuyan a fortalecer el esfuerzo del país en pos de lograr el objetivo de salud para todos en condiciones de equidad, dignidad y respeto a las características culturales propias de los diversos pueblos que componen esta nación.

José Antonio Pagés
Representante OPS/OMS Bolivia

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue realizado por Rory Narváez (Investigador Principal-Economista de Área, UDAPE) y Drina Saric (Investigadora Asociada-Consultora). Los autores agradecen el apoyo del equipo de la Subdirección de Políticas Sociales de UDAPE, en especial a Wilson Jiménez, Susana Lizárraga y Fernando Landa por sus valiosos aportes en el análisis estadístico.

Un agradecimiento a OPS/OMS por brindar la posibilidad de implementar la metodología desarrollada por este organismo en el tema de exclusión en salud, en especial a Cecilia Acuña (OPS/Washington), Margarita Petrerá (OPS/Perú), Luis Cordero (Consultor/Perú) y Ma. Angélica Gómez (OPS/Bolivia).

Asimismo, deseamos agradecer a la Reforma de Salud del Ministerio de Salud y Deportes por el apoyo logístico en el trabajo de campo del análisis de las estrategias de extensión de la protección social en salud (EPSS), especialmente a Cristian Pereira (Gerente General Reforma), los responsables de la Reforma de Salud: Carlos Barrero (Tarija), Héctor Leño (Cochabamba) y José Henicke (Santa Cruz) y a Fidel Fernández Responsable del PLCC (Cochabamba). De igual manera agradecemos a los representantes de OPS en los éstos departamentos, Ma. Del Carmen Daroca (Tarija), Sergio Paz (Cochabamba) y Alberto Méndez (Santa Cruz).

Finalmente, deseamos agradecer a los responsables de los programas en el nivel central, Emilio Pardo (SUMI), Amadeo Rojas (PLCC) y José Bustillos (SMGV) por la apertura en brindar valiosa información de los programas. A todos los informantes clave que nos prestaron su tiempo para nutrir el análisis de las EPSS en el nivel central, departamental y municipal. Y muy especialmente, a las mujeres y hombres que aportaron con su percepción en los grupos focales en los municipios de Tarija, San Lorenzo y Entre Ríos en el departamento de Tarija; Cochabamba, Arbieta y Santibáñez en el departamento de Cochabamba; Santa Cruz, El Torno y Cotoca en el departamento de Santa Cruz; y La Paz y El Alto en el departamento de La Paz.

RESUMEN EJECUTIVO

En el marco de la metodología desarrollada por OPS/OMS, la exclusión en salud en Bolivia se entiende, como la imposibilidad de un individuo de acceder a la atención en salud de manera adecuada, a través de uno o más de los tres subsistemas: seguridad social, el público o el privado. Las causas por las cuales un individuo no puede acceder a los servicios de salud pueden atribuirse a variables exógenas al sistema de salud (dimensión externa) y a variables endógenas o de responsabilidad del sistema de salud (dimensión interna).

La incidencia de la exclusión en Bolivia a nivel nacional alcanza a 77%. La apertura del índice global de exclusión, según dimensiones, muestra que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%.

En la **dimensión externa**, los servicios indirectos son los que aportan más a explicar los procesos de exclusión Bolivia, donde el analfabetismo promedio municipal de las mujeres es la variable de mayor importancia relativa. Las barreras económico-financieras asociadas el fenómeno de pobreza son importantes en explicar la exclusión en salud, así como el gasto de bolsillo que sigue siendo un elemento importante en el financiamiento del sector salud (representa el 28% del gasto total en salud), el gasto catastrófico (gasto del hogar en salud superior al 10% del gasto total) se concentra en la población en extrema pobreza, señalando que el sistema de salud aún tiene mucho camino que recorrer para proteger financieramente a los indigentes. Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector salud, mediante la asignación de recursos HIPC, aún la ejecución de los mismos es baja, por lo que se debe implementar una estrategia para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

Dadas las restricciones de información, se utilizó la ruralidad como *proxy* de las barreras geográficas, observándose que la dispersión poblacional dificulta la llegada de la oferta a la población. El origen étnico, es un elemento que genera discriminación y exclusión y se expresa en la demanda contenida por razones culturales, donde el pueblo aymara es el más excluido, dados los serios problemas de demanda contenida y mala percepción de necesidad en salud. La informalidad en el empleo es otra limitante en la extensión de la protección en salud dado el modelo de aseguramiento formal. La calidad de la vivienda, explica de manera relativa la exclusión en salud, sin embargo, es de vital importancia en la disminución del riesgo de contraer enfermedades transmisibles por vectores, como Chagas y malaria.

Dentro de las variables de la **dimensión interna**, es importante enfatizar que existen serios problemas atribuibles al sistema, que generan problemas de exclusión *per-se*, como la fragmentación y segmentación, donde la seguridad social de corto plazo gas ta considerables recursos y afilia a un reducido porcentaje de la población y el sector público con una menor cuantía de recursos debe encargarse del aseguramiento público de grupos vulnerables de la población y el financiamiento de programas nacionales. La mayoría de los afiliados en las Cajas de Salud son castellano-parlantes y pertenecen al quintil más alto de ingresos.

La escasez y mala distribución de los recursos humanos, es uno de los elementos más críticos que contribuyen a explicar la exclusión en salud. Más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural, está bajo la responsabilidad de auxiliares de enfermería y en algunos casos de promotores de salud, en tanto, que en los establecimientos de salud de 3er nivel, los médicos se encuentran atiborrados. La disponibilidad de camas, muestra que el concepto de cama debe ser adecuado, pues un conteo absoluto de los lechos no se aproxima a medir la efectiva disponibilidad de un insumo importante en la atención interna. Ambos indicadores se encuentran por debajo de los parámetros mínimos internacionales y contribuyen de manera significativa al índice global de exclusión.

El análisis bivariado de exclusión incluyó un enfoque de **necesidad percibida, demanda y demanda asistida**. La necesidad percibida por la población, se expresa en la declaración de enfermedad las pasadas 4 semanas a la encuesta MECOVI-2002. La demanda, es la acción de acudir a los servicios de salud en busca de satisfacer la necesidad de curación de la enfermedad. La demanda asistida es cuantificada mediante la observación de los individuos que buscan atención en salud y ésta demanda es asistida por el sistema de salud, mediante la atención institucional.

El 23% de la población reportó haber estado enfermo o haberse accidentado las pasadas cuatro semanas a la encuesta y el 77% estuvo sano, es decir que no percibió la necesidad de recibir atención en salud. Del total de personas que declararon enfermedad, el 82% fue atendido y el 18% no recibieron atención alguna constituyendo el primer tipo de exclusión denominado demanda contenida, vale decir, aquel grupo de individuos que habiendo percibido la necesidad de utilizar los servicios, no acudieron a ellos, por diversas razones, entre las cuales se encuentra las barreras económicas, la automedicación, la distancia de los servicios y la mala calidad de los servicios. Del total de personas que fueron atendidas, el 55% constituye la demanda asistida, es decir, fueron atendidos institucionalmente, con un médico, enfermera, auxiliar de enfermería o promotor de salud. Aquellos individuos que demandaron atención y no accedieron a una atención institucional, constituyen el segundo grupo de excluidos (45%).

Bolivia cuenta con varias estrategias orientadas a extender la protección en salud, sin embargo, por razones metodológicas fueron seleccionadas el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el Programa de Lucha Contra la enfermedad de Chagas (PLCC). El análisis cualitativo de estas estrategias utilizó la técnica de informantes clave y grupos focales en once municipios del país.

El **SUMI**, pese a ser una política de Estado, es una estrategia cuya prioridad puede variar con los cambios de gobierno. La suficiencia de recursos financieros, da lugar a la posibilidad de reorientar algunas partidas de gasto priorizando la atención primaria de salud. La universalidad de sus prestaciones, ha incentivado la demanda por servicios y la ausencia de una afiliación formal, permite que la población pueda acceder a los servicios con facilidad. Aunque las coberturas han mejorado respecto al SBS, estas parecen concentrarse en el área urbana, dada la posibilidad de acceder a la atención compleja con gratuidad. Entre los desafíos que presenta el SUMI está la revisión del diseño de los paquetes de prestaciones, su inflexibilidad e inadecuada clasificación para cada nivel de atención, limita la capacidad de resolución de los establecimientos de salud.

La percepción de la población, es que el SUMI es una buena política, por lo menos, se protege a las madres y a los niños, pero sienten que ahora se ha excluido a la mujer en

edad fértil. El acceso a la atención es bueno, pero el problema son los medicamentos, no siempre están disponibles y se tienen que comprar por fuera, generando gasto de bolsillo. En el área rural, la escasez de recurso humano es crítica, existen centros que están a cargo de promotores de salud y no tienen un relevo que pueda cubrirlos en su ausencia, cuando están en ronda o capacitándose.

El impacto del programa es claramente positivo dada la trayectoria de aseguramiento del binomio madre-niño desde 1994. Las tasas de mortalidad materno-infantiles han disminuido considerablemente dada la ruptura de la barrera económica, sin embargo, queda pendiente en la agenda el mejoramiento de la calidad de los servicios y la inclusión de prestaciones preventivas.

El **SMGV** es una estrategia que desde su diseño ha generado un proceso de exclusión que está asociado al sistema. Al ser las Cajas de Salud los únicos prestadores, se ha excluido a todos los adultos mayores que residen en el área rural, dado que el sistema de seguridad social de corto plazo, tiene infraestructura casi exclusivamente en el área urbana. La calidad de la atención, en promedio, no es buena y muchos ancianos que se afilian no regresan, una vez que tuvieron una mala experiencia ante la falta de calidez en el trato, y los municipios y el TGN siguen pagando la prima por personas que no utilizan los servicios. Existe un rezago considerable en el pago de la prima por parte del TGN y de los municipios, aunque los últimos están cumpliendo con mayor regularidad gracias al sistema de débito automático. Tras efectuar los pagos, los municipios no hacen un seguimiento del uso del seguro por parte de sus afiliados. Se debería considerar la participación más activa del MSD en la reforma del SMGV y desarrollar un sistema que permita que este seguro cumpla su objetivo en áreas rurales, mediante la compra de servicios a la red pública de salud o la privada involucrando más a los gobiernos locales.

Los grupos focales mostraron que la población adulto mayor en el área rural, el seguro es muy poco difundido. El mayor problema en el acceso al SMGV, son las colas, muchos deben madrugar para alcanzar a tener una ficha y atenderse en el día. La escasez de medicamentos se asocia al modelo de gestión centralizado caduco de la Caja Nacional de Salud, donde todos los requerimientos deben ir hasta la ciudad de La Paz. Muchos creen que sólo se recetan medicamentos paliativos y no se hacen diagnósticos para detectar los males y curarlos. Para los habitantes del área rural, el seguro no es conveniente, porque deben viajar hasta la ciudad y a veces el viaje es inútil porque no satisfacen su demanda de salud.

El impacto del SMGV no es cuantificable, dada la ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación. El INASES reporta de manera agregada las prestaciones que prestan las Cajas de Salud, es importante diseñar un sistema de información que discrimine las prestaciones del SMGV de aquellas que se prestan a los jubilados y rentistas, en orden de crear *accountability* y el gobierno municipal y las organizaciones de base conozcan el impacto de esta estrategia de protección al adulto mayor.

La implementación del **PLCC** se encuentra demasiado centralizada, existen problemas con la contratación de rociadores, que en la presente gestión se vieron interrumpidas por procesos administrativos poniendo en riesgo la efectividad lograda con los ciclos de rociado anteriores. En general, los municipios conocen muy poco el PLCC y manifiestan que una transferencia del mismo al nivel local sólo sería posible con recursos adicionales y con la capacitación a personal que viva en las comunidades. Lamentablemente, el PLCC no coordina acciones con instancias que trabajan en el mejoramiento de viviendas,

sólo una política integral que considere la fumigación y la mejora de las viviendas en zonas endémicas podrá tener el impacto deseado. La sobrevivencia del vector, también depende de la actitud de la población respecto a él, mucha gente convive con animales dentro de la vivienda, que son los principales reservorios del vector; dada la extrema pobreza, no quieren alejarse de sus animales; por otra parte, la denuncia de la presencia del vector no es oportuna. Se debe poner más énfasis en la implementación de los Puestos de Información de Vectores (PIVs) y en el componente de Información, Educación y Comunicación, que al ser manejado centralmente da la impresión de no tener la oportunidad y profundización necesaria.

La población conoce de manera general el peligro de la vinchuca como transmisor de la enfermedad de Chagas, muchos de ellos esperan con ansia la llegada de los rociadores a la comunidad. Esta actitud varía según la efectividad del rociado, en algunas comunidades, no creen que el insecticida vuelva a ser tan efectivo como la primera vez.

El impacto del Programa no es uniforme, en algunas localidades ha logrado reducir la tasa de infestación a menos de 3%, pero en otras existen rebrotes considerables, dando lugar a la necesidad de analizar la efectividad del actual insecticida y su potencial sustitución por órganos fosforados. A pesar de que se tienen identificados los posibles municipios que entrarían a la fase de curación, los retrasos registrados en esta gestión ocasionarían también rezagos en esa fase.

CARACTERIZACIÓN DE LA EXCLUSIÓN EN SALUD EN BOLIVIA

I. ANTECEDENTES

En los últimos años, la población no protegida por el sistema de seguridad social de corto plazo² en países latinoamericanos se ha incrementado considerablemente, generando un proceso de creciente exclusión en el acceso al sistema de salud que se basa en la relación obrero-patronal formal que redundará en un incremento en la carga de atención en salud del sector público.

Al respecto y en conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), impulsaron la búsqueda de políticas basadas en efectividad, sostenibilidad y evidencia de casos empíricos, orientadas a incrementar la cobertura de salud para la población excluida. La reunión realizada en México (noviembre, 1999) organizada por la OIT y la OPS con los países de la Región constituye el punto de partida de esta iniciativa. A partir de esa fecha, a nivel regional, se promueve y establece un proceso sistemático de análisis, identificación de metodologías, diagnósticos y ejecución de acciones pertinentes apoyando a los países miembros en sus esfuerzos destinados a reducir la exclusión de salud así como el fortalecimiento de sus capacidades institucionales para extender la protección social en salud.

Los avances realizados en el tema incluyen los estudios “Panorama de la Exclusión de la Protección Social en América Latina y el Caribe” (1999), que presenta un diagnóstico base, y “Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe” (2003), donde se muestran los resultados del análisis de la exclusión en salud en Ecuador, Guatemala, Paraguay, Honduras y Perú. La metodología utilizada en estos estudios sirvió de base para la estructuración y desarrollo del estudio para el caso boliviano.

Los resultados más destacados de la caracterización de la exclusión social en salud en los países mencionados muestran que el índice medio de exclusión para el conjunto de países analizados se ubica en un nivel de 0.287, lo cual indicaría que la población en estas zonas tiene un alto riesgo de exclusión. En promedio, el 47% de la población de los cuatro países se encuentra excluida de la protección social en salud, siendo esta principalmente población pobre y residente en zonas rurales (entre 60% y 80%) y forma parte de la fuerza laboral caracterizada como informal (68%). Se encontró además que existe un alto grado de asociación negativa entre el nivel de pobreza y la condición de aseguramiento en salud.

En términos etáreos, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 18-65 años (entre 47% y 54%). Este resultado es consistente tanto con la hipótesis de necesidades de salud de la población en edad productiva como

² Denominado de esta manera en Bolivia y está referido al sistema de aseguramiento de salud de corte bismarckiano que tiene como principales proveedores a las Cajas de Salud, en tanto que el seguro social de largo plazo se refiere a los beneficios sociales por jubilación y rentas de vejez.

consecuencia del menor posicionamiento social de los individuos (OPS-MINSA, 1997) como con el alto costo de oportunidad y económico de reportarse enfermo en una población que no tiene un empleo estable y se mueve en niveles de subsistencia y por lo tanto se halla incentivada a reprimir la demanda por servicios de salud. Finalmente, en base a los indicadores utilizados, no se encontró evidencia sobre una diferenciación a nivel de género³.

³ OPS: Exclusión en salud en países de Latino América y el Caribe", Extensión de la Protección Social en Salud, 2003.

II. MARCO CONCEPTUAL

La caracterización de la exclusión en salud requiere una definición conceptual, para ello, es importante delimitar el concepto de exclusión en salud en el marco de su relación con la exclusión social y con los conceptos de pobreza e inequidad.

2.1 Exclusión Social, Pobreza y Desigualdad

Si bien los conceptos de exclusión social, pobreza e inequidad contienen características comunes, sus definiciones pueden ser claramente diferenciadas. OPS/OMS (2003)⁴ identifica diferencias entre estas categorías y define un marco relacional entre ellas :

- a) **Exclusión Social:** es una noción que se origina en el ámbito de la sociología y remite la falta de integración social o a la inserción. Tiene que ver con la ausencia de membresía, esta última entendida como el formar parte de una red social. La exclusión social corresponde a un estado en el cual el individuo no puede acceder a condiciones de vida que le permitan, al mismo tiempo, satisfacer sus necesidades esenciales (alimentación, educación, salud, etc.) y participar en el desarrollo de la sociedad a la que pertenece por motivos económicos, culturales, de género u otros.
- b) **Pobreza:** está relacionada con el ámbito de la economía, tiene que ver fundamentalmente con la privación o insuficiencia de recursos. La pobreza es medida a través de dos enfoques: 1) *necesidades básicas insatisfechas* (NBI) empleada por la CEPAL, donde el bienestar es evaluado a partir de la disponibilidad de servicios básicos y por niveles o acceso a infraestructura de vivienda, educación y salud y 2) enfoque monetario, en el cual la pobreza es calculada a través de una *línea de pobreza* medida por el valor monetario de una canasta de bienes y servicios, que reflejan las preferencias de la población objeto de análisis y los precios de mercado de consumo⁵.
En el sector salud, la pobreza no siempre implica exclusión, es más, la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como el aislamiento geográfico y cultural⁶.
- c) **Inequidad:** entendida en este caso como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan en el caso de salud en diferencias injustas en los resultados de atención en salud entre diversos grupos al interior de un país o región; es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. *La inequidad genera exclusión en salud.*

⁴ Op. Cit 2.

⁵ UDAPE: "Pobreza y desigualdad en Municipios de Bolivia: estimación del gasto en consumo combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares" 2003.

⁶ Rosenberg, H.; y Andersson, B. "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 5, Julio - Agosto 2000.

2.2 El Concepto de Exclusión en Salud

La OPS/OMS define exclusión en salud en el marco de la falta de acceso total o parcial a los servicios de salud. Las estrategias destinadas a eliminar esta exclusión son denominadas “Extensión de la Protección Social en Salud” (EPSS) y son intervenciones de la administración pública orientadas a garantizar el acceso de los ciudadanos a la atención en salud y a disminuir el impacto negativo tanto económico como social de sucesos individuales adversos, como las enfermedades y el desempleo, o generales, como los desastres naturales.

En este contexto, se puede definir a la protección social en salud como la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que un individuo o grupo de individuos, puedan satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o a alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago sea un factor restrictivo⁷.

En consecuencia, la exclusión de la protección social en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a la atención en salud de manera adecuada, a través de uno o más de los tres subsistemas: seguridad social, el público o el privado. Por otra parte, es la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos de la sociedad disfrutan, en conclusión, es un fenómeno que trasciende el sector salud⁸.

2.3 Las Causas de la Exclusión en Salud

El marco conceptual elaborado por OPS (2003) plantea que si bien la exclusión en salud es un componente de la exclusión social, tiene aspectos que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central en la idea de la exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, tales como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de intrincados mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores.

La exclusión en salud está caracterizada por ser un problema multicausal, donde se pueden distinguir fuentes externas e internas al sistema de salud que agravan la situación de exclusión en salud. Entre las causas externas se encuentran las barreras de acceso: económicas, geográficas, laborales y culturales y étnicas. Las fuentes internas están constituidas por fallas o déficit en cobertura, de estructura, de procesos y de impacto o resultados (ver Cuadro 1). Cada una de estas fuentes de exclusión será definida mediante indicadores que permitirán la medición y caracterización de la exclusión en salud en Bolivia, aspecto desarrollado más adelante en la sección metodológica.

Finalmente, la exclusión en salud no es un fenómeno explícito debido a que presenta diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de los servicios más básicos hasta la exclusión determinada como la existencia de listas de espera, el acceso parcial o

⁷ OPS, 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana: “Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”, Septiembre 2002.

⁸ Op. Cit. 2

de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión por el mal trato o por la provisión del servicio en un idioma que no se entiende, dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario.

Cuadro 1: Causas de la Exclusión en Salud

Causas	Ámbito	Categoría
Déficit de infraestructura adecuada	Provisión de bs/ss en salud Provisión de bs/ss no directamente relacionados con salud, pero que la afectan	Inexistencia o insuficiencia de establecimientos de salud Falta de agua potable, alcantarillado, caminos, transporte, etc.
Fallas en la asignación y/o prestación de los recursos que se expresa en las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bs/ss de salud	Provisión de bienes y servicios en salud Provisión de bs/ss no directamente relacionados con salud, pero que la afectan	Inexistencia o insuficiencia de personal, mecanismos, insumos o equipamiento médico Inexistencia o insuficiencia de sistemas de recolección de basura, descontaminación de suelo, aire, agua, etc.
Barreras que impiden el acceso a las atenciones en salud	Geográficas Económicas Culturales/étnicas (auto exclusión) Determinadas por la condición de empleo	Asentamientos humanos en sitios remotos o geográficamente poco accesibles Incapacidad de financiar las atenciones de salud La atención de salud se entrega en un idioma que no es comprendido por el usuario o que esta en conflicto con su sistema de creencias Subempleo o empleo informal
Problemas relacionados con la calidad de los servicios otorgados	Problemas relacionados con la calidad técnica de la atención Problemas relacionados con la calidad en el trato y en lugar donde se realiza la atención en salud	Errores de diagnóstico/tratamiento, utilización de insumos poco apropiados Mal trato al público, discriminación en la atención, establecimientos en malas condiciones de adecuación.

FUENTE: OPS/OMS en: "Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión en Salud", 2003.

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 Las Fuentes de Información

Para el análisis bivariado de variables relacionadas con la exclusión en salud y el cálculo del índice global de exclusión en salud en Bolivia se utilizaron las siguientes fuentes de información:

- Instituto Nacional de Estadística (INE): "Encuesta Continua de Hogares Programa-MECovi"⁹, 2002.
- Ministerio de Salud y Deportes: Estadísticas de Gestión (SNIS), 2002.
- A manera referencial en algunos indicadores, datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001 y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA), 1998.
- Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES): Los seguros de salud en cifras y los Anuarios Bioestadísticos de seguros en salud y de instituciones de seguros de salud en Bolivia, 2002.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE): Anuario de Estadísticas sociales y económicas, 2002.

Cuadro 2: Características de las Fuentes de Información

Características	MECOVI 2002	Estadísticas INASES	SNIS	ENDSA 1998	CENSO 2001	DOSSIER UDAPE
Tipo de fuente de información	Encuesta De hogares	Registros administrativos	Registros administrativos	Encuesta de Hogares, individual para mujeres e individual para hombres	Censo Nacional de Población y Vivienda	Información Secundaria
Objetivos	Obtener información sobre las condiciones de vida de los hogares a través de variables socio-económicas	Proporcionar información estadística de las entidades proveedoras del Seguro Social a corto plazo	Obtener información desagregada sobre la producción de servicios, datos demográficos, RRHH y sobre la red de servicios del sistema de salud	Proporcionar información actualizada sobre fecundidad, mortalidad, planificación familiar y nutrición	Obtener información demográfica y de vivienda	Presentar un resumen de información con fuentes oficiales y hasta la última fecha disponible
Entidad Responsable	INE	INASES	MSD	INE	INE	UDAPE
Tamaño muestral	12.614 mujeres y 12.319 hombres	10 Cajas de Salud, con representatividad nacional	2.595 centros de salud y hospitales que ofrecen servicios de salud	12.109 hogares, 11.187 mujeres y 3.780 hombres en 823 Unidades Primarias de Muestreo	Total de la población nacional	Información Secundaria

⁹ MECOVI: Programa para el Mejoramiento de Encuestas y la Medición de las Condiciones de Vida.

Continuación...

Características	MECOVI 2002	Estadísticas INASES	SNIS	ENDSA 1998	CENSO 2001	DOSSIER UDAPE
Población objetivo	Hogares particulares seleccionados y sus miembros	Población afiliada a la Seguridad Social	Población usuaria de los servicios de salud pública	Mujeres entre 15-49 años y niños menores de 5 años	Total de la población nacional	VARIABLES macro-económicas y sociales
Representatividad estadística	Total país, urbano y rural. No es representativo a nivel municipal	Nacional y departamental	Total país, urbano y rural. Representativo a nivel municipal	País, urbano, rural y por departamentos	País, urbano, rural, departamento, municipio, cantón	País y por departamento
Período de referencia de la encuesta/datos	Noviembre - diciembre 2002. En el módulo de salud se consideran las últimas cuatro semanas	Registros históricos anuales	Registros históricos mensuales	23 de marzo y 22 de septiembre de 1998	5 de septiembre de 2001 (después de 9 años)	Anual
Desarrollo del módulo de salud	Desarrollado	Desarrollado	Desarrollado y especializado, incluye información sobre producción de servicios, red de servicios, recursos humanos y datos demográficos	Desarrollado y especializado, incluye módulos de SIDA, riesgo de embarazo, nutrición y planificación familiar	Desarrollado, información sobre cobertura de partos	Resumen de indicadores de cobertura y recursos (físicos y financieros)
Desarrollo del módulo de hogares	Desarrollado	Poco desarrollado	Poco desarrollado	Desarrollado, incluye información referente a la actividad económica, educación y datos de la vivienda	Desarrollado	Nada específico. Cuenta con indicadores demográficos y de empleo
# indicadores para análisis de exclusión	7 indicadores	12 indicadores	7 indicadores	2 indicadores	12 indicadores	3 indicadores
Particularidades y limitaciones	Fuente principal de información para obtener indicadores sobre pobreza y status socio-económico. Realizada en forma anual. Carencia de indicadores de oferta en salud	Carencia de indicadores de pobreza y del sistema de salud en general, sólo informa sobre la Seguridad Social de Corto Plazo	Fuente principal de información para obtener indicadores municipales sobre cobertura al servicio de salud	Se desarrolla cada 4 años. Carencia de indicadores de oferta en salud	No es una fuente especializada en el sector salud	Fuente secundaria de información. No incluye información amplia ni desagregada sobre el sector salud

FUENTE: Elaboración propia en base a los documentos metodológicos de las fuentes de información.

3.2 Definición de Indicadores

La metodología aplicada para la medición y caracterización de la exclusión en salud en Bolivia, se basa en la utilización de la técnica de aproximaciones sucesivas. El objetivo es determinar la magnitud de este fenómeno, expresado en la cantidad de población excluida de la protección social en salud e identificar el perfil de los grupos que se encuentran en esta condición.

Para este efecto se ha seleccionado un grupo de indicadores relacionados con las distintas dimensiones de la exclusión y la aplicación de un índice compuesto de exclusión.

Los **indicadores** calculan de manera individual la cantidad de personas excluidas de la protección social en salud a través de la utilización del *headcount* o índice de recuento. Los indicadores utilizados han sido clasificados en dos grandes dimensiones: los que se relacionan con factores externos al sistema de salud y los que reflejan el efecto de los factores internos o propios del sistema.

- Factores externos: se relacionan con barreras de acceso económicas o financieras, geográficas, laborales, étnicas o culturales y el suministro de servicios indirectos (educación, calidad de la vivienda, etc.).
- Factores internos: se refieren a la cobertura de atenciones y uso de servicios, disponibilidad de infraestructura, recurso humano, suministro de servicios directos y finalmente, incluyen indicadores de resultado.

Cada grupo de indicadores será examinado utilizando un análisis bivariado para profundizar la caracterización de salud en las dimensiones interna y externa al sistema de salud. En lo posible, tomando en cuenta la disponibilidad de información, se tratará de realizar desagregaciones a nivel geográfico, por variables transversales u otras que permitan profundizar el análisis de exclusión en salud.

3.3 El Índice Compuesto de Exclusión

Las técnicas que identifican de manera independiente a la población excluida (proporción de excluidos) en cada una de las dimensiones de análisis y fuentes o causas de la exclusión, no consideran las interacciones entre éstas y las diferencias en el grado de exclusión de la población. Debido a esta limitación, sus resultados no son concluyentes para realizar comparaciones intra o interregionales.

La metodología para la medición integral de la población excluida basada en un *Índice Compuesto de Exclusión* resuelve la limitación expuesta anteriormente. En esta metodología se evalúa la exclusión a partir del cálculo del indicador continuo de exclusión basado en la familia de medidas propuesta por Foster, Greer y Thorbecke (1984), el cual incorpora los siguientes elementos de análisis:

- La incidencia de la exclusión: ¿Cuánta población se halla excluida?
- La intensidad de la exclusión: ¿Cuál es el grado de exclusión de la población reportada como excluida? ¿Cuál es la brecha frente la situación óptima de no exclusión?
- La severidad de la exclusión. ¿Cuál es el grado de desigualdad entre los niveles de exclusión de la población?

El indicador continuo incorpora las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión así como las restricciones conjuntas que enfrentan los individuos para acceder a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud. Este indicador es construido como una combinación lineal de las diferentes fuentes de exclusión y revela el riesgo individual de exclusión.

La ventaja de contar con un indicador continuo es que permite la estratificación de la población, segmentándola en grupos relativamente homogéneos, en términos de riesgos. Dicha estratificación se realizará utilizando el método de conglomerados (*clusters*). Dicho método determina los umbrales y permite la clasificación de la población en diversas categorías de riesgo, los cuales son obtenidos mediante la minimización de la distancia euclidiana del índice compuesto al interior de los cuatro grupos de riesgo definidos: severo, alto, moderado y bajo. La estratificación permite ordenar espacialmente a la población según los riesgos de exclusión e identificar las zonas geográficas más afectadas.

En este escenario, el índice global refleja, tanto la incidencia de la exclusión (cantidad de personas) como su intensidad y puede ser interpretado como el esfuerzo potencial requerido para eliminar la exclusión a través de diversas intervenciones.

El Índice de Exclusión puede ser expresado como:

$$I_a = \sum_{j=1}^m \left(\frac{n_j}{n} \right)^* I_{aj}$$

Donde:

I_a = Índice de exclusión global

I_{aj} = Índice de exclusión del grupo j

n_j = número de individuos pertenecientes al subgrupo j

n = población total

m = total de segmentos poblacionales

Teóricamente los valores del índice de exclusión van de 0 (ninguna exclusión) a 1 (total exclusión). En el índice de exclusión se calculan cuatro componentes: a) el *headcount*, referido al porcentaje de población excluida medida por el conjunto definido de indicadores, b) la brecha de exclusión para cada una de las dimensiones y fuentes de exclusión, c) el coeficiente de variabilidad del grado de exclusión (heterogeneidad de la exclusión) y d) las ponderaciones de cada una de las dimensiones de análisis.

- a) El procedimiento de estimación del índice global toma como punto de partida los indicadores utilizados para el *headcount* que calcula la exclusión parcial para cada uno de los indicadores descritos en la sección anterior.
- b) La brecha de exclusión mide la distancia del nivel de exclusión (S) de un individuo respecto al nivel óptimo referido a una situación de no exclusión (S^*), para lo cual se requiere que los niveles o grados de exclusión estén expresados en valores cardinales. Para conciliar estos requerimientos con el tipo de información proporcionado por las encuestas para cada uno de los indicadores representativos de las fuentes de exclusión, los cuales son reportados como valores cualitativos, se utilizó la metodología de cálculo de brecha basado en escalas óptimas (Grosh y Baker (1995), Robles (1998)). Esta metodología aproxima la brecha media de exclusión a partir de: 1) un promedio ponderado de las brechas parciales de exclusión de cada uno de las dimensiones y fuentes de exclusión y 2) la transformación de cada posibilidad de respuesta cualitativa que reporta el individuo en un valor cardinal (S_i), correspondiendo el valor transformado de la respuesta de mejor calificación como el de no exclusión (S^*).

- c) Para la estimación de los ponderados, se aplicaron los algoritmos de componentes principales y para la transformación de las escalas categóricas en numéricas se aplicaron algoritmos de escala óptima. Ambos conjuntos de parámetros se estimaron de manera integrada utilizando el método de mínimos cuadrados alternados (*alternating least squares*).
- d) La ventaja de introducir una métrica a las variables nominales es que ello permite darle a cada categoría un valor diferenciado según su contribución al nivel de exclusión del individuo. Cabe señalar que los indicadores analizados están calibrados en la misma dirección, es decir, para todos ellos, un alto valor implica una menor exclusión por esa causa y viceversa.

3.4 Limitaciones en la Medición de la Exclusión en Salud

De acuerdo a las experiencias de otros países en la iniciativa de caracterizar la exclusión social en salud y a la experiencia en el caso boliviano, se pueden mencionar las siguientes limitaciones en la medición de la exclusión en salud:

- La exclusión en salud es un proceso complejo donde intervienen principalmente tres fenómenos que dificultan su medición¹⁰: a) es un *fenómeno heterogéneo* que afecta a los individuos u hogares de manera diferenciada. Existiendo individuos que están totalmente excluidos del sistema de salud frente a otros que lo están de manera parcial; b) es un *fenómeno multidimensional*, es decir, existen múltiples fuentes de generación de exclusión (de carácter financiero, de oferta, étnicos, geográficos, entre otras) que interactúan entre ellas, generando traslapes que dificultan la clasificación de la población, y c) es un *fenómeno dinámico* que afecta a la población de manera diferenciada en el tiempo, donde eventos inesperados (enfermedades catastróficas, desempleo, etc.) harían necesarias revisiones continuas de los sistemas estadísticos de clasificación de la población según su condición de acceso a los sistemas de salud.
- La metodología utilizada es altamente dependiente de los indicadores seleccionados para hacer la medición, de modo que una limitada selección de indicadores o de posibles problemas en la recolección de los datos que los componen, determinará serias restricciones en el diagnóstico.
- La gran cantidad de información requerida para hacer el estudio puede llevar a limitar el alcance del mismo, particularmente en lo referido a la desagregación a nivel local o municipal.
- La carencia de datos actualizados en las estadísticas nacionales para algunos indicadores y la inexistencia de alguna información específicamente relacionada con la exclusión en salud, como ser los tiempos de espera para la atención, información actualizada de razones de no atención, distancia a centros de salud, entre otros.

¹⁰ Ministerio de Salud del Perú y OPS: "Caracterización De La Exclusión Social En Salud En El Perú", 2003.

IV. MARCO DE ANÁLISIS

4.1 Aspectos Socio-Económicos y Demográficos de Bolivia

Bolivia está estructurada política y administrativamente en 9 departamentos, 112 provincias y 314 municipios. Según los datos oficiales del CELADE en el año 2001, el país contaba con 8.624.268 habitantes, de los cuales 4.150.475 son mujeres (50,2%) y 4.123.850 son hombres (49,8%). Del total de la población, el 62,4% vive en el área urbana (5.165.882 hab.) y el 37,4% vive en el área rural (3.108.443 hab.) El Cuadro 3 presenta un resumen de las principales variables socio-económicas desde 1997 hasta el 2002.

En los últimos años la economía boliviana ha logrado mantener la estabilidad macroeconómica a pesar de los shocks externos que afectaron la economía interna, mostrando un repunte en el crecimiento del PIB de un nivel de 0,45% para el año 1999 a 2,75% en el año 2002. Este resultado, sin embargo, no es suficiente para alcanzar las metas de crecimiento necesarias para reducir la pobreza del país, dado que no cubren ni la tasa anual de crecimiento de la población calculada en 2,76%.

Cuadro 3: Principales Variables Socio-económicas

INDICADORES	UNIDAD	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PIB NOMINAL	Mill. de \$us.	7.857	8.513	8.246	8.328	8.056	7.956
CRECIMIENTO DEL PIB	%	4,95	5,03	0,43	2,28	1,51	2,75
PIB PER CAPITA	En \$us.	1003,9	1070,8	1030,6	1025,0	976,7	937,3
TIPO DE CAMBIO	Bs / \$us	5,35	5,64	5,99	6,38	6,83	7,47
TASA DE DEPRECIACION	%	3,26	5,45	6,28	6,49	7,01	9,47
TASA DE INFLACION	%	6,73	4,39	3,13	3,41	0,92	2,45
POBLACION	Miles de hab.	7.848	8.039	8.233	8.428	8.624	8.824
Urbano	%	60,3	60,8	61,3	61,9	61,4	63,0
Rural	%	39,7	39,2	38,7	38,1	37,6	37,0
Hombres	%	49,7	49,7	49,8	49,8	49,8	49,8
Mujeres	%	50,3	50,3	50,2	50,7	50,2	50,2
TASA DE DESEMPLEO ABIERTA	%	4,4	n.d.	6,1	7,7	9,4	8,8
Hombres	%	4,5	n.d.	5,5	6,6	8,4	7,7
Mujeres	%	4,4	n.d.	6,9	9,1	10,6	10,1
GASTO SOCIAL TOTAL % PIB	% PIB	15,26	15,63	16,51	16,99	19,15	18,99
Salud	% PIB	3,36	3,27	3,32	3,52	3,74	3,75
Educación	% PIB	6,02	5,71	6,21	6,12	7,26	7,34
GASTO PER CAPITA EN SALUD	En \$us	34	36	35	37	35	35

FUENTE: MIN. HACIENDA, INE y UDAPE.

Nota: Las estimaciones de Población de 1997 a 2002 corresponden a datos oficiales de CELADE "Boletín Demográfico, América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005, Santiago de Chile", Enero 2003.

Las tasas de devaluación e inflación han experimentado un incremento de 7% y 0,9% en 2001 a 9,5% y 2,5% en 2002, respectivamente. La tasa de inflación de 2002 es explicada por la caída en la demanda agregada y por el congelamiento de los precios en los principales derivados de hidrocarburos, diesel oil y gasolina. Sin embargo, la depreciación del tipo de cambio nominal generó presiones inflacionarias en el alza de precios de productos industriales y de tarifas de servicios básicos, tal como se señala en el informe de Evaluación de la Economía 2002, elaborado por UDAPE.

Otros indicadores importantes, que se observan en el Cuadro 3, dan cuenta que el gasto social alcanza a aproximadamente al 19% del PIB durante el 2001 y el 2002, de los cuales el gasto en salud es 3,7% del PIB, nivel mayor al experimentado en los años 1997, 1998 y 1999, que representan un 3,3% del PIB. El nivel de gasto per cápita en salud se ha mantenido regularmente constante alrededor de 35 \$us, sin embargo, el estudio realizado por Cárdenas (2000) señala que el gasto per cápita en salud podría alcanzar a 46 \$us, el cual sigue siendo inferior al de países vecinos como Argentina (58), Chile (55), Colombia (63,6), Perú (58,4) o Paraguay (51).

4.2 El Sistema de Salud Boliviano

Un primer paso en la aproximación a las causas de la exclusión en salud en Bolivia, es el conocimiento del sistema de salud boliviano respecto a su estructura y la constitución de las redes de servicios de salud, su interrelación financiera y de gasto con el sistema de administración pública, en el entendido de que los sistemas de protección de la salud no son neutrales respecto de la exclusión en salud sino que, por el contrario, pueden determinar diversos grados de exclusión dependiendo de su estructura y de sus arreglos organizacionales (OPS/OMS, 2003)¹¹.

El marco teórico en el que se basa el documento desarrollado por la OPS/OMS, identifica cuatro elementos que contribuyen a la existencia de exclusión al interior de los sistemas:

- a) **La segmentación o existencia de subsistemas con distintos arreglos de financiamiento, afiliación y provisión**, que son “especializados” en diversos segmentos de la población, determinados por su nivel de ingresos. Habitualmente, se manifiesta en un subsistema público, con recursos insuficientes y/o mal administrados y en un sector privado, la seguridad social, que atiende a los trabajadores formales y a sus familias, con mayores recursos que está orientado a segmentos más ricos de la población.
- b) **La fragmentación o existencia de muchas entidades no integradas en un subsistema**. Esta situación eleva los costos de transacción al interior del sistema y hace difícil garantizar las condiciones equivalentes de atención para las personas afiliadas a los diversos subsistemas.
- c) **El predominio del pago directo o de bolsillo** como mecanismo de financiamiento del sistema.
- d) **Sistemas regulatorios débiles** o poco desarrollados, que impiden el establecimiento de reglas de juego adecuadas entre los agentes del sistema: usuarios, proveedores y aseguradores.

El Sistema Boliviano de Salud, de alguna forma presenta los cuatro elementos que identifica la OPS/OMS como los contributivos a la exclusión en salud. El sistema es **segmentado** debido a que se cuenta con un subsistema público cuya principal función es atender a la población de menores recursos en el marco de los seguros públicos como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), y a pesar que en los últimos años se ha incrementado la disponibilidad de recursos, éstos no han sido administrados con eficiencia para tener un mayor impacto sobre la población más excluida. Por otra parte, se cuenta con la seguridad social de corto plazo, que bajo un modelo bismarckiano, atiende a los trabajadores formales en una economía altamente informal. Finalmente, se cuenta con un sector privado poco articulado en el que se engloban, por una parte, a las ONGs y

¹¹ OPS/OMS: “Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe”, 2003, Pág. 19.

la Iglesia que atiende a población de ingresos medios y bajos, y por otra parte, las compañías de seguro, la medicina prepagada y las clínicas privadas y consultorios particulares que atienden una demanda de población con ingresos altos.

El sistema es **fragmentado**, debido a que el subsistema público tiene su propia infraestructura al igual que la seguridad social, las ONGs, la Iglesia y la oferta privada de clínicas y consultorios privados. A pesar que los seguros públicos han logrado que de alguna manera existan convenios público-seguridad social (MSD-Cajas de salud) y público-privados (MSD-ONGs e Iglesia) para atender el SUMI y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), aún no existe una integración de los subsistemas que permitan disminuir los costos de transacción.

El **gasto de bolsillo**, sigue siendo parte importante del flujo financiero del sistema, sobretodo por que los seguros públicos, aunque tienen la premisa de universalidad, ésta se aplica sólo a las prestaciones y no así a la población. Sólo está protegida la población más vulnerable, como las madres y menores de 5 años en el caso del SUMI y los mayores de 60 años en el SMGV. La mujer en edad fértil, los adolescentes y niños mayores a 5 años, la población en edad productiva, se encuentran fuera del esquema de aseguramiento público y si no son beneficiarios de la seguridad social, tienen que recurrir al gasto de bolsillo para satisfacer sus necesidades de salud.

Dada la fragmentación del sistema, es muy difícil que exista una labor efectiva de **regulación** del sistema. Sólo se cuenta con el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), instancia que realiza actividades de fiscalización antes que de regulación en los establecimientos de salud de la seguridad social (Cajas de Salud). El Servicio Departamental de Salud (SEDES), poco puede hacer para coordinar y regular a la red pública de servicios y menos al sector privado, aun teniendo estas atribuciones, particularmente en la Unidad Departamental de Gestión del SUMI .

El documento "Análisis del Sector Salud en Bolivia", OPS/OMS y MSD (2004), señala que el Sistema Nacional de Salud es el conjunto de entidades y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud, reguladas por el MSD, según se establece en el DS. No. 26875. El Cuadro 4 muestra un esquema de la organización del Sistema.

Cuadro 4: Organización del Sistema Nacional de Salud

Subsistema Formal	Subsistema Informal
PUBLICO: <ul style="list-style-type: none"> • Servicios Públicos de Salud (MSD, SEDES, Municipios) • Seguridad Social (Cajas de Salud) 	Medicina Tradicional (*)
PRIVADO: <ul style="list-style-type: none"> • Org. c/ fines de lucro: (seguros y servicios privados, consultorios, clínicas) • Org. s/ fines de lucro: Servicios de salud de ONGs y de Iglesias 	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacias • Automedicación

FUENTE: Análisis del Sector Salud en Bolivia, OPS/OMS y MSD, abril 2004.
 (*) En proceso de normalización e integración plena al sistema.

El **Subsector Público**, encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) con atribuciones normativas, de regulación y conducción de políticas y estrategias nacionales. En el ámbito regional, se encuentran las Prefecturas, responsables mediante el SEDES de la administración de los recursos humanos. En el ámbito local, los gobiernos municipales, son responsables de la administración de los establecimientos de salud. El

Subsector de la Seguridad Social, atiende a los trabajadores asalariados y organizados y cubre con prestaciones de salud por enfermedad, maternidad y niñez y riesgo profesional.

El *Subsector privado* incluye a las Compañías de Seguros, Compañías de Medicina Prepagada y las ONGs. Las Compañías de Seguros constituyen un receptor de fondos para financiar los servicios de salud del sector privado, la principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través de pagos de primas por seguros de salud. Es importante resaltar la actividad de ONGs y la Iglesia, por su presencia en número y su contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas. El *Subsector de Medicina Tradicional* ha recibido particular reconocimiento a nivel nacional y está establecido de manera explícita en la Ley del SUMI, cuyas prestaciones se pueden hacer efectivas cuando corresponde, de acuerdo a los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia.

Estos subsectores a su vez se interrelacionan con la economía de acuerdo al flujo de financiamiento y gasto presentados en el esquema 1, el cual muestra las fuentes de financiamiento, los agentes que intervienen en el sistema y los prestadores de servicios, de acuerdo al análisis presentado en Cárdenas 2000.¹²

El Modelo de Gestión del Sistema de Salud está particularmente dirigido a la reducción de la morbilidad y mortalidad de los grupos de población más vulnerables, en un marco de protección del capital humano, proponiendo aumentar la equidad en el acceso a los servicios de salud, velar por la calidad de las prestaciones, eficiencia en la gestión y efectividad en el sistema para atender enfermedades emergentes y re-emergentes.

Uno de los cambios importantes de las políticas de salud se refiere a la articulación de redes de servicios de salud con redes sociales. Esta política se da en un contexto global que permite extender una adecuada oferta y demanda de servicios, especialmente en el área rural y zonas peri urbanas, bajo un enfoque de interculturalidad, género y generacional. Las redes están conformadas por establecimientos de la seguridad social de corto plazo y otras instituciones que hayan firmado algún convenio con el MSD. Cada Red debe tomar en cuenta los tres niveles de atención de manera tal que cada una tenga un centro de referencia en el nivel superior (ver esquema 2). Es obligación de las Redes de Servicios de Salud *promover una activa participación de la Redes Sociales*, tal como se menciona en MSD y OPS/OMS (2004).

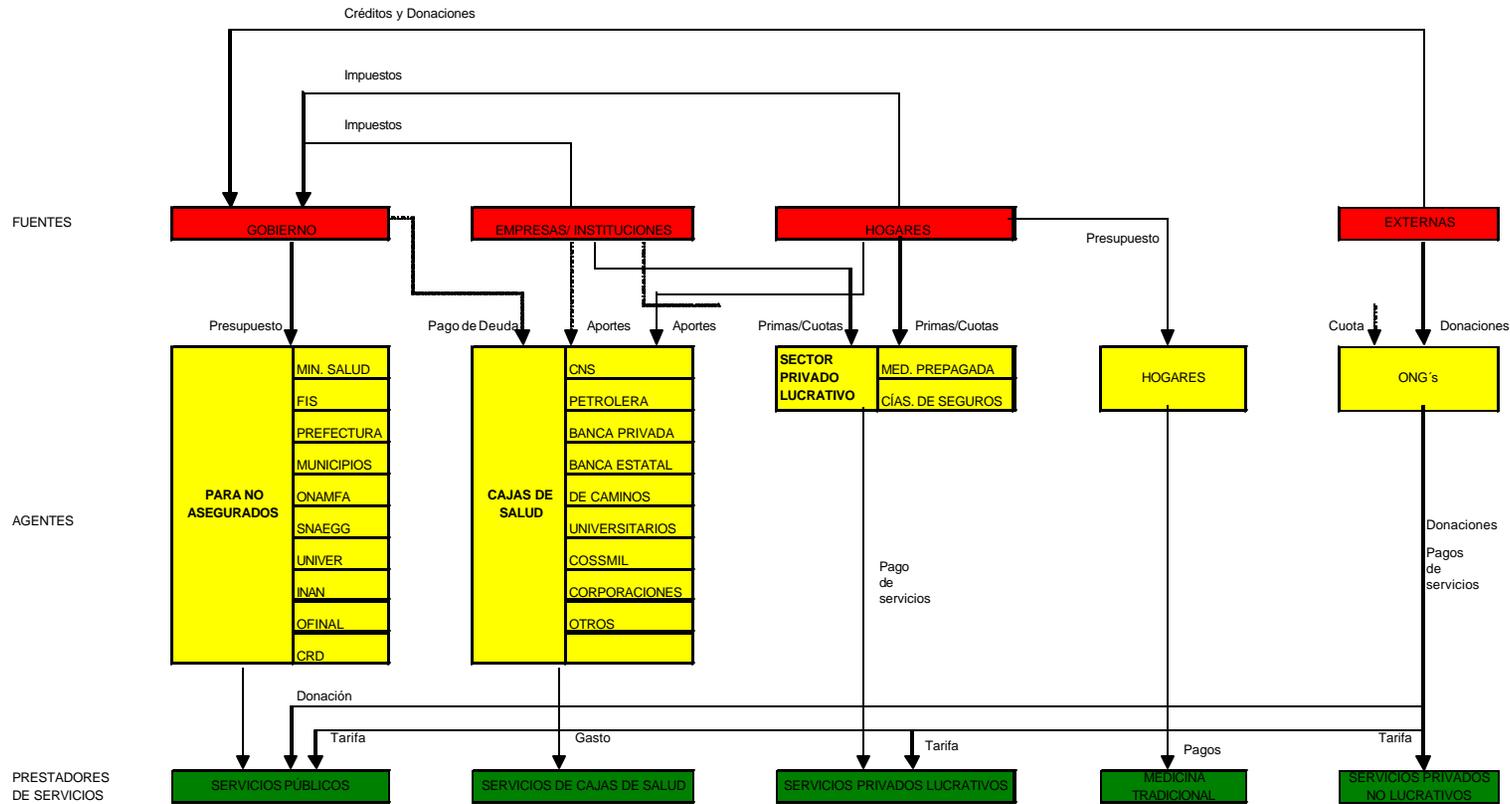
Actualmente, las cuatro estrategias priorizadas por el gobierno son: la implementación de la gestión compartida con la participación popular, la consolidación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el desarrollo del Programa Nacional de Extensión de Coberturas en Salud (EXTENSA) y el control de enfermedades transmisibles e inmunoprevenibles.

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:

- a) Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD)
- b) Departamental, correspondiente al Servicio Departamental de Salud – SEDES, dependiente de la Prefectura.
- c) Municipal, correspondiente al Directorio Local de Salud – DILOS
- d) Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

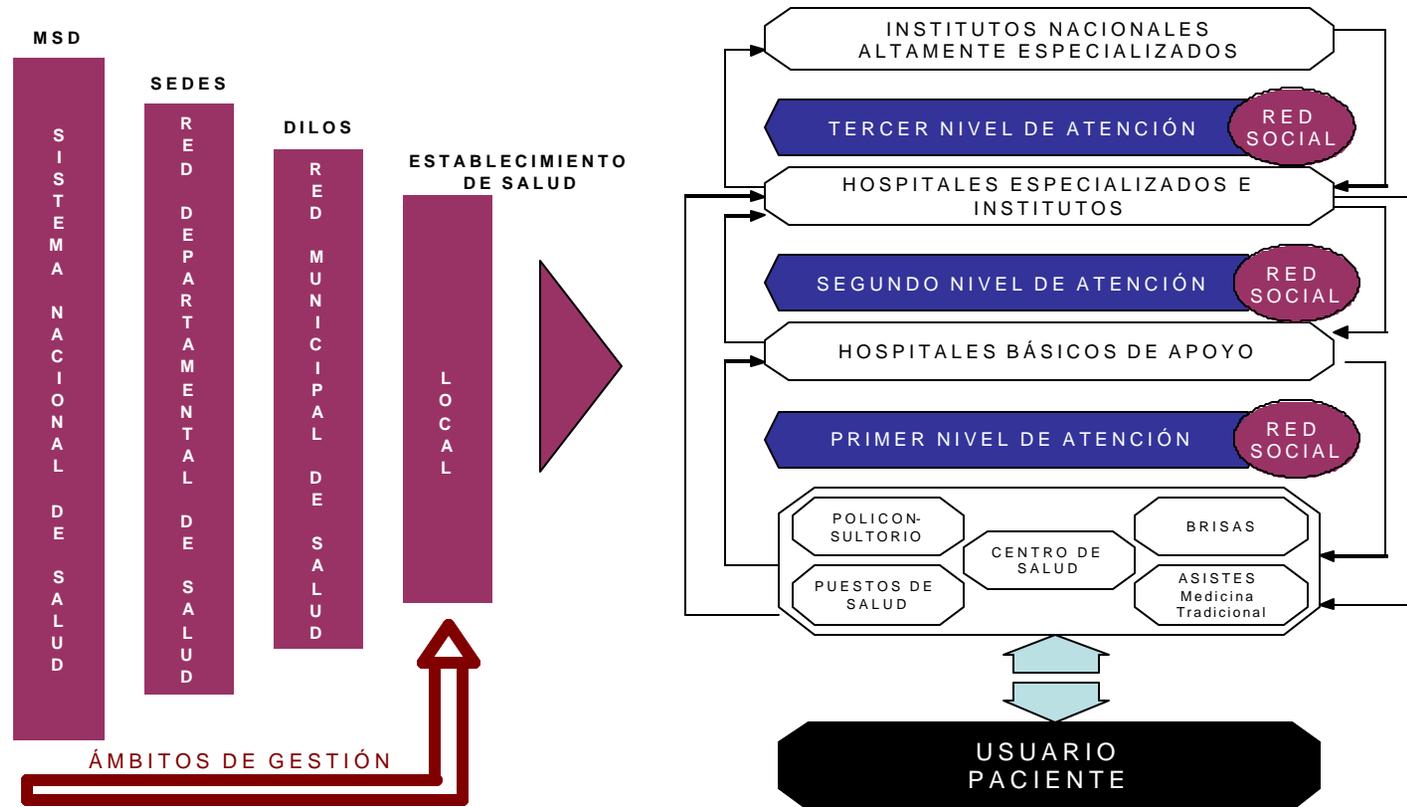
¹² M. Cárdenas: "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud", 2000.

Esquema 1: Flujo de Financiamiento y Gasto en el Sector Salud



Fuente: Estudio CNGS 1999, extraído de Cárdenas: 'Cuentas nacionales de financiamiento y gasto en salud', 2000.

Esquema 2: Constitución de las Redes de Servicios



Fuente: MSD, "Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS". 2003

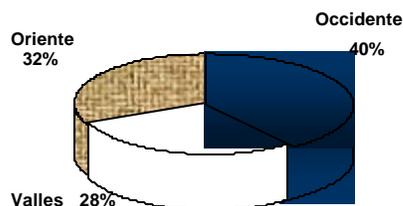
4.3 Análisis de Variables Transversales

El análisis de exclusión en salud se realizó utilizando como base la encuesta MECOVI 2002, a la que fueron adicionadas variables generadas en el SNIS y el Censo 2001. El análisis cuantitativo bivariado requiere de variables e indicadores seleccionados de acuerdo a la metodología propuesta que nos aproximen a analizar las dimensiones de la exclusión, cruzando con algunas variables transversales como las áreas geográficas más representativas, la composición de la población según origen étnico, tramos etáreos y género, la educación del jefe de hogar y la composición de la población económicamente activa (PEA).

La encuesta MECOVI 2002 es representativa a nivel nacional, departamental y urbano/rural. Los dominios de mayor importancia en la encuesta son las 3 *áreas geográficas* del país que corresponden al occidente, valles y oriente. En el occidente se agrupó a los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí, en los valles a los departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y Tarija y en el oriente a los departamentos de Santa Cruz, Beni y Pando. La mayor aglomeración poblacional del país se concentra en los departamentos del occidente con el 40% del total, los departamentos del oriente han incrementado su población sustancialmente por los procesos migratorios del occidente a las tierras bajas, alcanzando el 32% de la población del país. En tanto que los departamentos de los valles concentran al 28% de la población boliviana. (Ver Gráfico 1).

Gráfico 1: Población, según Área Geográfica

Bolivia es un país multiétnico, sin embargo, existen 3 pueblos originarios que son los más representativos de la diversidad cultural de nuestro país, los aymaras, los quechuas y los guaraníes. Los aymaras habitan mayoritariamente en el occidente del país, los quechuas en los valles y parte del altiplano, y los guaraníes en las tierras bajas del Chaco y oriente del país.



Fuente: MECOVI 2002

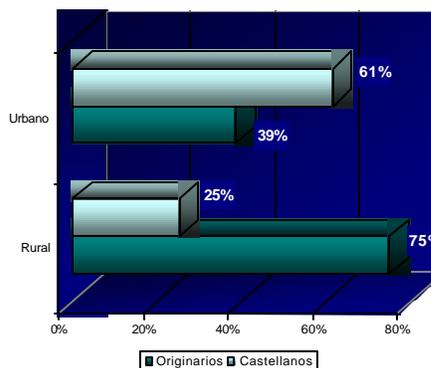
La variable *etnia* fue generada en la encuesta MECOVI-2002, imputando el idioma en que aprendió a hablar el jefe de hogar o la esposa a los hijos, en algunos casos se realizaron análisis particulares para otros integrantes del hogar que no tienen relación de parentesco sanguínea con el jefe de hogar o esposa, como los yernos, nueras y otros. Si se suman a aquellos individuos que aprendieron a hablar en su niñez otro idioma que no sea el castellano, se obtiene al grupo de originarios (52%) y la diferencia está constituida por los castellano parlantes (48%). Según esta agregación, el pueblo originario con mayor población son los quechuas (29.1%), luego están los aymaras (21.6%) y finalmente los guaraníes que representan sólo el 1.5% de la población total.

La distribución de la población según área de residencia y etnia, nos muestra que los castellano-parlantes residen mayoritariamente en el área urbana (61%), en tanto que los originarios se concentran en el área rural (75%) (Ver Gráfico 2). En el occidente se concentra la población de origen aymara, que representa el 50% de la población de sus

departamentos, en los valles el pueblo quechua es el mayoritario (53%) y finalmente en el oriente se concentra la población castellano parlante (79%).

Gráfico 2: Población, según Área Geográfica y Etnia

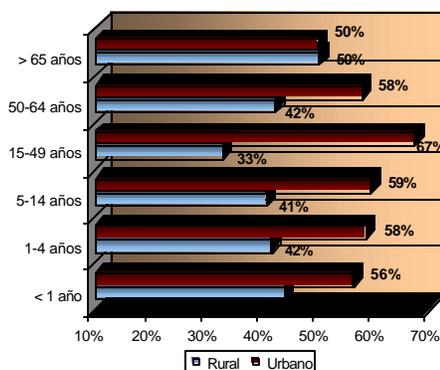
Bolivia enfrenta un proceso de transición demográfica, no sólo caracterizada por un proceso de urbanización, sino también por la reducción en la tasa global de fecundidad, habiendo disminuido ésta de 4.8 en 1994 a 3.8 hijos por mujer en 2003 (INE-MSD, 2003). Los menores de 5 años, representan el 13% de la población, los niños y adolescentes entre 5 y 14 años constituyen el 26%, la población en edad reproductiva (15-49 años) alcanza a 48%, la población madura (50-64 años) representa el 8% y la población adulto mayor (más de 65 años) el 4%.



Fuente: MECOVI 2002

Considerando que la Ley de Pensiones establece que la edad de jubilación es de 65 años para hombres y de 60 años para mujeres, se puede afirmar que aproximadamente la fuerza productiva del país alcanza a 56%.

Gráfico 3: Tramos Etáreos, según Área de Residencia



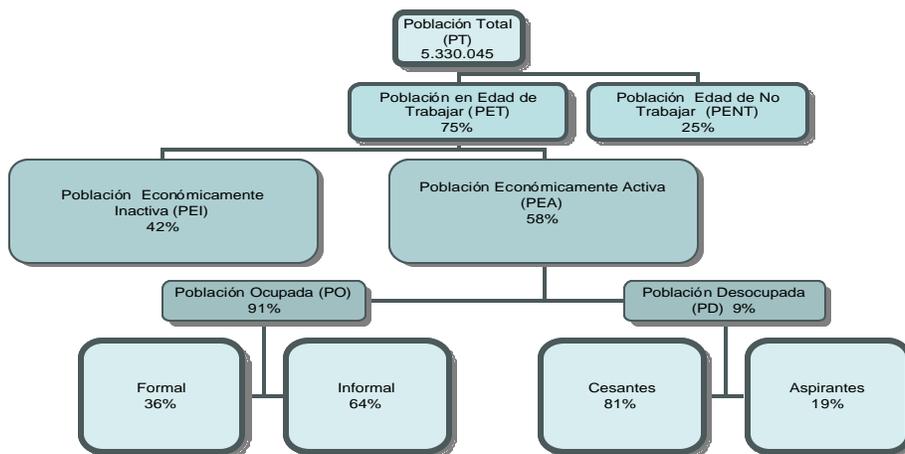
Fuente: MECOVI 2002

Un análisis de la población por **tramos etáreos** según área de residencia, muestra que para todos los grupos, la población se concentra en el área urbana, solamente en el caso de la población de la 3ª edad se observa que un 50% de este grupo vive en áreas rurales. Existe una marcada aglomeración de la población en edad reproductiva en el área urbana, dada la baja productividad del sector agrícola, sobretodo en el occidente del país que obliga a la población joven a migrar a las tierras bajas en busca de mejores oportunidades.

Otra de las razones que potencialmente puede explicar la exclusión en salud, es la informalidad del empleo, debido a que en Bolivia el subsistema de la seguridad social de corto plazo se basa en un modelo de corte bismarckiano, donde la relación formal obrero patronal es un requisito para afiliarse a las Cajas de Salud. Las estadísticas laborales en Bolivia, se producen a partir de la información generada en el área urbana, debido a que en el área rural, la población en general se encuentra inserta en labores relacionadas

con la economía informal y de subsistencia y esta declaración puede introducir distorsiones en las estadísticas de empleo.

Esquema 3: Población Urbana, Según Condición de Actividad

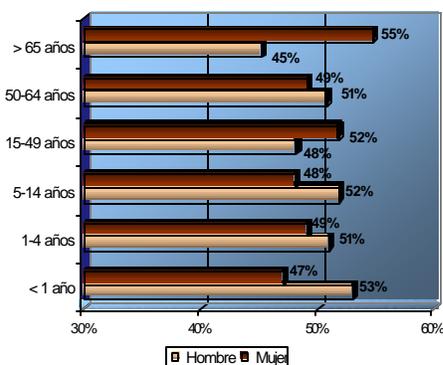


Fuente: MECOVI 2002

El esquema 3 muestra la población urbana según condición de actividad, con una población económicamente activa (PEA) de 2.3 millones de personas, que representa el 58% de la población en edad de trabajar (PET), de las cuales 201 mil se encuentran desocupadas (9% de la PEA) y 2.1 millones se encuentran ocupadas (91% de la PEA). Del total de ocupados en el área urbana, 1.3 millones de personas (64%) pertenecen al sector **informal** de la economía, es decir son trabajadores por cuenta propia, o son empleados, obreros o patrones de empresas con un número de dependientes menor a 5.

Gráfico 4: Tramos Etáreos, Según Género

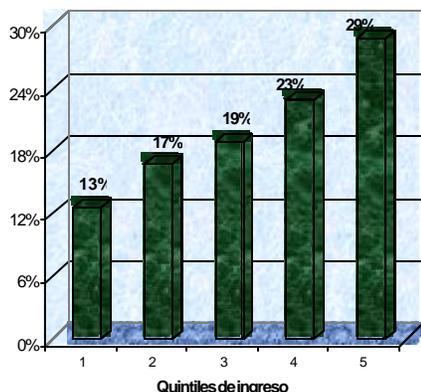
La distribución de la población por **género**, según tramos etáreos, señala que el índice de masculinidad es más alto entre la población menor a 15 años, sin embargo, la proporción de mujeres es mayor a medida que la población va envejeciendo, que es consistente con la mayor esperanza de vida de las mujeres.



Fuente MECOVI 2002

Uno de los determinantes más importantes en la generación de ingresos es la educación, la evidencia señala un umbral de 3 años de escolaridad para contar con las habilidades mínimas para aprovechar las oportunidades y destrezas de generar Ingresos, por tanto, la escolaridad del jefe de hogar es una variable que se aproxima a medir la capacidad de generar ingresos en los hogares.

Gráfico 5: Escolaridad del Jefe de Hogar Mayor a 3 Años, según Quintiles de Ingreso



En Bolivia, el 80% de los jefes de hogar tienen un nivel de escolaridad mayor a los 3 años. Esta variable se distribuye de manera desigual, según quintil de ingresos, del 100% de jefes de hogar con escolaridad mayor a los 3 años, sólo el 13% pertenece al quintil de ingresos más pobre, mientras que el 29% corresponde al quintil de ingresos más rico, sin embargo, existen otras variables que muestran mayor grado de desigualdad en su distribución.

Fuente: MECOVI 2002

4.4 Perfil de la Población Excluida

El marco de análisis de la metodología propuesta por OPS presenta un conjunto de indicadores agrupados en la dimensión interna y externa al sistema de salud, con el propósito de estimar la población excluida en salud. En Bolivia, se estimó dicha población utilizando como fuente de información a las estadísticas del INE provenientes de las encuestas de hogares, como la MECOVI-2002, del Viceministerio de Inversión Pública y Financiamiento Externo (VIPFE), la Unidad de Programación Fiscal (UPF), los registros administrativos del Sistema Nacional de información en Salud (SNIS) y del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) (Ver

Cuadro 5).

En la *dimensión externa*, se consideran variables exógenas al sistema de salud, como el nivel de pobreza, el gasto en salud, la ruralidad, la etnicidad y la calidad de la vivienda. En el

Cuadro 5 se observan las estimaciones de pobreza realizadas utilizando la encuesta MECOVI-2002, donde la incidencia de pobreza en el país alcanza a 64,6%, vale decir que aproximadamente 5.5 millones de habitantes se encuentran debajo de la línea de pobreza para el 2002, ubicando a Bolivia entre uno de los países más pobres de la región.

La variable pobreza incluye una categoría, denominada pobreza extrema, que es la población que se encuentra por debajo de la línea de indigencia, es decir, aquellos individuos que no pueden satisfacer ni siquiera una canasta básica alimenticia. La indigencia o extrema pobreza representa el 36,8% (3.1 millones de personas) y la pobreza moderada el 27,8%. (2.4 millones de personas). Los niveles de pobreza están asociados a elevados índices de desigualdad, el ingreso medio del percentil más alto es 15 veces al 10% de la población más pobre¹³.

¹³ El grado de desigualdad medido por el coeficiente de Gini del ingreso per cápita es de 0.56. UDAPE: "Pobreza y desigualdad en municipios de Bolivia: estimación del gasto de consumo combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares", 2003.

Cuadro 5: Indicadores de Salud, según Dimensión de la Exclusión

DIMENSIONES DE LA EXCLUSIÓN	CATEGORÍA	INDICADOR	POBLACION EXCLUIDA	% DE POBL	AÑO	FUENTE	
EXTERNAS AL SISTEMA	Económicas o Financieras	Población en situación de pobreza (en miles)	5.484	64,6	2002	Estadísticas INE	
		Población en situación de pobreza extrema (en miles)	3.121	36,8	2002	Estadísticas INE	
		Población pobre por edad (en miles)					Estadísticas INE
		Menor a 25 años	3.465	69,3	2002	Estadísticas INE	
		Entre 25 y 44 años	1.203	59,5	2002	Estadísticas INE	
		Entre 45 y 64 años	592	54,4	2002	Estadísticas INE	
		Mayor a 64 años	225	60,0	2002	Estadísticas INE	
		Población pobre por género (en miles)					Estadísticas INE
		Hombres	2.737	64,5	2002	Estadísticas INE	
		Mujeres	2.750	64,7	2002	Estadísticas INE	
		Gasto total en salud (% del PIB)	3,75		2002	VIPFE / UPF	
		Gasto per capita en salud (en \$us)	35		2002	VIPFE / UPF	
		Gasto total en salud (% del SPNF)	10,1		2002	VIPFE / UPF	
	Gasto de bolsillo como % del Gasto Tot. Salud (%)	28,0		2002	UPF/MECOVI		
	Gasto de bolsillo promedio mensual (En Bs.)	120		2002	MECOVI		
	Gasto de bolsillo promedio de no pobres (Bs.)	191		2002	MECOVI		
	Gasto de bolsillo promedio de pobres (Bs.)	84		2002	MECOVI		
	Geográficas	Población rural (en miles) (*)	3.217	37,6	2002	MECOVI	
	Laborales	Trabajadores informales (en miles)	1.358	64,1	2002	MECOVI	
	Étnico/cultural	Población perteneciente a minorías étnicas (en miles)	4.467	52,3	2002	MECOVI	
Suministro de servicios indirectos	# personas con carencia de vivienda propia	2.685	31,6	2001	Estadísticas INE		
	# personas con carencia de servicios de agua potable	2.451	28,9	2001	Estadísticas INE		
	# personas con carencia de servicios de desagüe	5.120	60,3	2001	Estadísticas INE		
	# personas con carencia de servicios de electricidad	2.882	34,0	2001	Estadísticas INE		
INTERNAS AL SISTEMA	Demanda Asistida	Pobl. c/ Atención Institucional (dda. Asistida) del 23% que reportó enfermedad en la encuesta (en miles)	881	55,0	2002	MECOVI	
	Afilación a la Seguridad Social de Corto Plazo	Cobertura de seguros de corto plazo	2.311	27,23	2002	INASES	
		% población no cubierta por un seguro de corto plazo	6.177	72,77	2002	INASES	
		Población no cubierta por los ss de salud por edad					
		Menores a 4	998	11,8	2002	INASES/MSD	
		5 a 19	1.660	19,6	2002	INASES/MSD	
		20 a 44	2.793	32,9	2002	INASES/MSD	
		45 a 64	634	7,5	2002	INASES/MSD	
		65 Adelante	91	1,1	2002	INASES/MSD	
	Población no cubierta por los ss de salud por género						
	Hombres (en miles)	3.120	36,76	2002	INASES/MSD		
	Mujeres (en miles)	3.057	36,02	2002	INASES/MSD		
	# Pers. origen étnico no cubierta por los ss de salud	4.076	91,25	2002	MECOVI		
	Infraestructura	# de camas por cada 1,000 hab.	2,56	30,0	2002	MSD	
		% de camas por cada 10,000 hab. Urbano	16,3		2002	MSD	
		% de camas por cada 10,000 hab. Rural	12,0		2002	MSD	
	RR Humanos	% de médicos por cada 10,000 hab. Rural	1,34		2001	MSD	
% de médicos por cada 10,000 hab. Urbano		3,60		2001	MSD		
Suministro de servicios directos	Partos no institucionales (1)	131.136	45,0	2002	MSD		
	Menores de un año s/3a dosis de pentavalente (2)	25.968	10,00	2002	MSD		
	Embarazos c/ controles prenatales bajo la norma (3)	213.995	65,0	2002	MSD		

FUENTE: Elaboración Propia

(*) Debido a la alta dispersión de las comunidades rurales y por falta de información específica sobre la distancia a centros de salud, la población rural será utilizada como proxy de barrera geográfica.

1) Cobertura de Partos no Institucionales = 1 - (Nro. De Partos Institucionales Atendidos/Partos Esperados)

2) Cobertura de Vacunación con DPT3 = Niños Vacunados con pentavalente/Población menor de 1 año

3) Cobertura de Atención Prenatal Adecuada = Número de Embarazos con 4 controles prenatales /Número de Embarazos Esperados

El gasto público en salud es una variable *proxy* de la prioridad asignada por el gobierno a la salud. En Bolivia, a pesar que en los últimos años las asignaciones presupuestarias al sector se han incrementado, producto de la iniciativa de alivio de deuda (HIPC)¹⁴, el gasto público en salud es aun relativamente bajo en comparación con otros países de la Región, representando apenas un 3.75% como proporción del PIB. El gasto per cápita alcanza a 35 dólares con una tendencia relativamente constante en los últimos años.

Entre los principales agentes generadores del gasto de salud en Bolivia están i) El sector público (Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas, Municipios y el Fondo de Inversión Social); ii) Sistema de seguridad de corto plazo (Cajas de salud); iii) Seguros privados (aseguradoras y medicina pre-paga); iv) ONG's y v) Hogares. El agente que gasta el mayor volumen de recursos en salud es el sistema de seguridad social de corto plazo, sin embargo su cobertura alcanza apenas al 27% de la población. En tanto que el sector público debe encargarse de ofrecer aseguramiento público a grupos vulnerables de la población y financiar programas nacionales de prevención y control de enfermedades.

En cuanto al financiamiento de la salud, el sector público es el que más ha contribuido al incremento en las asignaciones presupuestarias para el sector, representando el 10% del gasto del Sector Público No Financiero (SPNF).

Uno de los mayores limitantes en la extensión de coberturas del sistema de salud, son las barreras geográficas, en particular por ser un país donde aún existen niveles de ruralidad caracterizados por una dispersión geográfica que dificulta la llegada de los servicios. La población rural en el país alcanza a 3.2 millones de personas (37.6%) que viven en poblados dispersos que no cuentan con servicios básicos.

Otra variable que contribuye a la exclusión en salud, es la discriminación por razones culturales, dada la ausencia de un modelo de medicina mixta efectivo que contemple el uso y costumbres de los pueblos originarios (52.3% de la población). La informalidad en el empleo es otra limitante en la extensión de la protección en salud dado el modelo de aseguramiento formal, que exige una relación formal obrero-patronal, existen 1.3 millones de personas que son informales, que representan el 64% de la población ocupada en el área urbana.

Los indicadores de calidad de la vivienda que se utilizan para el cálculo de pobreza por el método de necesidades básicas insatisfechas (NBI), contribuyen a explicar la exclusión en salud, sobre todo los relacionados a la disponibilidad de agua potable y desagüe que tienen un fuerte impacto sobre la morbilidad de los hogares. En Bolivia, el 29% de la población (2.7 millones de personas) carece de servicios de agua potable y el 60% (5.1 millones de personas) no cuenta con una solución adecuada de saneamiento básico. El 31% de la población carece de vivienda propia y el 34% carece de servicios de electricidad.

En la **dimensión interna**, se consideran indicadores relacionados a la cobertura de los servicios de salud, según la demanda asistida, la afiliación a la seguridad social de corto plazo, la disponibilidad de infraestructura y recursos humanos e indicadores importantes sobre de producción de servicios como el porcentaje de parto institucional, la cobertura de vacunación y el cuarto control prenatal.

¹⁴ Heavily Indebted Poor Countries (HIPC).

La demanda asistida, se refiere a la cobertura efectiva del sistema de salud cuando la población reporta enfermedad, alcanzando a un 55%. Según reportes del INASES, la seguridad social de corto plazo cubre al 27% de la población, sin embargo, pueden existir diferencias con las estimaciones en las encuestas de hogares, aún así se está excluyendo de la protección formal de salud a aproximadamente 6 millones de personas. Según tramo etéreo, se observa que la población en edad productiva (20-44 años) es la que mayor acceso tiene a una afiliación formal a la seguridad social, como consecuencia del modelo de aseguramiento. No se observan mayores diferencias en el aseguramiento según género. La población originaria es la más excluida del proceso de aseguramiento formal, observándose que el 91.2% no está afiliado a las Cajas de Salud. Esto puede deberse a la alta proporción de la población indígena que se encuentra inserta en la economía informal, aunque sería necesario explorar más este fenómeno.

Respecto a la disponibilidad de infraestructura, el sector público ha realizado diversos esfuerzos para mejorar la dotación de establecimientos de salud y equipamiento; sin embargo, la capacidad de resolución de los mismos es limitada, debido a la falta de articulación en la red de servicios y la falta de recursos humanos, existiendo tan solo 3.6 médicos por 10.000 habitantes en el área urbana y 1.34 por 10.000 habitantes en el área rural.

En cuanto a los indicadores de producción de servicios, pese a la disponibilidad de un seguro público orientado a proteger a las madres, aún existe un elevado número de partos no institucionales, que no son atendidos por personal capacitado y muchas veces ocurren en domicilio. Otra intervención orientada a disminuir la mortalidad materna, es el cuarto control prenatal al cual no acceden 213.995 embarazadas que representan el 65% del total de embarazos para el año 2002.

Una de las intervenciones más efectivas para proteger la salud infantil es la inmunización, el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) ha realizado varios esfuerzos para lograr introducir la vacuna pentavalente en su esquema básico de vacunación y ha logrado cubrir al 90% de los menores de un año, quedando por fuera 25.900 niños.

V. ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis de exclusión en salud utilizó como base la encuesta de hogares MECOVI -2002, donde se generaron las principales variables asociadas a la dimensión externa de la exclusión, a dicha base se adhirieron variables correspondientes a la dimensión interna del sistema de salud que provienen principalmente del SNIS y otras variables de contexto que se generaron a partir del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001.

Es importante discernir las dimensiones internas y externas al sistema de salud, con el propósito de cuantificar el peso relativo de las fuentes de exclusión ajenas al sector salud y aquellas que son de responsabilidad del sistema, en orden de sugerir medidas de política integrales que coadyuven a mejorar la respuesta del sistema de salud y a la vez mejoren aspectos asociados a la demanda de servicios de salud para lograr incrementar la protección de la población en salud.

5.1 La Dimensión Externa

La dimensión externa de la exclusión en salud está asociada a barreras de tipo económico financiero, geográfico, laboral y étnico-cultural. Las barreras económico financieras pueden estar relacionadas a la capacidad de generar ingresos de las familias y a las asignaciones presupuestarias del gobierno para el sector salud. Las barreras geográficas están relacionadas con el grado de ruralidad del país y la dispersión poblacional, sumadas a los problemas de transporte y vías de comunicación, que dificultan la llegada de la oferta de servicios a la población. Las barreras laborales están ligadas al grado de informalidad de la economía, dada la relación positiva entre formalidad y afiliación a la seguridad social de corto plazo. Las barreras étnico-culturales están dadas básicamente por la pobreza e informalidad que caracteriza a la población indígena.

5.1.1 Barreras Económico-financieras

Las barreras económico financieras están relacionadas a dos ámbitos: el microeconómico y el macroeconómico. El ámbito micro se refiere a la baja capacidad de generar ingresos de los hogares, que no les permite atender sus necesidades básicas, entre las cuales se encuentra la atención en salud. Por lo tanto, el concepto de pobreza calculado por el método del ingreso (línea de pobreza) es uno de los elementos utilizados en el análisis. Asimismo, el gasto de bolsillo en salud es otro indicador micro que contribuirá a analizar la importancia de las barreras económicas en la exclusión en salud.

En el ámbito macro, existen indicadores como la distribución del gasto público en salud a nivel departamental y municipal, dentro de los cuales se encuentran los recursos de la iniciativa HIPC, cuyo análisis permitirá observar en qué medida la asignación de estos recursos ha seguido un enfoque pro-pobre.

✦ Pobreza, pobreza moderada y extrema pobreza

La pobreza, medida por el método de línea de pobreza, es un indicador de status socioeconómico que puede ser un determinante importante de la exclusión en salud, debido a que es un indicador que muestra la capacidad de generar ingresos suficientes para satisfacer necesidades básicas, entre las que se encuentra las atenciones de salud.

Pese a que el análisis de pobreza, utilizando la incidencia o *headcount*, no muestra diferencias significativas según género, al realizar la apertura en pobreza moderada y extrema pobreza, se observa que las mujeres son más pobres que los hombres. Del total de pobres extremos, el 52% son mujeres, similar composición se tiene en la pobreza moderada, mientras que entre los no pobres, no existen diferencias de género (Ver Gráfico 6).

Fuente: MECOVI 2002

Gráfico 6: Pobreza, según Género

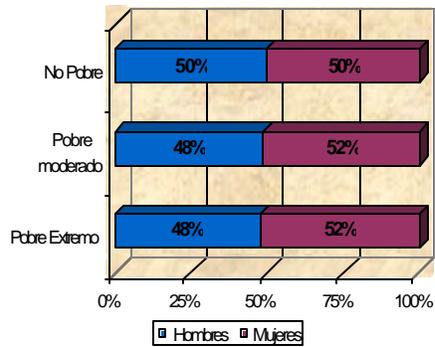
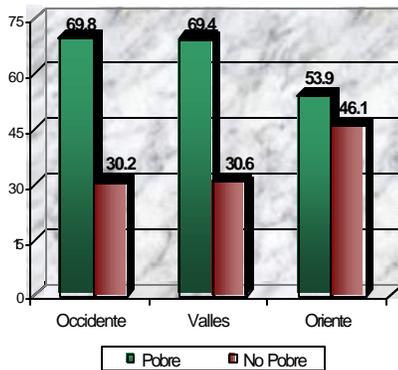


Gráfico 7: Pobreza, según Región

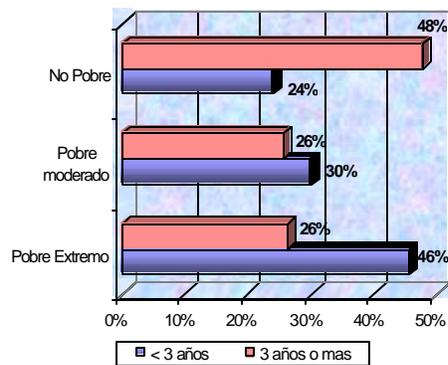


Fuente: MECOVI 2002

La incidencia de pobreza se concentra en las regiones del occidente y los valles del país y en menor proporción en la región oriental. En los departamentos altiplánicos, la incidencia de pobreza alcanza a 70%, en los valles a 69% y en el oriente a 54%. El oriente tiene un proceso de urbanización más acelerado que en los valles y occidente y cuenta con una economía más diversificada. La agroindustria es uno de los sectores más dinámicos de la economía oriental, con una orientación a la exportación, que le ha permitido ser una de las regiones más pujantes del país, lo que explica el bienestar de la población que vive en el sector oriente respecto al resto del país. (Ver Gráfico 7).

Gráfico 8: Pobreza, según Escolaridad del Jefe de Hogar

La distribución de la incidencia de pobreza de los hogares, según la escolaridad del jefe de hogar, muestra que existe una alta probabilidad de que un hogar sea pobre si el jefe de hogar no cuenta con un mínimo de educación. El 46% de los jefes de hogar que no cuentan con al menos 3 años de escolaridad son pobres extremos, en tanto que el 30% son pobres moderados y el restante 24% no son pobres. El hecho que exista un porcentaje importante de no pobres con baja escolaridad, puede explicarse porque muchos jefes son comerciantes, y dicha



Fuente: MECOVI 2002

actividad no requiere mayores niveles de escolaridad para incrementar la probabilidad de escapar de la pobreza (Ver Gráfico 8).

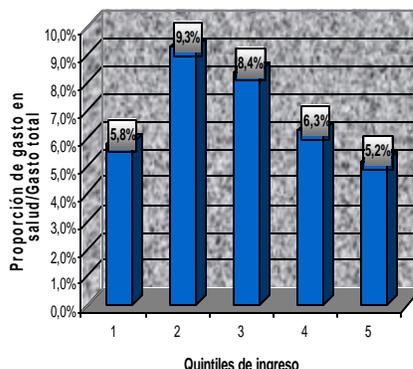
✦ **Gasto catastrófico en salud**

El gasto de bolsillo en salud es otra barrera financiera importante en el acceso de la población a este servicio. Esta variable se construye en base a la información de gasto en salud realizado por el hogar durante las últimas cuatro semanas antes de la encuesta, para el pago de consultas médicas, medicinas, internación y otros gastos como exámenes de laboratorio, lentes, placas dentales, etc., a este valor se le suma los gastos por enfermedades diarreicas agudas (EDAs), infecciones respiratorias agudas (IRAs) y los efectuados por partos, luego se realiza una imputación del gasto anual que informa el hogar en caso de no haber reportado enfermedad durante el mismo periodo.

Los hogares que reportaron necesidad de atención en salud, de uno o más de sus miembros, declararon haber incurrido en un gasto de bolsillo en promedio de Bs. 107 (14 dólares) al mes ó Bs. 1.284 (172 dólares) al año, sin embargo, en el extremo existen hogares que declararon un gasto de Bs. 41.042, aproximadamente 5.102 dólares.

Gráfico 9: Gasto de Bolsillo respecto del Gasto Total del Hogar, según Quintil de Ingresos

El gasto de bolsillo en salud, representa 6% del gasto total del hogar, ésta proporción de gasto se concentra en los quintiles medios de la distribución del ingreso, donde el segundo quintil de ingresos reportó un gasto de bolsillo que representó un 9.3% del gasto total, el quintil más rico de ingresos muestra la menor proporción de gasto de bolsillo (5.2%). El quintil más pobre de ingresos reporta una baja proporción de gasto de bolsillo debido a la insuficiencia de ingresos, el salto en el segundo quintil de ingresos puede explicarse por una mejor percepción de necesidad en salud a medida que aumentan los ingresos.



Fuente: MECOVI 2002

Cuadro 6: Gasto de Bolsillo Promedio Mensual, según Pobreza

POBREZA	Bs.	\$us.
Pobre Extremo	70	9
Pobre moderado	90	12
No Pobre	144	19

Fuente: MECOVI 2002.

Según pobreza, los individuos de hogares no pobres que reportaron gasto de bolsillo, en promedio gastaron Bs. 144, los pobres moderados Bs. 90 y los pobres extremos Bs. 70, según se muestra en el Cuadro 6.

Pese a que los no pobres reportan un mayor gasto de bolsillo promedio, los hogares en pobreza extrema y moderada, muestran gastos considerables que en muchos casos

puede llegar a representar más de la cuarta parte de la línea de pobreza.

En términos agregados, el gasto total en salud para 2002 alcanzó a 3.272 millones de bolivianos, equivalentes a 438 millones de dólares. La composición del gasto en salud, muestra que la seguridad social de corto plazo, sigue siendo el sector que gasta la mayor cantidad de recursos del sistema de salud (35%) y afilia sólo al 27% de la población, existiendo evidencia que la cobertura efectiva puede ser menor al 20%. El sector público, es el segundo agente que gasta la mayor cantidad de recursos (30%) y es responsable de financiar programas de aseguramiento público y programas nacionales preventivos. El gasto de bolsillo efectuado por los hogares, sigue siendo importante en el país, a pesar de la vigencia del SUMI y el SMGV, alcanzando al 28% del gasto total en salud para 2002. El sector privado tiene una baja participación en el gasto en salud, debido a que cubre una demanda residual que no es atendida ni por la seguridad social ni por el sector público.

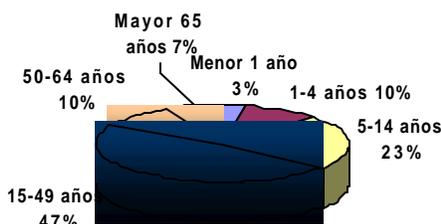
Cuadro 7: Composición del Gasto en Salud, 2002 (En MM Bs y \$us Corrientes)

Sectores	Bs.	\$us	% GastoTotal
Sector público (Red pública de servicio)	975	130,5	30%
Seguridad social (Cajas de Salud)	1.133	151,6	35%
Sector Privado (ONGs, Iglesia, seguros privados)	243	32,5	7%
Gasto de bolsillo (Hogares)	922	123,4	28%
Gasto Total	3.272	438,04	100%

Fuente: UPF, MECOVI y estimaciones propias.

A partir del gasto de bolsillo en salud, se puede construir otra variable que contribuye de mejor manera al análisis de la exclusión, como es el gasto catastrófico de los hogares en salud. Para construir esta variable se tuvo que revisar la composición del gasto total del hogar, para utilizarlo como denominador y en el numerador el gasto del hogar en salud. Si la proporción es mayor al 10%, se considera un gasto catastrófico. A nivel global, el 34% de los hogares no precisó recurrir a gasto de bolsillo para atender su salud, el 53% reportó un nivel de gasto menor al 10% del gasto total y el 13% de los hogares tuvieron que gastar más del 10% de su gasto total.

Gráfico 10: Gasto Catastrófico y Tramo Etéreo

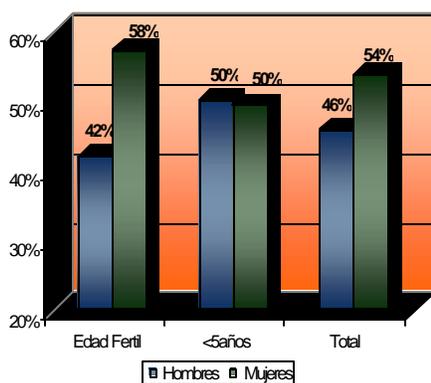


Fuente: MECOVI 2002

Según tramo etéreo, Gráfico 10, se observa que los grupos de edad más excluidos son a población en edad fértil (15-49 años), representando el 47% del total de la población que tuvo un gasto catastrófico en salud, después se encuentran los adolescentes y niños entre 5 y 14 años, que representan el 23%. Estos resultados son consistentes con los problemas de aseguramiento en Bolivia, dado que los dos programas de aseguramiento público (SUMI y SMGV) cubren al menor de 5 años y a la embarazada y al adulto mayor, respectivamente, y el alto grado de informalidad en el mercado laboral, generan una mayor posibilidad de

que la población en edad fértil tenga que enfrentar gastos catastróficos. Adicionalmente, el resultado en adolescentes muestra que los hogares y el sistema de salud subestiman los eventos de enfermedad en los adolescentes, la ausencia de salud preventiva en este grupo poblacional lleva a que las enfermedades sean atendidas cuando tienen un grado de severidad que implica incurrir en gastos catastróficos. Una política adecuada por parte del MSD debe ser la profundización de la promoción y prevención de salud para los niños y adolescentes.

Gráfico 11: Gasto Catastrófico, según Género, en Menores de 5 Años y Edad Fértil

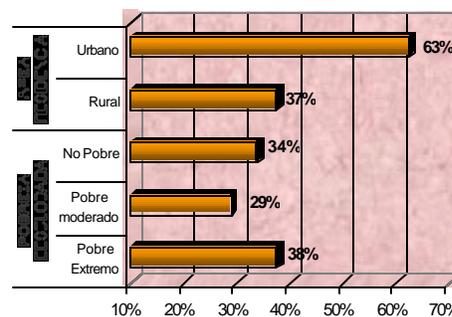


Fuente: MECOVI 2002

Dado que el SBS protegía a la mujer en edad fértil y al menor de cinco años, se realizó un análisis del gasto catastrófico en esos grupos de edad, para observar si existen diferencias de género. A nivel global, se observa que las mujeres tienen un mayor gasto catastrófico que los hombres, y en la apertura por grupo etéreo, no se muestran diferencias por género en el grupo de edad del menor de cinco años, sin embargo, si existen diferencias considerables entre la población en edad fértil (15-49 años). Del total de éste grupo que tuvo gasto catastrófico, 42% eran hombres, en tanto que 58% eran mujeres, esto podría explicarse por el limitado número de

prestaciones del SBS, que no cubría ciertas complicaciones del embarazo y que eventualmente no pudo evitar que las mujeres incurran en un mayor gasto de bolsillo.¹⁵

Gráfico 12: Gasto Catastrófico, según Área de Residencia y Pobreza



Fuente: MECOVI 2002

Un análisis del gasto catastrófico, según área de residencia y pobreza, permite señalar que del 100% de hogares que tuvieron que enfrentar un gasto catastrófico en salud el 63% reside en el área urbana y el 37% reside en el área rural. Este resultado condice con la mayor capacidad de generar ingresos de los hogares en el área urbana, que de alguna forma les permite cubrir los eventuales gastos catastróficos en salud. En adición, el área urbana dispone de infraestructura compleja de salud, por ello, la población urbana puede acceder a este tipo de servicios, cuya utilización precisa una cantidad de recursos económicos que pueden llegar a ser catastrófica.

¹⁵ Para corroborar esta hipótesis, se debiera realizar un análisis del gasto con una encuesta de hogares de 2004, para ver si el SUMI realmente ha logrado disminuir el gasto de bolsillo.

A pesar que en el Cuadro 6 se observaba que los hogares no pobres tenían un gasto de bolsillo 2.4 veces mayor al de los hogares indigentes (extrema pobreza), la distribución del gasto catastrófico según pobreza (Gráfico 12) nos muestra que los hogares indigentes son los más excluidos, dado que representan el 38% del total de hogares que tuvieron un gasto catastrófico en salud, mientras que los hogares no pobres representan el 34%. Este es un resultado que señala que el sistema de salud tiene serias dificultades en proteger a aquellos hogares que no son capaces de cubrir ni siquiera una canasta básica alimenticia.

✦ Ejecución de los recursos HIPC

En el ámbito macro, existen indicadores como la distribución del gasto público en salud a nivel central, departamental y municipal, dentro de los cuales se encuentran los recursos de la iniciativa HIPC, que para 2002 alcanzó a 109.7 millones de dólares. La Ley del Diálogo 2000 establece la asignación de estos recursos, fijando un monto constante de 27 millones de dólares para el Fondo Solidario Nacional para el Mejoramiento de la Educación y Salud Pública (FSNMES), de los cuales 8,5 millones de \$us corresponden a salud para cubrir el déficit de recursos humanos. Una vez deducidos los 27 millones de \$us, el remanente se distribuye a los municipios para que sea gastado siguiendo estos criterios: 10% para salud, 20% para educación y 70% para infraestructura.

Los recursos FSNMES debían priorizarse en la contratación de personal de salud para el área rural, estos recursos permitieron reducir el déficit de recursos humanos en 30% (Banco Mundial, 2004), sin embargo, persisten los problemas de asignación de recursos, con un marcado desequilibrio en las redes de salud rurales donde existe carencias importantes de médicos y enfermeras, mientras que las redes de salud del área urbana tienen un exceso de médicos, que se encuentran atiborrados en los establecimientos de tercer nivel.

Cuadro 8: Recursos HIPC del Sector Salud 2002
(En miles de bolivianos)

Área	Piso Ecológico	Recursos disponibles	Gastos	Porcentaje de Ejecución
Urbana	Occidente	19.257	3.681	19%
	Valle	11.830	1.980	17%
	Oriente	15.139	4.453	29%
Rural	Occidente	14.170	6.044	43%
	Valle	9.675	4.599	48%
	Oriente	5.545	3.041	55%
Total		75.616	23.797	31%

Fuente: UDAPE, con información de la UPF.

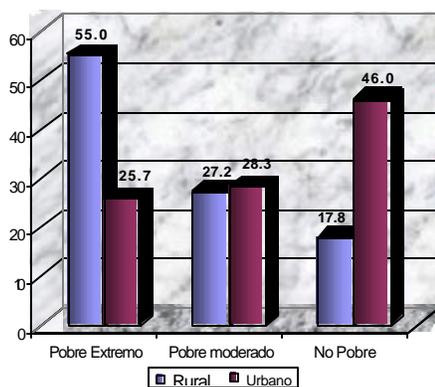
Los recursos disponibles de la Cuenta Especial Diálogo 2000 para la gestión 2002 del 10% asignado para el sector salud (desembolsos del año más saldos), alcanzaban a 76 millones de Bs. (10,5 millones de \$us), de los cuales se lograron ejecutar el 31%. Los porcentajes de ejecución por área geográfica, señalan que los municipios del área rural han logrado ejecutar más que los municipios del área urbana, lo cual se explica por un problema de escala, dado que los municipios pequeños tienen proyectos de pequeña envergadura que no requieren de cumplir con los trámites que deben seguir los proyectos de mayor escala ejecutados por los municipios urbanos. Sin embargo, se debe diseñar una estrategia para que la ejecución de recursos en el sector pueda incrementarse, dado que de alguna manera estas asignaciones presupuestarias han procurado ser pro-pobres

y si estos recursos se utilizan adecuadamente puede constituirse en un vehículo para lidiar contra la exclusión en salud. (Ver Cuadro 8)

5.1.2 Barreras Geográficas

Bolivia es un país con una geografía heterogénea, donde se pueden encontrar poblaciones que viven por encima de los 4.000 m.s.n.m hasta aquellos que viven sobre los 200 m.s.n.m. A pesar de contar con grandes extensiones de tierras bajas en el oriente, que representan el 65% del territorio nacional, el 45% de la población se concentra en el altiplano. La geografía accidentada es una limitante mayor en la dotación de servicios por parte del Estado. Debido a la inexistencia de información en la MECOVI-2002 sobre la distancia a los establecimientos de salud, se utilizó a la ruralidad como *proxy* de las barreras geográficas debido a la inexistencia de un indicador más apropiado.

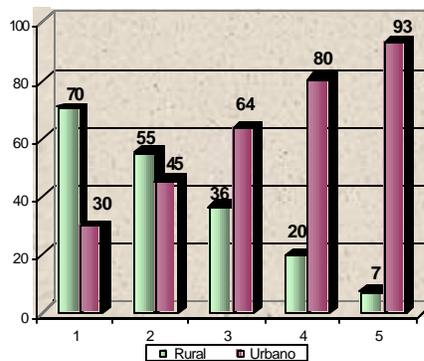
Gráfico 13: Pobreza, según Área de Residencia



Las poblaciones rurales viven en áreas dispersas donde el acceso es muy difícil, por ello, la incidencia de pobreza (pobreza extrema y moderada) se concentra en el área rural donde el 82% de la población es pobre, mientras que en el área urbana lo es el 54%. Se observa una marcada concentración de privación en el área rural, donde se encuentra el 55% de la población indigente, en tanto que en el área urbana este porcentaje alcanza sólo al 26%. Tanto los pobres moderados como los no pobres se concentran en áreas urbanas (Ver Gráfico 13).

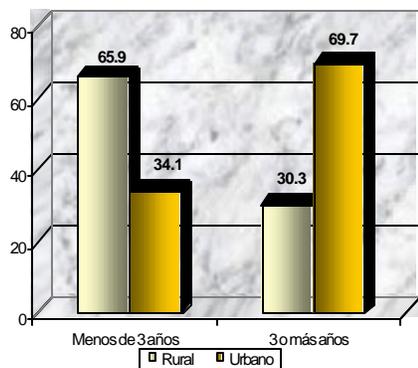
La productividad del agro en el área rural del occidente es muy baja, por ello, buena parte de las actividades agrícolas en el altiplano son para el autoconsumo y trueque. No existe la suficiente escala en la producción agrícola de numerosos hogares rurales, por lo tanto, la capacidad de generar ingresos en el área rural es mínima. La distribución de la población, según área de residencia por quintiles de ingreso, señala que del total de hogares que pertenecen al quintil más rico de ingresos, 93% residen en el área urbana y sólo el 7% reside en el área rural. Al contrario, del total de hogares que

Gráfico 14: Quintiles de Ingreso, según Área de Residencia



pertenecen al quintil de ingresos más pobre, 70% viven en el área rural y el 30% reside en áreas urbanas. La limitación en la generación de ingresos en el área rural es de hecho un factor importante que contribuye a explicar la exclusión en salud.

Gráfico 15: Educación del Jefe de Hogar, según Área de Residencia



Fuente: MECOVI 2002

Otra señal que muestra el efecto de las barreras geográficas sobre el bienestar de la población que habita en el área rural, es la distribución del nivel educativo de los hogares. En el área rural, la baja capacidad de generar ingresos puede asociarse también a los bajos niveles educativos, que en el pasado se han exacerbado por la ausencia de infraestructura y maestros. Desde 1992, se está implementando la Reforma Educativa, permitiendo ampliar la infraestructura educativa en áreas rurales y se está avanzando en aspectos pedagógicos que permitirán a las nuevas generaciones tener mayores niveles de escolaridad para romper las diferencias

entre el área urbana y rural. Actualmente, el 70% de los jefes de hogar que cuentan con 3 años de escolaridad o más residen en el área urbana, en tanto que el 66% de los jefes de hogar con menos de 3 años de escolaridad residen en el área rural.

En el tema geográfico también son determinantes de la exclusión la disponibilidad de vía de comunicación y transporte, una política en este sentido ayudaría en parte a acercar a la población a los servicios de salud, pero dada la alta dispersión que se observa en las áreas rurales, esta no sería una solución a corto plazo, y tal vez tampoco la más eficiente, siendo preferible, en términos de costo y rendimientos a escala, la promoción de centros más poblados, que reubiquen a comunidades alejadas sin desvincularlas de sus puntos de producción, pero dotándolas de los beneficios que conllevan los polos más habitados.

5.1.3 Barreras Laborales

Dentro de la dimensión externa de la exclusión de salud, uno de los factores más importantes que contribuyen a explicarla tiene que ver con el modelo de aseguramiento vigente en el país. En Bolivia, el Seguro Social Obligatorio (SSO), es un modelo que se basa en la premisa de que debe existir una relación formal obrero-patronal para que el trabajador y su familia sean protegidos. Lamentablemente, el trabajo en la economía en Bolivia es altamente informal, donde el 64% de la población ocupada en el área urbana es informal y obviamente se encuentra excluida del SSO.

El sector informal se encuentra en mayor porcentaje (36%) en el occidente del país, mientras que el sector formal tiene una mayor presencia en el oriente. La participación de ambos sectores en la región de los valles es muy similar.

Gráfico 16: Informalidad del Empleo, según Pobreza

Según pobreza, se puede observar que la informalidad del empleo urbano no sólo es una característica de los pobres (73%), sino también de los no pobres, existiendo un segmento importante de este grupo que es informal (57%), esto nuevamente se explica por la vocación hacia el comercio de muchos hogares, principalmente en el occidente del país, que les permite tener ingresos, sin necesidad de insertarse formalmente en la economía.

Fuente: MECOVI 2002

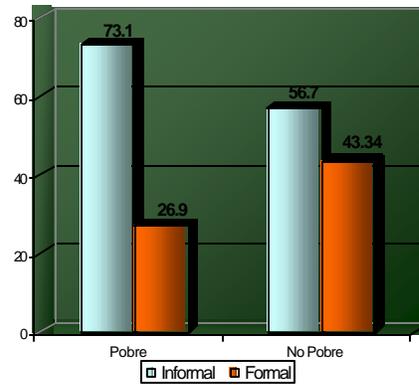
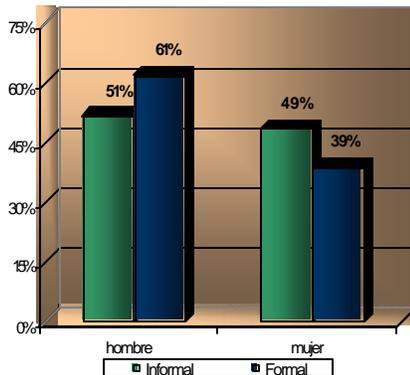


Gráfico 17: Informalidad del Empleo, según Género

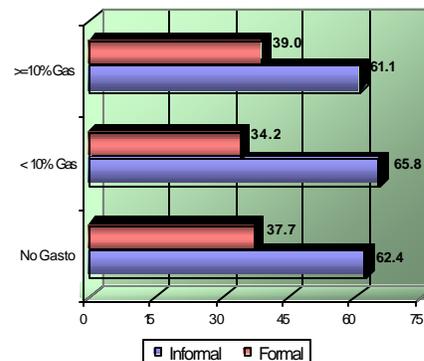


El análisis de la informalidad del empleo urbano, según género, muestra que los hombres tienen una mayor participación en el empleo, tanto en el sector informal, como en el sector formal. Sin embargo, es importante notar que la inserción laboral dentro de la economía formal está claramente más a favor de los hombres, del 100% de ocupados formales, 61% son hombres, en tanto que del total de informales, el 51% son hombres.

Fuente: MECOVI 2002

Gráfico 18: Informalidad, según Gasto Catastrófico

Los trabajadores informales, reportaron un gasto de bolsillo en salud promedio de Bs. 144, mientras que los trabajadores formales han incurrido en gasto de bolsillo en un promedio de Bs. 169. Esta diferencia se revierte cuando se analiza el gasto catastrófico. Del total de hogares que tuvieron que efectuar gastos de bolsillo en salud mayor al 10%, 61% pertenecían a la economía informal y el 39% eran informales. Este resultado tiene relación con el tipo de aseguramiento del SSO, que excluye a los informales.

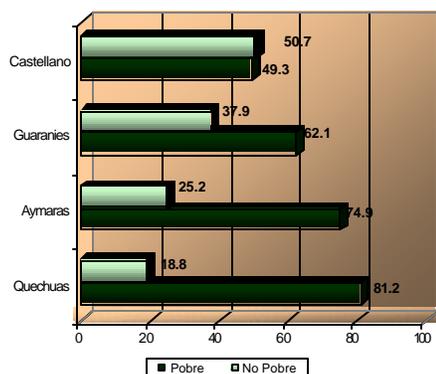


Fuente MECOVI 2002

5.1.4 Barreras Étnico-culturales

El análisis de pobreza según etnia, muestra que del 100% de los originarios, apenas el 22% no es pobre, en tanto que la mitad de los castellanos no son pobres. La extrema pobreza se concentra entre los originarios, observándose que el 51% de ellos se encuentran en tal condición, mientras que el 21% de los castellanos son indigentes.

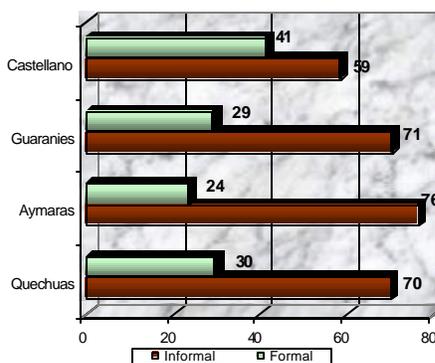
Gráfico 19: Pobreza, según Etnia



Fuente: MECOVI 2002

La incidencia de pobreza, en una apertura según grupo étnico, muestra que los quechuas constituyen el pueblo originario más excluido, dado que el 81% de ellos son pobres, mientras que del 100% de los aymaras, el 75% se encuentra por debajo de la línea de pobreza y el 62% de los guaraníes son pobres. Los menos excluidos al interior de cada grupo étnico, son los castellanos donde los pobres constituyen el 50%. El bolsón de pobreza que existe en el norte de los departamentos de Potosí y Chuquisaca y la parte sur de Cochabamba señala la consistencia de los resultados, ya que esa población es de habla quechua.

Gráfico 20: Informalidad, según Etnia

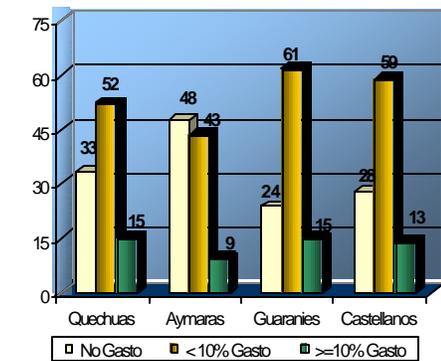


Fuente: MECOVI 2002

La inserción laboral promedio no es buena para ninguno de los grupos étnicos, pues en todos los casos la informalidad se sobrepone a la inserción laboral formal, sin embargo, al interior de cada grupo étnico se observan algunas diferencias, siendo los castellano-parlantes los más favorecidos, del total de castellano parlantes, el 41% son trabajadores formales, en los quechuas la formalidad representa el 30%, en los guaraníes el 29% y en los aymaras el 24%, siendo grupo con mayor informalidad en el empleo y con mayor probabilidad de no contar con un aseguramiento formal.

El gasto catastrófico, según etnia muestra un comportamiento estable entre los quechuas, guaraníes y castellanos, donde la mayoría tuvo que efectuar gastos de bolsillo en salud pero en una cuantía menor al 10% de su gasto total, sin embargo, la mayoría de los

Gráfico 21: Gasto Catastrófico, según Etnia



Fuente: MECOVI 2002

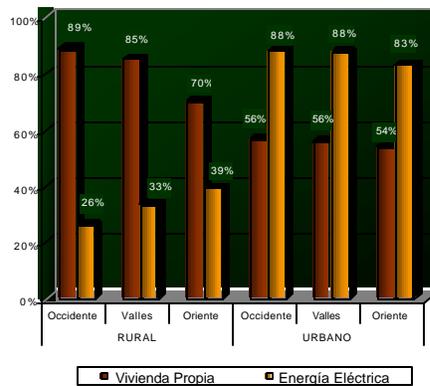
aymaras (48%) reportaron no haber tenido que gastar en salud, lo cual sugiere que esta población ó tiene una morbilidad más baja respecto a los otros grupos étnicos o tiene una baja valoración de la salud, este resultado sugiere una mayor profundización sobre el estado de salud de los pueblos originarios de Bolivia, en especial los aymaras dado su comportamiento evasivo al sistema de salud convencional (Gráfico 21).

5.1.5 Calidad de la Vivienda

La calidad de la vivienda es otro de los determinantes de la exclusión en su dimensión externa al sistema de salud y tiene un impacto decisivo sobre la salud de la población. La calidad de la vivienda se midió como el porcentaje de hogares que cuentan con vivienda propia, tienen servicio de energía eléctrica, cuentan con abastecimiento de agua potable y servicio de alcantarillado. La propiedad de vivienda es una ventaja no sólo en cuanto a la tenencia de activos sino también en la posibilidad de bienestar y seguridad que reporta a una unidad familiar. La calidad de la vivienda es de importancia radical en salud, debido a que una vivienda en condiciones de habitabilidad debe estar protegida contra los vectores transmisores de enfermedades como Chagas y malaria. Las viviendas que no cuentan con techos y paredes adecuadas representan reservorios para los vectores.

Gráfico 22: Vivienda Propia y Energía Eléctrica, según Área de Residencia

El Gráfico 22, muestra el porcentaje de hogares con vivienda propia y los que tienen servicios de energía eléctrica por área de residencia de acuerdo a la información generada en el CNPV 2001. En el primer caso, el área rural cuenta con una proporción más alta de propiedad de viviendas, en relación al área urbana. Esto condice con las diferencias entre los déficit cualitativo y cuantitativo de vivienda. En el área rural, existe un déficit cualitativo de vivienda, donde si bien la propiedad de la vivienda es más extendida respecto al área urbana, la calidad de las viviendas no siempre cumple con los estándares mínimos de habitabilidad. En el área urbana, sucede lo

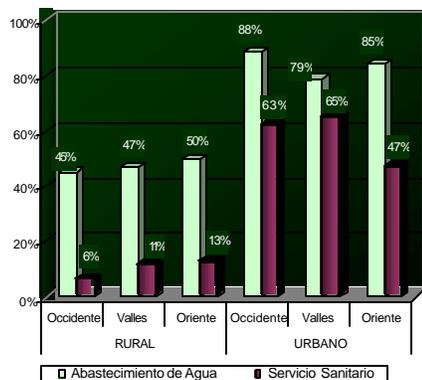


Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

contrario, existe un déficit cuantitativo, debido a que existen problemas espaciales que generan escasez de viviendas, sin embargo, tienen una calidad superior a las rurales. Las regiones del occidente y los valles rurales reportan mayor porcentaje de propiedad de viviendas, 89% y 85% respectivamente, mientras que en el área urbana las diferencias entre regiones son casi imperceptibles, alrededor del 55% de hogares cuentan con vivienda propia.

En el segundo caso, existe una marcada diferencia de los hogares que cuentan con servicios de energía eléctrica por área de residencia. Más del 80% de los hogares urbanos en las tres regiones cuentan con este servicio, en cambio en el área rural la región menos favorecida es el occidente con una cobertura de electricidad del 26% de hogares, seguida por los valles con 33% y el oriente con 39%.

Gráfico 23: Agua Potable y Alcantarillado, según Área de Residencia



Si se analiza las diferencias por área geográfica para el abastecimiento de agua y la tenencia de alcantarillado, observamos en el Gráfico 23 que el área rural es la más afectada y dentro de ésta, la región occidental cuenta con el menor número de hogares con cobertura en ambos indicadores 45% y 6% respectivamente, aunque no muy distante de los valles que lleva a 47% y 11% y el oriente con 50% y 13%, respectivamente. En el área urbana, el occidente y el oriente presentan las mayores coberturas de servicios de agua potable con 88% y 85%, quedando los valles con un abastecimiento del 79% de sus hogares. En el caso de servicio sanitario, el occidente y valles se encuentran en mejor

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

situación con un promedio de 64% en comparación de 47% de hogares en el oriente.

En términos generales, el desabastecimiento de agua potable y alcantarillado estaría afectando a 599 mil y 1.251 mil hogares, equivalente a 2.5 y 5.1 millones de personas respectivamente. Lo que implica la gran vulnerabilidad de los hogares bolivianos a tener problemas de salud.

5.2 La Dimensión Interna

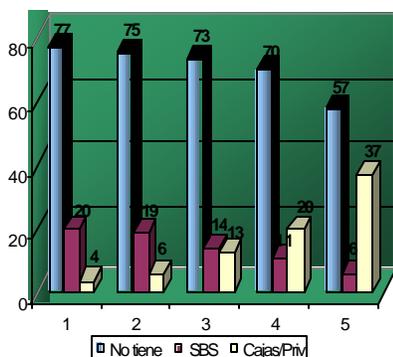
En la dimensión interna se incluyen indicadores que contribuyen a caracterizar a los excluidos en salud considerando los resultados del sistema de salud del país. Para ello se analizarán indicadores como la afiliación a un seguro de salud, la disponibilidad de infraestructura, la disponibilidad de recursos humanos y las coberturas de prestaciones generales. En algunos de estos casos, el análisis será enriquecido con la utilización de la georeferenciación, visualizando mejor la distribución de los indicadores en los municipios a nivel nacional utilizando mapas en sus distintos parámetros definidos¹⁶.

¹⁶ La información presentada en esta sección corresponde a la proporcionada por el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) dependiente del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), a excepción de la cobertura de aseguramiento que utiliza la MECOVI -2002.

5.2.1 Afiliación a Seguros de Salud

Una de las formas de protección en salud más importantes en Bolivia es la *afiliación a la seguridad social de corto plazo* (Cajas de Salud), sin embargo, la cobertura de éste subsistema es muy baja. Aunque los registros administrativos del INASES reportan una cobertura de 27% (Cuadro 5), la MECOVI-2002 reporta apenas un 15.8% de la población total protegida por la seguridad social de corto plazo. La experiencia de Bolivia en desarrollar esquemas de aseguramiento público orientados a proteger a la madre y al niño, origina la necesidad de crear otra categoría de análisis en el aseguramiento que contemple no solamente la cobertura de la seguridad social de corto plazo, sino también al Seguro Básico de Salud (SBS) la cual se denominó **tenencia de seguro de salud**.

Gráfico 24: Afiliación a Seguro y Quintil de Ingresos



Fuente: MECOVI 2002

El análisis de la tenencia de seguro, según quintiles de ingreso, señala que el subsistema de la seguridad social es excluyente, donde el 37% de la población del quintil más rico de ingresos está asegurada en las Cajas de Salud, mientras que sólo el 4% de la población del quintil de ingresos más pobre se encuentra afiliada a la seguridad social de corto plazo. El SBS pese a ser una estrategia universal en la cobertura de su población beneficiaria, apostó a ser un programa autofocalizado, de manera que la población de altos ingresos iban a autoexcluirse por tener acceso a otro tipo de seguros de salud. Aparentemente, el SBS logró ser un programa autofocalizado dado que la población de quintiles mas bajos se benefició más con esta estrategia respecto a los mejor posicionados en la distribución del ingreso.

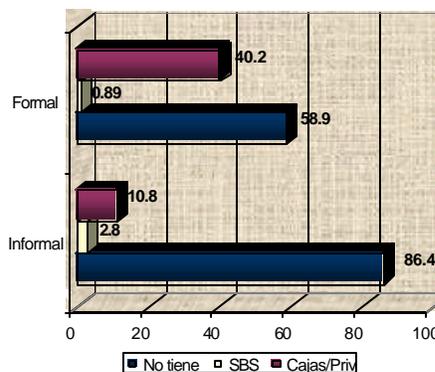
El SBS, que fue una estrategia para proteger exclusivamente a los menores de 5 años y a la mujer en edad fértil, tuvo una importante cobertura en el menor de 5 años, que en promedio alcanzó a 87% y la diferencia fue cubierta por la seguridad social y la atención privada. Los grupos de edad más desprotegidos fueron los niños y adolescentes entre 5 y 14 años y la población madura entre 50 y 64 años. Las mujeres de la población en edad fértil (15-49 años) estuvieron protegidas en alguna medida con este seguro y los adultos mayores cuentan con el Seguro Médico Gratuito de Vejez, que no se pudo incluir en el análisis por no existir información disponible en la encuesta.

Según área de residencia, la tenencia de seguro formal, asociado a la seguridad social de corto plazo y otros seguros privados, se concentra claramente en el área urbana. Del total de asegurados en términos formales, el 87.5% residen en el área urbana y sólo el 12.5% en el área rural. La distribución de la tenencia de seguro según pobreza, nos muestra que los pobres son los más desprotegidos, dado que del total de ellos, el 74.5% no cuentan con ningún tipo de seguro, el 17.2% está cubierto por el SBS y tan sólo el 8.4% está protegido formalmente por un seguro. El análisis del aseguramiento según grupo étnico, muestra que la población no indígena es la que mayor grado de aseguramiento tiene, representando el 71% del total de afiliados a las Cajas de Salud y seguros privados,

mientras que alrededor de un 28% de población indígena (quechuas, aymaras y guaraníes) cuentan con un aseguramiento formal, quizás por su área de residencia. El SBS tiene una cobertura más homogénea, puesto que el 41.1% de sus beneficiarios se encuentra en el grupo de los considerados no indígenas y el 35.8% corresponde a quechuas, el 21.5% a aymaras y el restante 1.5 a guaraníes.

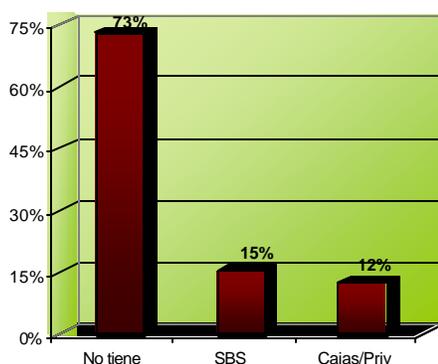
Gráfico 25: Afiliación a Seguros, según Informalidad en el Empleo

La tenencia de seguro, según la informalidad en el empleo urbano, tal como se muestra en el Gráfico 24, señala que al interior del grupo de los trabajadores informales, el 86% no tiene ningún tipo de seguro, el 11% se encuentra afiliado a las cajas de salud (8%) o algún otro tipo de seguro privado (3%) y finalmente el 3% tiene a su familia cubierta por el SBS. En cuanto a los trabajadores formales, a pesar de existir un modelo de aseguramiento, el 59% no cuenta con un seguro y del 40% que si lo tiene, 31% está cuenta con los servicios de las cajas de salud y el 9% con algún seguro privado.



Fuente: MECOVI 2002

Gráfico 26: Gasto Catastrófico y Afiliación a Seguros



Fuente: MECOVI 2002

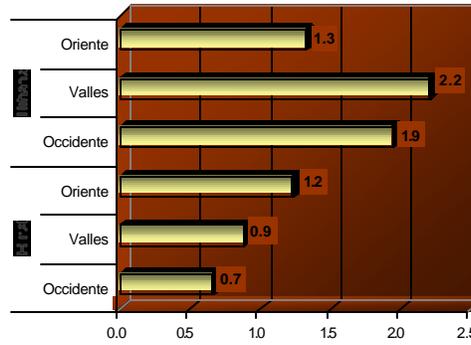
Un resultado lógico es que la mayoría de los hogares que tuvieron que realizar gastos de bolsillo en salud más allá del 10% de su gasto total, no tenían seguro de salud. El 72% del total de hogares que incurrieron en gasto catastrófico en salud no estaban protegidos por ningún tipo de seguro, el 15% estaba cubierto por el SBS y del 12% que cuenta con un seguro, 10% está con la seguridad social de corto plazo y 2% restante tiene un seguro privado. Este resultado, remarca la importancia del aseguramiento en salud para evitar que los gastos catastróficos pueden afectar a los hogares de ingresos medios y bajos.

5.2.2 Disponibilidad de Infraestructura del Sector Público

Una efectiva oferta de servicios de salud debe contar con infraestructura para atender la demanda de la población y debería incluir la oferta total, sin embargo la falta de información de ONGs, Iglesia, centros privados, lleva a realizar este análisis sólo con datos del sector público. Una aproximación para medir indicadores de infraestructura constituye la disponibilidad de camas y el número de establecimientos de salud. El número de camas por 1.000 habitantes es un indicador *proxy* de la capacidad de un sistema para dar cobertura en salud.

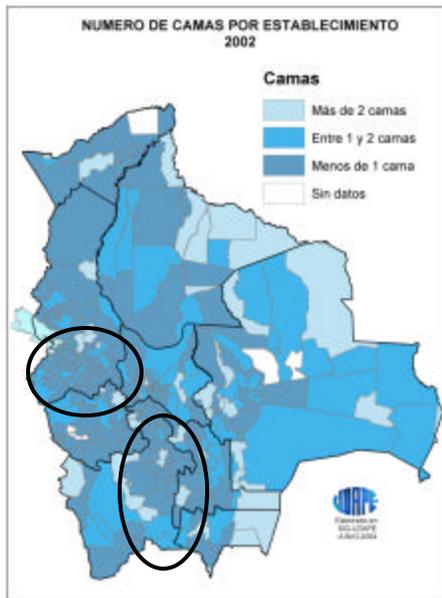
Gráfico 27: # Camas por 1.000 hab. según Área de Residencia

El nivel estándar que maneja internacionalmente es de 2 camas por 1.000 habitantes, sin embargo esto tiene diferentes connotaciones de acuerdo al desarrollo interno de cada sistema de salud y a la definición utilizada para camas, considerando que las de primer nivel generalmente no cumplen con los requerimientos mínimos para dar una buena atención, por lo que no se toman en cuenta en el indicador¹⁷. El Gráfico 27 muestra la distribución de camas por 1.000 habitantes según área de residencia. Una vez más se puede observar que las áreas urbanas están siendo favorecidas al contar con un mayor número de camas por habitante.



Fuente: SNIS 2002

Mapa 1. Número de Camas por Municipios 2002



El nivel estándar que maneja internacionalmente es de 2 camas por 1.000 habitantes, sin embargo esto tiene diferentes connotaciones de acuerdo al desarrollo interno de cada sistema de salud y a la definición utilizada para camas, considerando que las de primer nivel generalmente no cumplen con los requerimientos mínimos para dar una buena atención, por lo que no se toman en cuenta en el indicador.¹⁸

El Mapa 1 muestra la relación del número de camas disponibles por establecimiento para los municipios, los cuales fueron divididos en tres grupos: los que cuentan con un número mayor de 2 camas, entre 1 y 2 y los que reportan menos de 1 cama por 1.000 habitantes.

Fuente: SNIS 2002

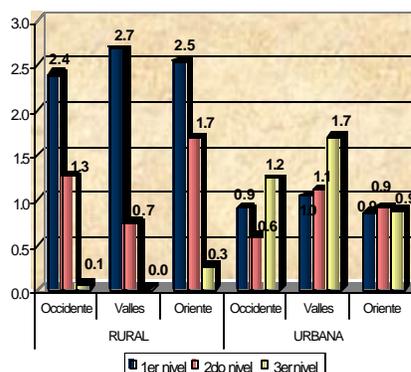
¹⁷ Esta observación es ampliamente válida para el caso boliviano, considerando que muchos de los establecimientos de primer nivel no cuentan con insumos adecuados en comparación a los obtenidos en países más desarrollados, por lo que difícilmente el nivel estándar debería aplicarse con la misma rigurosidad. Este argumento fue presentado en el Seminario-Taller de motivación del presente estudio, realizado en abril de 2004.

¹⁸ Esta observación es ampliamente válida para el caso boliviano, considerando que muchos de los establecimientos de primer nivel no cuentan con insumos adecuados en comparación a los obtenidos en países más desarrollados, por lo que difícilmente el nivel estándar debería aplicarse con la misma rigurosidad. Este argumento fue presentado en el Seminario-Taller de motivación del presente estudio, realizado en abril de 2004.

Las capitales de departamento y centros urbanos más grandes resultan ser los más favorecidos con la mayor disponibilidad de camas, mostrando una relación mayor a 2 camas por 1.000 hab. Los municipios más desfavorecidos en la dotación de camas corresponden a los de la región occidental del país y coinciden con las poblaciones más pobres ubicadas al norte de La Paz, sur de Oruro, Norte de Potosí y sur oeste de Cochabamba, tal como lo muestran los círculos.

Gráfico 28: Establecimientos de Salud, por Nivel de Atención y Área, 2002

La relación de establecimientos de salud por nivel de atención es otro indicador importante. El MSD ha establecido los estándares utilizados para medir el número de establecimientos por habitante¹⁹, mediante los cuales se ha elaborado el Gráfico 28. Como es de esperar, los establecimientos del primer nivel (centros y puestos de salud) de atención se encuentran localizados mayormente en el área rural del país, los ubicados en áreas urbanas corresponderían a zonas peri-urbanas de cada departamento. Lo opuesto sucede con el 3er nivel (Hospitales generales y especializados), localizados casi totalmente en el área urbana. Los establecimientos de 2do nivel (Hospitales Básicos) están distribuidos en ambas áreas, sin embargo tienen mayor presencia en el área rural de la región oriental.



Fuente: SNIS 2002

5.2.3 Disponibilidad de Recursos Humanos del Sector Público

Los recursos humanos constituyen un insumo importante en la función de producción de servicios de salud. El estándar que se mide en Bolivia es del número de médicos por 3.000 habitantes, el resultado de este indicador es de 1.01 para todo el país. De acuerdo al Banco Mundial (2004)²⁰ en el Diálogo Nacional 2000, en el que se consolidaron las demandas de la sociedad civil culminando en la Estrategia Boliviana de Reducción de Pobreza (EBRP), “destacó que las causas primordiales en el acceso a la atención de salud son la escasez y distribución geográfica desequilibrada de recursos humanos en salud”.

Los resultados del indicador según área de residencia, Gráfico 29, muestra que sólo los residentes del área urbana cuentan con una proporción mayor a 1 médico por cada 3.000 habitantes, siendo la región del occidente la más favorecida con un índice de 1.5, esto puede explicarse por la concentración de médicos que presenta la sede de gobierno, La Paz, y por el menor número de habitantes en la región comparada con otras.

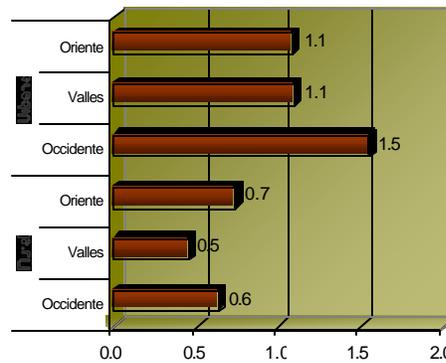
¹⁹ Estándar: establecimientos de 1er nivel: # de puestos y centros de salud por 5.000 hab., establecimientos de 2º nivel: # hospitales básicos por 50.000 hab. y establecimientos de 3er nivel: # hospitales generales y especializados por 79.000 hab.

²⁰ Banco Mundial. Estudio Sobre Países: “Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis en el contexto de la Descentralización”, 2004.

Gráfico 29: # Médicos por cada 3.000 Hab., según Área de Residencia

En el área rural, las tres regiones presentan similar resultado para el indicador: el oriente boliviano con 0.7, valles 0.5 y el occidente con 0.6 médicos por 3.000 hab.

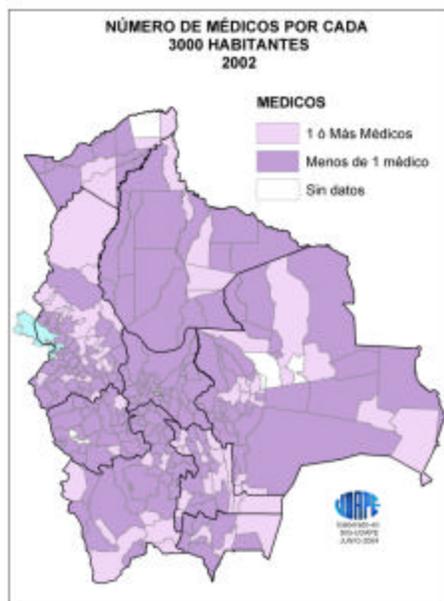
El problema de la escasez de médicos se profundiza dada la dispersión geográfica de las comunidades en todo el territorio nacional, problema que afecta la adecuada distribución de recursos humanos en el territorio, por cuanto una de las políticas más apropiadas sería la promoción de enfermeras y auxiliares de enfermería para cubrir las demandas de salud en esos territorios.



Fuente: SNIS 2002

Al respecto, una de las conclusiones en Banco Mundial (2004) es la estimación para el año 2002 de la carencia de 925 enfermeras profesionales y 2.600 enfermeras auxiliares y un exceso de 290 médicos de jornada completa, teniendo en cuenta que para dicha gestión los empleados en salud sumaban 5.660, que incluye unos 1.200 trabajadores de salud contratados con recursos del Alivio de la Deuda Externa HIPC²¹.

Mapa 2: Número de Médicos por Municipio 2002



El Mapa 2 muestra la relación de los médicos por cada 3.000 habitantes, separando a los municipios que tienen 1 o más médicos (color claro) y los que tienen menos de 1 médico (color oscuro).

Claramente se puede observar el déficit de médicos por el que atraviesa el sistema, siendo que la mayoría de los municipios cuentan con menos de 1 médico por cada 3.000 habitantes. Sin embargo, este resultado se debe matizar considerando las características de Bolivia en donde el número de enfermeras, auxiliares de enfermería, promotores de salud y brigadas de salud, es considerable y tienen el objetivo precisamente de cubrir ese déficit en recursos humanos.

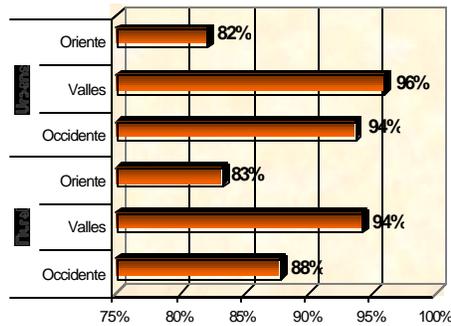
Fuente: SNIS 2002

²¹ Op. Cit. 20.

5.2.4 Cobertura de Prestaciones Esenciales

En esta sección se analizan las prestaciones denominadas esenciales que incluyen el porcentaje de niños menores de un año cubiertos con vacuna de pentavalente, el porcentaje de mujeres con los cuatro controles prenatales establecidos por norma, el porcentaje de partos atendidos por personal de salud o institucional y las tasas de mortalidad infantil y materna.

Gráfico 30: Vacuna Pentavalente, según Área de Residencia 2002



Fuente: SNIS 2002.

La cobertura de la vacuna pentavalente en niños menores de un año a nivel nacional alcanza a 89,4%. El Gráfico 30 nos muestra al indicador según área de residencia, tanto para las zonas urbanas como rurales el mayor porcentaje de cobertura se produce en los valles con 96% y 94% respectivamente. La región oriental tiene la menor cobertura de esta vacuna con un 82% para el área urbana y un 83% para la rural. Finalmente, la región occidental se encuentra en promedio alrededor de la media nacional con una cobertura de 94% para el área urbana y 88% para la rural.

Mapa 3: Cobertura de Vacuna Pentavalente por Municipio

El Mapa 3 muestra la cobertura de esta vacuna en municipios que tienen el 100% de cobertura, entre 80% y 90% y los que están por debajo del 80%.

Debido a la intervención del PAI, podemos constatar el buen desempeño de este indicador, donde muchos municipios cuentan con una cobertura del 100% de pentavalente para los niños menores de un año, color claro, y muy pocos están por debajo del 80%, color oscuro, en su mayoría concentrados en el departamento de Pando y al norte de La Paz (ver círculos) y en otros municipios de Oruro y Beni, principalmente. Se prevé que en las próximas gestiones, este indicador alcance el 100% en todo el territorio nacional.

Fuente: SNIS 2002.

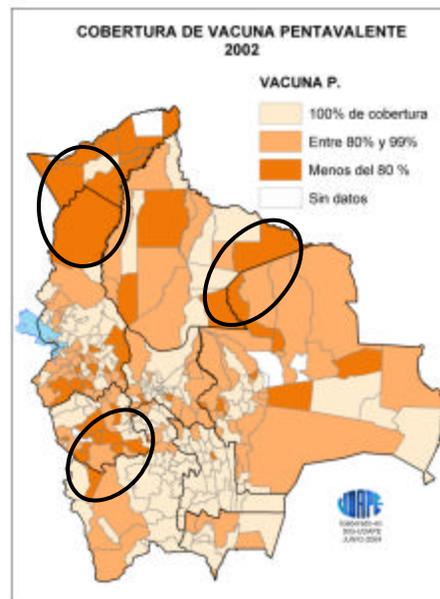
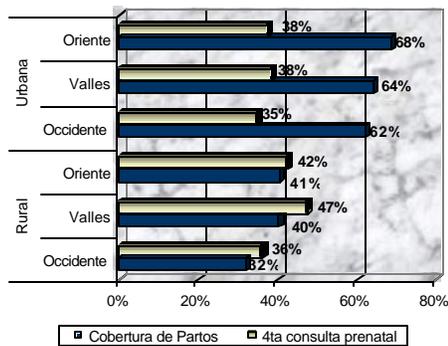


Gráfico 31: Parto Institucional y 4ta Consulta Prenatal, según Área de Residencia 2002



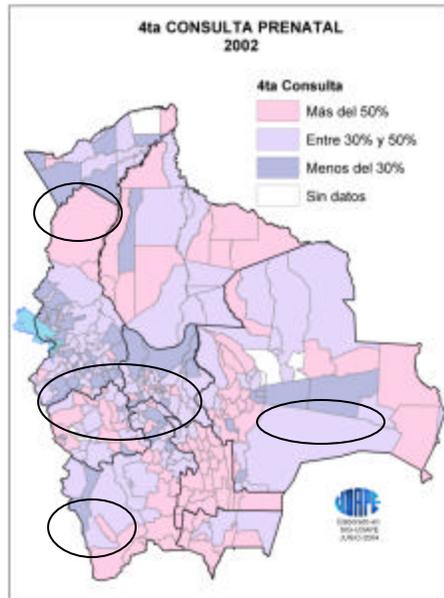
Fuente: SNIS 2002

partos es aún muy común. La cobertura de parto institucional es relativamente homogénea en las regiones del área urbana, 68% para el oriente, 64% para los valles y 62% para el occidente.

La cobertura de partos institucionales, entendida como los partos atendidos por personal médico o enfermeras en establecimientos de salud o en domicilio, a nivel nacional alcanza al 53%.

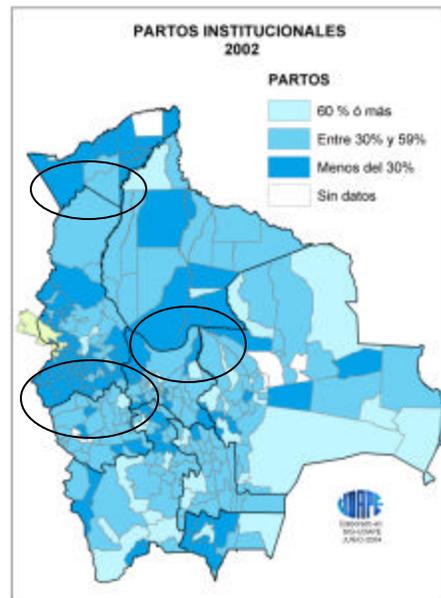
De acuerdo a la información del SNIS 2002, Gráfico 31, este indicador es notablemente mayor en el área urbana respecto al área rural, debido a la capacidad de resolución y a la disponibilidad de recursos humanos en áreas concentradas y a que en zonas rurales aún el tema cultural constituye una barrera importante, donde la intervención de familiares o "matronas"²² en la atención de

Mapa 4: 4ta. Consulta Prenatal 2002



Fuente: SNIS 2002

Mapa 5: Partos Institucionales 2002



Fuente: SNIS 2002

²² Mujeres de la comunidad que colaboran con los partos de las habitantes de esa región.

En el área rural, la región con una menor proporción de parto institucional es el occidente con 32% de cobertura. Sobre el control prenatal, la norma establece que deben ser por lo menos cuatro.

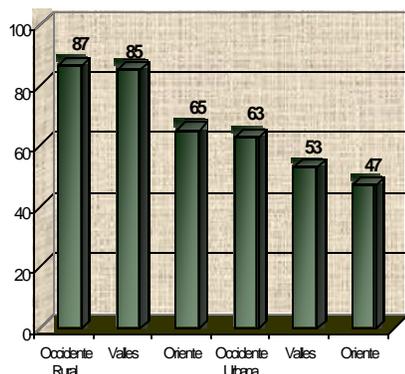
A nivel nacional sólo el 39% de las mujeres embarazadas estarían con la norma, debido a que en la mayoría de los casos ellas acuden a los establecimientos de salud para realizar los controles prenatales poco tiempo antes del nacimiento, lo cual dificulta el cumplimiento de la norma. Este indicador muestra ser más efectivo en las áreas rurales con un promedio del 41%, valles 47%, oriente 42% y occidente 36%, el promedio para el área urbana es de 37%, relativamente similares en las tres regiones: oriente y valles 38% y occidente 35%.

La georeferenciación, Mapas 4 y 5, muestra que los municipios que cuentan con menos del 30% de mujeres con cuarta consulta prenatal se encuentran localizados principalmente en el departamento de La Paz, Pando, Norte de Cochabamba y algunos municipios en Santa Cruz, Potosí y Beni. En el caso de los partos institucionales, las áreas con coberturas menores al 30% están también en los departamentos de La Paz, Pando y el sur de Beni, principalmente.

5.2.5 Indicadores de Resultado

Los indicadores de resultado más importantes del sector salud son los relacionados a la mortalidad infantil y materna. Los datos sobre la tasa de mortalidad infantil corresponden a la gestión 2001 y las tasas de mortalidad materna son estimaciones del Ministerio de Salud y Deportes para la gestión 1998. Los Gráfico 32 y 33 muestran estos indicadores según área de residencia.

Gráfico 32: Mortalidad Infantil y Área de Residencia

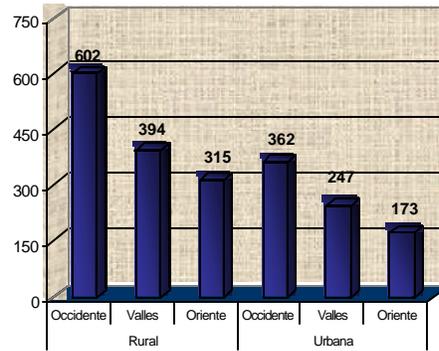


El promedio nacional para la mortalidad infantil es de 66 niños por mil nacidos vivos, donde el área rural es la más afectada, particularmente las regiones del occidente y los valles con un índice de 87 y 85 por mil, respectivamente. En la zona urbana este indicador permanece alto, sin embargo la región oriental es la que presenta una situación relativamente mejor con 47 niños por mil nacidos vivos.

Fuente: Estimados con información SNIS 2001

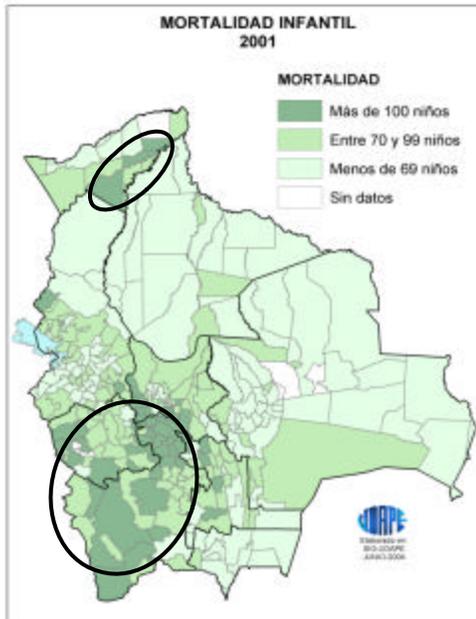
Gráfico 33: Mortalidad Materna y Área de Residencia

El cálculo de la mortalidad materna es aún tema de análisis por cuanto no existen estadísticas actualizadas, sin embargo, con la próxima publicación de la Encuesta de Demografía y Salud (ENDSA 2003) se pretende cubrir esta información. De acuerdo a la última estimación que se tiene para 1998, la mortalidad materna de la región occidental sería la más crítica alcanzando a 602 mujeres en el área rural y de 362 mujeres en el área urbana, por cada 100.000 nacidos vivos. La región oriental es la que presenta menores tasas de mortalidad materna, 315 mujeres para el área rural y 173 mujeres para el área urbana, por cada 100.000 nacidos vivos.



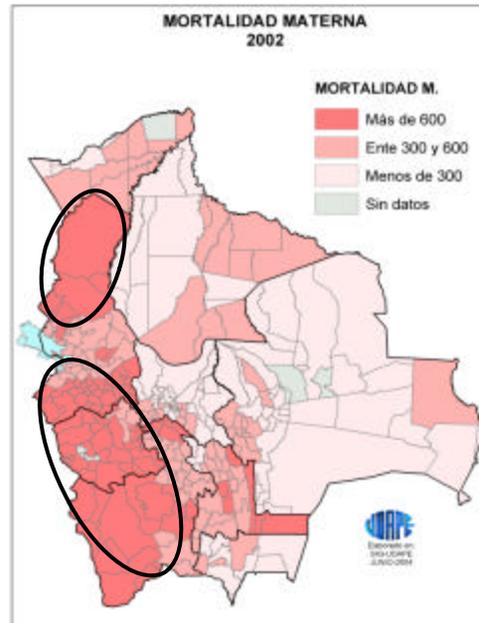
Fuente: Estimados por el MSD para 1998

Mapa 6: Mortalidad Infantil 2001



FUENTE: CENSO 2001

Mapa 7: Mortalidad Materna 1998



FUENTE: Estimaciones MSD

La georeferenciación para la tasa de mortalidad infantil muestra dos grupos de municipios con una tasa de mortalidad por encima de 100 niños por 1.000 nacidos vivos. El primer

grupo incluye municipios de la parte central del departamento de Pando y el segundo grupo muestra a la mayoría de municipios de Potosí, algunos de Oruro y el Sur de Cochabamba, área de residencia de la población más pobre del país.

Finalmente, en el caso de la mortalidad materna, los grupos de municipios que presentan tasas mayores a 600 mujeres por 100.000 nacimientos, estarían ubicados en los departamentos del occidente del país, como se había mencionado anteriormente. Los municipios más vulnerables son los que están al norte y al sur de La Paz y prácticamente el 90% de los municipios de Oruro y Potosí, con algunos casos en Chuquisaca. Es importante notar que los departamentos de Santa Cruz, Cochabamba y Beni son los que presentan las menores tasas de mortalidad materna, menos de 300 mujeres por 1.000 nacimientos.

5.3 Necesidad Percibida, Demanda y Demanda Asistida

El análisis de exclusión en salud puede enriquecerse si se consideran 3 dimensiones: i) necesidad percibida; ii) demanda; y iii) demanda asistida. La necesidad percibida por la población, se expresa en la declaración de enfermedad las pasadas 4 semanas a la encuesta MECOVI-2002, que nos conduce a la identificación del primer grupo de análisis que es la población que percibió necesidad de atención en salud. La percepción de necesidad puede variar de acuerdo a diversos factores entre los cuales está la valoración de la salud por parte de la población. Es probable que hayan individuos que a pesar de haber declarado estar sanos hayan estado enfermos y no reportaron enfermedad por que no percibieron adecuadamente la necesidad de salud, estos individuos conforman el primer grupo de exclusión en salud. Lamentablemente, la necesidad no percibida está sujeta a criterios subjetivos que no son susceptibles de ser medidos por las encuestas de hogares.

La demanda, es la acción de acudir a los servicios de salud en busca de satisfacer la necesidad de curación de la enfermedad, esta dimensión nos permite identificar el segundo grupo de excluidos: aquellos que habiendo declarado enfermedad, no demandan los servicios, que se puede denominar “demanda contenida” o “autoexclusión”. Las causas de la demanda contenida pueden referirse a barreras de tipo económico, calidad del servicio, distancia a los centros de salud y otros.

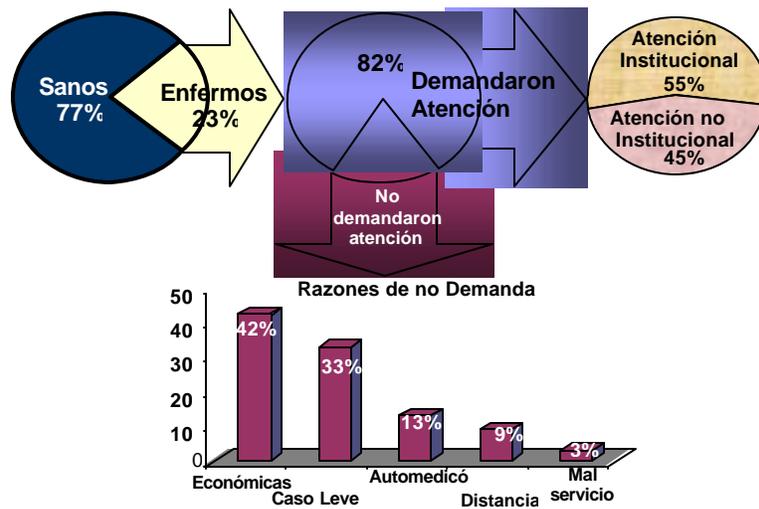
La demanda asistida es cuantificada mediante la observación de los individuos que buscan atención en salud y ésta demanda es asistida por el sistema de salud, mediante la atención institucional, que puede darse cuando un individuo es atendido por personal institucional (médico, enfermera, auxiliar de enfermería y promotor de salud) o en lugares institucionales (posta, centro de salud, hospital básico u otra dependencia del sistema). Aquellos individuos que demandaron atención y no accedieron a una atención institucional, constituyen el tercer grupo de excluidos.

Una dimensión que idealmente conduciría a medir la capacidad y calidad de respuesta del sistema de salud, es la satisfacción del usuario, que puede medirse mediante encuestas de calificación de los servicios. Aquellos individuos que habiendo accedido a los servicios de salud de manera institucional y declaran no haber estado satisfechos con la calidad del servicio podrían constituir el cuarto grupo de excluidos. El presente estudio, sólo se concentra en las dimensiones de necesidad percibida, demanda y demanda asistida.

La MECOVI-2002, indaga sobre la necesidad percibida, preguntando a todos los miembros del hogar si se sintieron enfermos o tuvieron un accidente las pasadas 4 semanas, excluyendo las enfermedades diarreicas agudas (EDAs) y las infecciones respiratorias agudas (IRAs) en los menores de 5 años. Se creó una variable que imputa a los niños con EDAs e IRAs y se la denominó enfermedad global.

En el caso de la enfermedad global, el 23% de la población (1.92 millones de personas) reportó haber estado enfermo o haberse accidentado las pasadas cuatro semanas a la encuesta y el 77% (6.6 millones de personas) estuvo sano, es decir que no percibió la necesidad de recibir atención en salud. Del total de personas que declararon enfermedad, el 82% fue atendido (1.58 millones de personas) y el 18% (0.34 millones de personas) no recibieron atención alguna constituyendo el primer tipo de exclusión denominado demanda contenida, vale decir, aquel grupo de individuos que habiendo percibido la necesidad de utilizar los servicios, no acudieron a ellos, por diversas razones (Ver Esquema 4).

Esquema 4: Necesidad de Salud y Demanda de Atención



FUENTE: Elaboración Propia

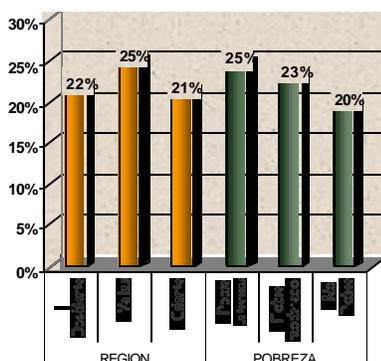
La razón de no demanda de servicios de salud, señala a las económicas como la mayor causa de no asistencia a éstos servicios (42%), luego se encuentra la declaración de que se trataba de un caso leve (33%), el 13% se automedicó, el 9% declaró que la distancia es la mayor barrera para ir a los servicios y el 3% identificó a la mala calidad de los servicios como la causa de no asistencia a los servicios de salud. Es importante señalar que estos resultados provienen de la encuesta MECOVI-2000, dado que la MECOVI-2002 no incorpora una pregunta acerca de la razón de no acudir a los servicios. Al momento de realizarse, la MECOVI-2000, el SBS tenía poca vigencia, por ello puede atribuirse que la percepción de la población sobre la razón de no demanda haya sido principalmente la económica, hoy en día probablemente esta razón ha cambiado y otras son las razones de no demandar servicios como el trato y la calidad de los servicios, dado que el SUMI es una estrategia orientada a romper la barrera económica.

Del total de personas que fueron atendidas, 1.58 millones de personas, el 45% (718 mil personas) recibió atención no institucional, es decir, se hizo atender con un farmacéutico (6%), un familiar (39%) u otra persona (1%) y el 55% (863 mil personas) constituyen la demanda asistida, es decir, fueron atendidos institucionalmente, con un médico, enfermera, auxiliar de enfermería o promotor de salud. Lo cual nos aproxima a señalar que el 55% de las personas que percibieron necesidad de recibir atención en salud y demandaron atención, lograron asistir su demanda con el sistema de salud.

5.3.1 Necesidad Percibida

En este acápite se muestran algunas características de la población que declaró haber tenido necesidad de salud, es decir, haber enfermado las pasadas 4 semanas a la encuesta.

Gráfico 34: Necesidad Percibida, por Región y Pobreza

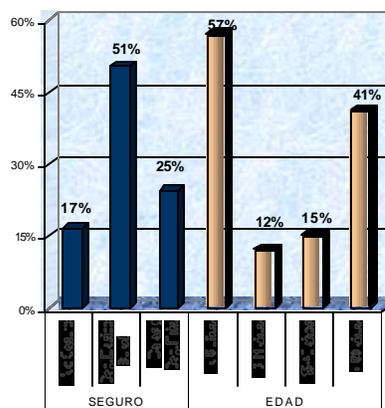


A pesar de no existir una diferencia significativa en la necesidad de salud por área de residencia y pobreza, la región de los valles y los pobres extremos son los que reportaron haber sentido alguna dolencia o enfermedad en las últimas cuatro semanas antes de la encuesta, alrededor del 25% en ambos casos. En comparación con el 21% de los habitantes del oriente y 20% de los no pobres que tuvieron necesidad de salud.

Fuente: MECOVI 2002

Gráfico 35: Necesidad Percibida, Afiliación a Seguro y Edad

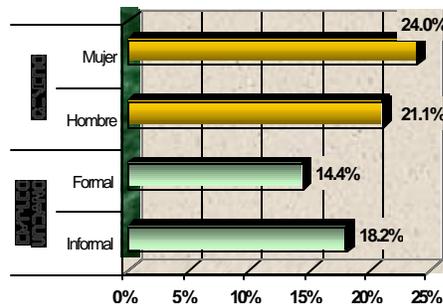
El Gráfico 35 muestra que el reporte de enfermedad es mayor para la población beneficiada por la cobertura del Seguro Básico de Salud (SBS) (51%) y los menores de 5 años (57%), siendo elevado porque la definición de necesidad de salud incluye los reportes de EDAs e IRAs que afectan principalmente a este grupo. La personas afiliadas a algún seguro sean las cajas (26%) o un seguro privado (20%) tienen una necesidad percibida alta (25% en promedio). Finalmente, el 17% de los que no cuentan con un seguro reportaron enfermedad. El análisis por tramos etéreos, muestra que el grupo de mayor necesidad percibida después de los niños, son los adultos mayores a 50 años (41%), seguidas por las personas en edad fértil y los adolescentes (15% y 12%).



Fuente: MECOVI 2002

Gráfico 36: Necesidad Percibida, Género y Empleo

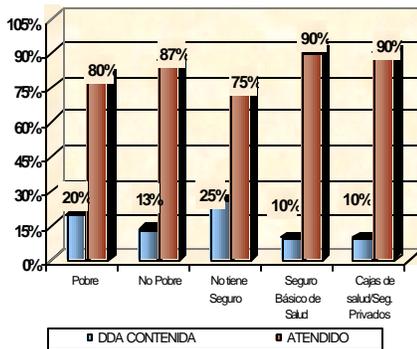
Un análisis de género muestra que las mujeres tuvieron más reportes de enfermedad en las últimas 4 semanas antes de la encuesta, que los hombres, 24% a 21%, aunque esta diferencia no sea estadísticamente significativa es importante ver su incidencia. En cuanto a la situación de empleo urbano, el 18% de los trabajadores informales reportaron enfermedad, frente al 14% de los formales.



Fuente: MECOVI 2002

5.3.2 Demanda

Gráfico 37: Demanda de Atención en Salud, Pobreza y Tenencia De Seguro



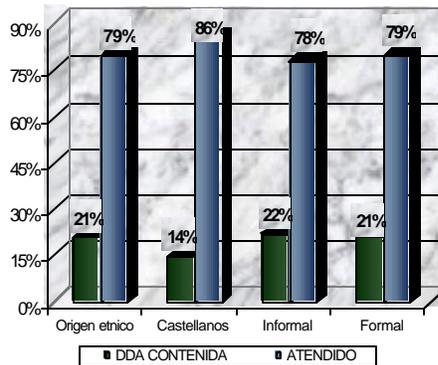
Fuente MECOVI 2002

Según pobreza, se observa que el 80% de los pobres que percibieron enfermedad demandaron atención, este porcentaje es mayor en el caso de los no pobres (87%), presentándose una mayor demanda contenida en la población pobre (20%) respecto a la no pobre (13%).

La tenencia de seguro, ya sea público (SBS), o en la seguridad social o privados, motiva a la población enferma a buscar atención, en ambos casos, se observa que el 90% de las personas que reportaron enfermedad demandaron atención, restando sólo un 10% de personas con demanda contenida. Entre aquellos que no tienen ningún seguro, la mostrando la correlación existente entre aseguramiento y demanda de atención de salud (Gráfico 37).

Gráfico 38: Demanda de Atención, según Etnia y Empleo

La demanda contenida, según etnia, muestra que los castellano-parlantes contienen menos la demanda de atención en salud, respecto a la población originaria, el 21% de éstos últimos contuvieron su demanda de atención en salud, respecto al 14% de los castellano-parlantes que no demandaron atención en salud habiendo estado enfermos. En el caso del empleo urbano, la diferencia de la

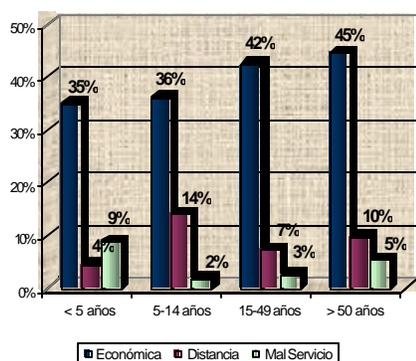


demanda contenida entre trabajadores formales e informales es pequeña, sin embargo, se observa que los informales contienen más su demanda por atención de salud (22%) que los trabajadores formales (21%)

5.3.3 Razón de No Demanda

Para explorar las razones de la demanda contenida, se recurrió a realizar estimaciones en base a la MECOVI 2000, dado que el módulo que reporta las razones de no demanda de atención en salud no existe en la MECOVI 2002. La población que declaró enfermedad en 2000 y que tuvo demanda contenida, mencionó que entre las principales razones por la cuales no demandaron atención en salud están las barreras económicas, las geográficas o distancia a los establecimientos de salud y de percepción de mala calidad de servicio. Es importante señalar una vez más que estos resultados pueden variar actualmente, dado que los programas de aseguramiento público han contribuido a la ruptura de la barrera económica y las razones de no demanda más importantes pueden estar asociadas a la calidad de los servicios de salud.

Gráfico 39: Razón de no Demanda y Tramos Etáreos

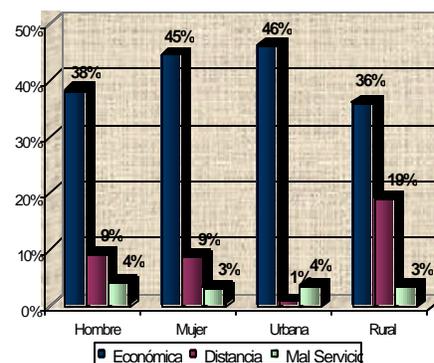


Fuente: MECOVI 2002

En todos los grupos etáreos, la mayor razón para no demandar de servicios de salud es la económica, donde más de 35% en todos los casos tienen esta percepción, siendo más intensa esta razón en el grupo de edad de la población madura y adulto mayor (45%). La distancia de los centros de salud, es la segunda causa de la demanda contenida, que es más visible en el grupo de edad entre 5-14 años. La mala calidad de los servicios es la tercera razón de no asistir a los servicios de salud, razón que es más importante para los menores de 5 años.

Gráfico 40: Razón de no Demanda, Género y Área de Residencia

La razón de no demanda, según género, muestra que el 45% de las mujeres que no demandó servicios de salud fue por razones económicas, frente a 38% de los hombres. La distancia o barreras geográficas constituyen el segundo factor para la no demanda, no habiendo diferencias de esta percepción entre mujeres y hombres. La mala atención que experimentaron, ellos u otras personas, dentro del sistema de salud, es una tercera razón, con una mayor percepción negativa de los servicios por parte de los hombres. Según área geográfica, la



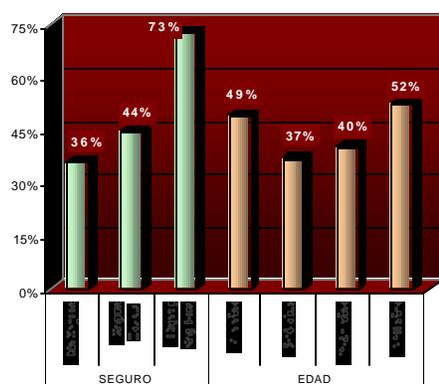
Fuente: MECOVI 2002

población enferma del área urbana es la que más se quejó de las barreras económicas como razón de demanda contenida (46%), respecto a la población enferma del área rural (36%). Como es de esperar, el problema de distancia es una razón para no acudir a los servicios que prevalece en el área rural. La percepción de mala calidad de los servicios es mayor en el área urbana (4%) que en el área rural (3%).

5.3.4 Demanda Asistida

La demanda asistida da una aproximación de la capacidad de respuesta del sistema de salud. Se considera demanda asistida a la atención institucional a las personas que demandaron servicios de salud y fueron atendidos por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería y promotores de salud. A nivel nacional, del total de personas que buscaron atención en salud, el 55% fueron atendidas de manera institucional.

Gráfico 41: Atención Institucional, Afiliación y Edad



Fuente: MECOVI 2002

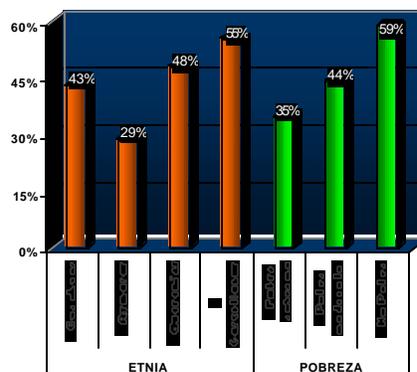
Como es de esperar la tenencia de seguro, implica una mayor probabilidad de ser atendido institucionalmente, el 73% de las personas que cuenta con un seguro de privado o estaba afiliado a una Caja de Salud fueron atendidas de manera institucional, el resto puede estar constituido por población enferma que reside en áreas dispersas donde no llega la seguridad social. El 44% de la población cubierta por el SBS y que declaró enfermedad, fue atendida institucionalmente, existiendo un importante porcentaje de población que no recurrió a los servicios contando con este seguro público, donde la medicina tradicional y la automedicación fueron

soluciones alternativas. El Gráfico 41 muestra que la mayor demanda asistida se da en los niños menores de 5 años y las personas mayores de 50 años (49% y 52%), sin mucha diferencia con adolescentes y las personas en edad fértil.

Es importante analizar si la atención institucional tiene alguna relación particular con el origen étnico de las personas. El gráfico 41, muestra que los de habla castellana son los que han accedido con más frecuencia a la atención institucional, que el resto de grupos étnicos (55%), los quechuas y los guaraníes accedieron a una atención institucional en 43% y 48% respectivamente. Los aymaras, sólo reportaron que un 29% de su población enferma y que buscó atención, logró satisfacer su demanda institucionalmente.

Gráfico 42: Atención Institucional, Origen Étnico y Pobreza

Según pobreza, es posible mostrar que existe una relación negativa entre atención institucional y pobreza. El 59% de las personas que tiene un ingreso mayor a la línea de pobreza ha logrado atender su demanda de salud institucionalmente, comparado con sólo el 44% y el 35% de los pobres y pobres extremos respectivamente.



Fuente: MECOVI 2002

5.4 Índice Compuesto de Exclusión

El índice compuesto de exclusión, fue construido utilizando la base de datos MECOVI 2002 con las variables referidas al individuo y hogar, a las que se agregaron variables de contexto a partir del SNIS y el CENSO 2001.

Se seleccionó un conjunto de variables que tenían la mayor cantidad de observaciones para no perder significancia, mismas que fueron transformadas en variables categóricas con una orientación hacia un solo sentido de exclusión, asociando los valores más bajos de cada variable a una mayor exclusión, por ejemplo, en el caso de la variable pobreza desglosada, que tiene tres categorías, al pobre extremo se le asignó el valor 1 y al no pobre el valor 3. Posteriormente, se aplicó la técnica de escalamiento óptimo para transformar las variables categóricas en continuas, con el propósito de no perder la riqueza en el análisis de la varianza de la estructura de datos y al interior de cada variable en el análisis factorial. (Ver Anexo No.1)

Una vez que se transformaron las variables, se aplicó el análisis factorial y mediante procesos iterativos se agruparon las variables, utilizando criterios de convergencia y discriminación, en 5 dimensiones que explicarían la exclusión en salud.²³ Para cada una de las dimensiones obtenidas, se aplicó el método de componentes principales para establecer los pesos relativos de cada una de las variables y dimensiones orientadas a medir la exclusión. Con los pesos y las variables, se establecieron las líneas de exclusión para cada variable utilizando una combinación lineal de las fuentes de exclusión. El cálculo de los umbrales (puntos de corte para diferenciar a los excluidos de los no excluidos) se realizó reemplazando los valores estándares en las ecuaciones lineales. (Ver Anexo No. 3)

La estimación de la proporción de exclusión (*headcount*), la brecha de exclusión y la heterogeneidad de la exclusión (*FGT2*), se realizó utilizando la familia de medidas planteadas por *Foster-Greer-Thorbecke* (FGT). En el Cuadro 9, se puede observar los resultados de la estimación de la población excluida a nivel país y por las regiones geográficas con representatividad estadística, con un intervalo de confianza de 95%.

²³ El resultado del análisis factorial se puede apreciar en el Anexo No. 2.

El **headcount** o porcentaje de población excluida en Bolivia es muy elevado, alcanzando al 77% de la población. La apertura regional, según área geográfica, señala un estado de situación de la exclusión muy elevada en el área rural independientemente de la región o piso ecológico, con una proporción elevada de exclusión que supera el 94%, con una incidencia del 100% en el occidente y valles. En tanto que en el área urbana, existen marcadas diferencias entre los pisos ecológicos, donde el oriente urbano sólo cuenta con un 24% de excluidos en salud, mientras que en los valles esta proporción alcanza a 82% y en el altiplano a 92%.

Cuadro 9: Estimación de la Población Excluida (Headcount), la Brecha de Exclusión y la Heterogeneidad de la Población Excluida (FGT2)

AREA GEOGRAFICA	REGION	Headcount		Brecha de exclusión		FGT2	
		P ₀	IC=95%	P ₁	IC=95%	P ₂	IC=95%
URBANA	Occidente	91,7%	88,5 - 94,9	81,0%	74,9 - 87,1	89,6%	79,5 - 99,7
	Valles	81,7%	76,3 - 87,2	69,7%	60,5 - 78,9	82,5%	66,0 - 98,9
	Oriente	24,3%	18,3 - 30,3	11,5%	7,4 - 15,6	9,2%	4,9 - 13,4
RURAL	Occidente	100,0%	99,9 - 100,0	194,2%	182,4 - 206,0	400,8%	359,2 - 442,4
	Valles	100,0%	100 - 100	210,2%	201,0 - 219,4	459,1%	423,0 - 495,2
	Oriente	94,4%	89,5 - 99,3	87,4%	68,8 - 105,9	102,1%	64,2 - 140,0
TOTAL PAIS		77,0%	74,2 - 79,9	98,9%	93,0 - 100,4	169,7%	93,0 - 100,4

Fuente: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

La **brecha de exclusión**, estima cuan lejos está el promedio de la población excluida de la línea de exclusión, observándose que tanto en el occidente y en los valles del área rural, la población excluida se encuentra a una distancia 20 veces mayor de la que dista la población excluida en el oriente urbano.

La **heterogeneidad de la exclusión o FGT2**, mide el nivel de varianza del índice de exclusión al interior del grupo de excluidos, si esta es muy pequeña (próxima a 0), los excluidos se parecerían mucho entre sí, caso contrario serían muy distintos entre sí. Los resultados señalan que la población localizada en áreas geográficas dispersas en los valles y el occidente, no sólo se encuentran con una alta incidencia de exclusión y muy distantes de la línea de exclusión, sino que también son muy diferentes entre sí. Estos resultados sugieren que las políticas de extensión de la protección en salud deben focalizarse en las áreas dispersas del altiplano y los valles, para lograr un mayor impacto en la reducción de los niveles de exclusión en salud.

Siguiendo la sugerencia metodológica de utilizar la técnica de clusters, se agrupó a la población según el grado del riesgo de exclusión, utilizando las categorías: severo, alto, moderado y leve. En Bolivia, el 27% (aproximadamente 2.3 millones de personas) de la población se encuentra con un grado severo de exclusión y sólo 23% (casi 2 millones de personas) tienen un riesgo leve de exclusión. (Ver Cuadro 10).

Cuadro 10: Distribución del Riesgo de Exclusión a Nivel Nacional

Categoría del riesgo	Población	Porcentaje
Leve	1.981.776	23%
Moderado	2.147.952	25%
Alto	2.123.867	25%
Severo	2.293.496	27%
Total	8.547.091	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

La distribución del riesgo de exclusión, según área geográfica y región muestra que en el occidente urbano y el oriente rural existe la mayor severidad en el riesgo de exclusión, 40% y 41% respectivamente, sin embargo, también contienen a la población con el grado más leve de riesgo de exclusión (47% y 48%). Por otra parte, si se suman los grados severo y alto, claramente vuelve a sobresalir la población que reside en el área rural del occidente y valles como la de mayor riesgo de exclusión (95% y 98% respectivamente). Estos resultados son consistentes con la existencia del bolsón de pobreza ubicado en los valles rurales del sur del departamento de Cochabamba, el norte de Chuquisaca y los municipios del altiplano potosino (Ver Cuadro 11).

Cuadro 11: Distribución del Riesgo de Exclusión, según Área Geográfica y Región

AREA GEOGRAFICA	REGION	Grado del riesgo de exclusión				TOTAL
		Severo	Alto	Moderado	Leve	
URBANA	Occidente	40%	4%	10%	47%	100%
	Valles	26%	7%	22%	45%	100%
	Oriente	3%	0%	80%	17%	100%
RURAL	Occidente	21%	74%	0%	5%	100%
	Valles	16%	82%	0%	2%	100%
	Oriente	41%	5%	6%	48%	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

Se realizó un análisis de la distribución del riesgo de exclusión por departamento²⁴. Aunque los resultados no sean altamente representativos, esta desagregación nos muestra claramente que los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), son los que cuentan con menor grado de riesgo de exclusión, si se suman los tramos de riesgo severo y alto, el departamento de Beni es el menos excluido (9%), seguido por Santa Cruz (16%) y finalmente Pando (22%), estos departamentos concentran un moderado grado de riesgo de exclusión (Ver Cuadro 12).

Cuadro 12: Distribución del Riesgo de Exclusión, según Departamento

DEPARTAMENTO	Grado del riesgo de exclusión				TOTAL
	Severo	Alto	Moderado	Leve	
Chuquisaca	21%	54%	8%	17%	100%
La Paz	34%	22%	8%	36%	100%
Cochabamba	18%	44%	14%	24%	100%
Oruro	38%	29%	3%	30%	100%
Potosí	22%	68%	0%	10%	100%
Tarija	34%	20%	9%	37%	100%
Santa Cruz	14%	2%	60%	24%	100%
Beni	9%	0%	64%	28%	100%
Pando	22%	0%	43%	35%	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

Los departamentos que presentan el mayor grado de riesgo de exclusión (severo y alto) son Potosí (89%), Chuquisaca (76%) y Oruro (62%), mientras que los departamentos con un grado de riesgo de exclusión relativo (moderado y leve) son Cochabamba (62%), La Paz (56%) y Tarija (54%). Estos resultados señalan la heterogeneidad de la exclusión en salud en los departamentos, que puede dar lugar a políticas focalizadas en bloques que pueden ser distintos a los pisos ecológicos, sobretudo en los departamentos de los valles y el altiplano.

²⁴ Pese a que la encuesta MECOVI -2002, no cuenta con una representatividad a nivel departamento, se realizó el ejercicio con propósitos ilustrativos.

Para efectos de diseño de política, es importante conocer el peso relativo del índice de exclusión, según las barreras internas y externas al sistema de salud, que se plantean en el modelo conceptual de la exclusión en salud. Las variables de la dimensión interna que se utilizaron en el cálculo del índice son: i) camas por mil habitantes; ii) médicos por mil habitantes; iii) cobertura de vacunación con pentavalente; iv) enfermeras por mil habitantes; v) hospitales básicos por 10.000 habitantes; vi) puestos y centros de salud por 1.000 habitantes y vii) afiliación formal a un seguro de salud. Las variables de la dimensión externa que formaron parte del cálculo del índice son: i) gasto catastrófico; ii) uso de energía eléctrica; iii) disponibilidad de agua potable; iv) tenencia de un sistema de desagüe; v) quintiles de ingreso y gasto; vi) densidad poblacional; vii) porcentaje de mujeres analfabetas del municipio; viii) las áreas geográficas (occidente, valles y oriente) y ix) los 4 grupos étnicos (aymara, quechua, guaraní y castellano).

Los resultados muestran que la importancia relativa de las variables de la dimensión interna del sistema de salud en el índice de exclusión es de 40%, mientras que las variables asociadas a las barreras externas al sistema de salud contribuyen a explicar la exclusión en salud con un 60% (Ver Cuadro 13).

Cuadro 13: Peso Relativo en el Índice de Exclusión, según Variable y Tipo de Barrera

BARRERA	Nombre de la variable	Peso relativo en el índice	
		VARIABLES	BARRERAS
INTERNA	Camas por mil habitantes	11,0%	40%
	Médicos por mil habitantes	9,8%	
	Cobertura de vacunación	8,1%	
	Enfermeras por mil habitantes	6,8%	
	Hospitales básicos por 10 mil hab	2,6%	
	Puestos y Centros de salud por mil hab	1,8%	
	Afiliación seguro formal de salud	0,4%	
EXTERNA	% mujeres alfabetas	18,1%	60%
	quintiles v-oto	10,6%	
	4 grupos étnicos	9,3%	
	Áreas geográficas	8,5%	
	Gasto Catastrófico	4,4%	
	Densidad poblacional	3,4%	
	usa energía eléctrica	3,2%	
	Desaque	1,6%	
Aqua potable	0,4%		
TOTAL		100%	100%

Fuente: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

Entre las **barreras internas** más importantes como fuente de exclusión, se encuentra la disponibilidad de camas por mil habitantes (11%), la disponibilidad de médicos por mil habitantes (10%) y la disponibilidad de enfermeras por mil habitantes en el municipio (7%). La ponderación de estas variables es consistente con los mayores limitantes del sistema de salud que se encuentran precisamente en la escasez y la mala distribución del recurso humano, donde la mayoría de las redes de servicios en el área dispersa se encuentran manejadas por auxiliares de enfermería. A pesar que el sistema ha logrado incrementar la disponibilidad de infraestructura, que se observa en la baja contribución a la exclusión por parte de la disponibilidad de hospitales básicos, centros y puestos de salud (2.6% y 1.8%), las camas disponibles en los centros y hospitales básicos se

encuentran lejos de los estándares de calidad, constituyéndose en el factor explicativo más importante de la exclusión en salud entre los factores internos.

Entre los resultados curiosos se encuentra la baja contribución a la exclusión por parte de la afiliación a un seguro formal de salud (0.4%), que podría explicarse por la importancia del sistema público de salud en áreas dispersas, donde no llega la seguridad social o por la baja importancia que tiene la seguridad social a nivel global, en un escenario de alta informalidad. Finalmente, la cobertura de vacunación que es una prestación que en estudios previos se señaló como una de las más equitativas, contribuye de manera importante a la exclusión en salud (8.1%), quizá el problema de exclusión en esta variable se explique a problemas de calidad en garantizar la tercera dosis de pentavalente en la población menor a un año y a la volatilidad en la asignación presupuestaria a este importante programa orientado a disminuir la mortalidad infantil.

Respecto a las **barreras externas**, la variable de contexto referida al porcentaje de mujeres analfabetas en el municipio es la que tiene una mayor contribución en explicar la exclusión en salud (18.1%), señalando la prioridad que debe asignarse a la educación de las niñas por los efectos multiplicadores de estas capacidades en el bienestar de todos los miembros del hogar. La variable quintiles de ingreso y gasto, fue la seleccionada como la variable que mejor mide el status socio-económico del hogar dada su carga factorial y tiene un peso relativo en el índice de exclusión de 10.6%, mostrando una vez más que las políticas dirigidas a promover la generación de ingresos en los hogares son prioritarias, dado que el aseguramiento público que garantiza gratuidad en el acceso a los servicios de salud no es suficiente, sino que un mayor ingreso puede permitir estilos de vida más saludables.

Las diferencias étnico-culturales, aportan con 9.3% a la exclusión en salud, indicando la necesidad de avanzar en un modelo de medicina tradicional para evitar que las diferencias culturales impidan el acceso a los servicios de los pueblos originarios. El lugar de residencia según área geográfica contribuye con 8.5% a explicar la exclusión en salud, resultado visible en la desagregación de la incidencia y riesgo de exclusión, donde los valles y altiplano rurales deben ser prioritarios en el diseño de políticas de extensión de la protección en salud.

Pese a que Bolivia cuenta con programas de aseguramiento público, éstos son universales en las prestaciones y no así en la población, focalizando sus intervenciones en grupos vulnerables como la mujer embarazada y el menor de 5 años, esto implica que otros grupos de población como la mujer en edad fértil y la población en edad productiva si no tienen una inserción formal en el mercado laboral deben correr con los eventuales gastos por enfermedad, que pueden ser importantes como se observa en la importancia relativa del gasto catastrófico en el índice de exclusión (4.4%).

Uno de los problemas más serios es la alta dispersión de la población que limita la llegada de los servicios públicos, lo cual da lugar a reflexionar en políticas de migración orientadas al crecimiento de ciudades intermedias para aprovechar las economías de escala asociadas a la concentración poblacional, la baja densidad poblacional aporta con 3.4% a la exclusión en salud. Por otra parte, las condiciones de vivienda contribuyen de manera relativa a la exclusión en salud, sin embargo, estas son de importancia gravitante en los valles y el oriente para prevenir endemias como Chagas y malaria.

Un resumen del peso relativo de las variables utilizadas en el cálculo del índice de exclusión agrupadas según las categorías del marco conceptual, nos muestra que en la **dimensión externa**, los servicios sociales indirectos provistos en educación y en calidad de la vivienda explican en 23% el índice de exclusión en salud, con una fuerte concentración del efecto educación en las mujeres. En segundo lugar, se encuentran las barreras económico-financieras con una contribución del 15% a la exclusión en salud, con una mayor preponderancia del status socio-económico respecto al gasto catastrófico. Las barreras geográficas, asociadas a la baja densidad poblacional y el lugar de residencia según región explican en 12% la exclusión en salud y finalmente las barreras culturales provenientes de las diferencias étnicas contribuyen en 9% a la exclusión en salud. (Ver Cuadro 14)

Cuadro 14: Resumen del Peso Relativo de las Categorías Conceptuales

BARRERAS	CATEGORÍA	Peso relativo Categorías
EXTERNAS	Servicios Indirectos	23,3%
	Económico-Financieras	15,0%
	Geográficas	11,9%
	Etnico-Culturales	9,3%
INTERNAS	Recursos Humanos	16,6%
	Infraestructura	15,4%
	Servicios Directos	8,1%
	Cobertura	0,4%
TOTAL		100%

Fuente: Elaboración propia, en base a MECOVI 2002.

La **dimensión interna** muestra el efecto de la disponibilidad de recursos humanos sobre la exclusión de la población en salud (17%), con una mayor ponderación de la disponibilidad de médicos respecto a enfermeras, dado que los primeros se concentran en áreas urbanas, dejando a un lado los centros rurales y de mayor exclusión. La infraestructura explica en 15% la exclusión en salud, fundamentalmente en la calidad de las camas de los establecimientos de salud del sistema público. Finalmente, la cobertura de algunas prestaciones pueden contribuir con 8% a la exclusión en salud y la cobertura de afiliación sólo con 0.4%.

VI. PROGRAMAS DIRIGIDOS A REDUCIR LA EXCLUSIÓN EN SALUD

En la mayoría de los países latinoamericanos no se conoce con exactitud las características y los factores determinantes de exclusión en salud de sus habitantes, menos aún los vínculos entre diversas intervenciones públicas y sus repercusiones en el acceso y el derecho a la salud²⁵. Una caracterización adecuada de la exclusión en salud no debe limitarse a un análisis cuantitativo, sino también cualitativo que permita identificar las estrategias de extensión de la protección en salud más pertinentes de acuerdo a las principales causas de exclusión.

Una vez completada la fase de diagnóstico del perfil de los excluidos del país y de la identificación de las variables más significativas que contribuyen a explicar dicha exclusión, se realizó un análisis de las principales estrategias de extensión de la protección social en salud (EPSS) en Bolivia. Estas estrategias fueron seleccionadas siguiendo la metodología propuesta por OPS/OMS.

Según la mencionada metodología, una estrategia de extensión de la protección en salud es elegible para ser analizada si a) comprende acciones destinadas a expandir y mejorar la provisión de bienes públicos y/o meritorios; b) es destinada a fortalecer la demanda por prestaciones; c) se orienta a fortalecer el marco regulatorio²⁶; d) debe tener al menos dos años de implementación; e) con una orientación a poblaciones de mayor vulnerabilidad en el acceso a la atención en salud y f) existe información suficiente para realizar el análisis.

Luego de una revisión exhaustiva de las estrategias e iniciativas implementadas por el Ministerio de Salud y Deportes en los últimos años, utilizando los criterios de selección anteriormente descritos se seleccionaron los siguientes programas: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el Programa de Lucha Contra el Chagas (PLCC), éste último es un programa subnacional pero que tiene un impacto muy alto sobre la salud y productividad de la población por cuanto se ha priorizado su análisis antes que otros como la malaria o tuberculosis.

Es importante señalar que el Ministerio de Salud y Deportes con el objetivo de garantizar acceso a servicios de salud a la población de áreas rurales inaccesibles, dispersas y pobres, vienen implementando el Programa Nacional de Extensión de Coberturas en Salud (EXTENSA), creado por Resolución Ministerial No. 0018 del 15 de enero de 2003. Estrategia responsable de asegurar además, la prestación de todos los servicios de salud, el SUMI y los programas de atención, en sus componentes preventivo, promocional y asistencial y de promover el ejercicio del derecho a la salud, la interculturalidad, la equidad de género y la inclusión social. Durante la gestión 2003, el programa ha determinado un ámbito de intervención que incluye 2,444 comunidades en 200 municipios, alcanzando a proximadamente a 360,000 habitantes²⁷.

Considerando las características del programa EXTENSA, se espera que tenga un efecto muy positivo en la extensión de la protección social en salud, destinada específicamente a

²⁵ Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia: Documento Preliminar de Consulta: "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud", 2003.

²⁶ Estas características están descritas en OPS/OMS: "Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud", 2001

²⁷ Información obtenida de: "Programa EXTENSA, Avances, Logros Y Dificultades En La Gestión 2003", MSD.

reducir la exclusión en salud, sin embargo por ser un estrategia con muy poco tiempo de implementación y al no cumplir otros criterios de selección establecidos por la metodología, no ha sido tomada en cuenta en este documento, tarea que queda pendiente para las próximas evaluaciones del sistema de salud boliviano.

De acuerdo a la metodología propuesta en la guía²⁸ y los ajustes realizados para la exploración de cada una de las tres estrategias seleccionadas, el análisis abarca tres grandes áreas:

- a) **Características básicas de la estrategia:** los objetivos y población beneficiaria, periodo y lugar de aplicación, recursos involucrados en su aplicación; las características de diseño, las principales metas o compromisos del programa y otros.
- b) **Análisis de las condiciones específicas de implementación:** el contexto político y el entorno social: estabilidad/inestabilidad social, el perfil de la población objetivo de la estrategia, características de la implementación, y avances del programa.
- c) **Análisis de actores:** la identificación de los grupos de actores clave, mediante diversas metodologías, que se describen más adelante, y el grado de aceptabilidad entre los directamente afectados por las estrategias.

6.1 Metodología para la Recolección de la Información

Cualquier proceso de implementación de una política pública y su efectividad están íntimamente ligados al apoyo o no del grupo de actores dominantes así como las personas que no pertenecen a estos grupos de decisión pero que son afectados por dichas políticas. También es fundamental tomar en cuenta a los potenciales beneficiarios que por alguna u otra razón quedaron excluidos del proceso.

Como el objetivo central de este documento es la caracterización de la exclusión en salud y el análisis de las EPSS, es necesario conocer las motivaciones y el grado de influencia de los diversos actores involucrados y proveer a los grupos menos poderosos de medios para expresar sus intereses y demandas²⁹. En este sentido, se han adoptado dos metodologías complementarias para la recolección de la información sobre las EPSS: a) las entrevistas a informantes clave y b) grupos focales con población beneficiaria.

- a) **Entrevistas a informantes clave.** Entrevistas individuales con los involucrados en el proceso, tanto en las fases de planificación de la estrategia como en las de ejecución y evaluación. Esta técnica ha sido escogida porque existe un mayor control en la dirección de la entrevista, mayor cantidad de información debido al mayor tiempo que se comparte con el entrevistado y tiende a ser más estructurada que el *focus group*, tal como se señala en Levcovitz y Acuña (2003). Está basada en una guía de preguntas por área temática y por estrategia, información que se encuentra en el Anexo No 4.
- b) **Grupos Focales o *focus group*:** Técnica de entrevista que se basa en la habilidad de observar las interacciones de los involucrados en un tema determinado. La discusión de grupo provee directa evidencia de las similitudes y diferencias en la opinión de los participantes en su conjunto lo que no es posible a través de las entrevistas individuales ya que cada entrevista por separado lleva a una conclusión

²⁸ Op Cit 26.

²⁹ OPS-OMS 'Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud' Mimeo, 2003

que no se puede contrastar simultáneamente con la información obtenida de otra entrevista.

Para el desarrollo de los grupos focales se preparó una guía de preguntas, ver Anexo No 5, y se definieron los criterios básicos que deberían satisfacer los participantes en cada uno de los grupos siguiendo la Regla General de Morgan³⁰, estos criterios son:

- Programa SUMI: 5 a 7 personas, preferiblemente mujeres, que hayan hecho uso de los servicios del programa SUMI.
- Programa SMGV: 5 a 7 personas, preferiblemente adultos mayores no jubilados o rentistas, que hayan hecho uso de los servicios de este seguro.
- Programa Chagas: en municipios que forman parte de la zona endémica de Chagas, los grupos deberán ser de 5 a 7 personas de la comunidad beneficiaria del programa.

Esta metodología fue aplicada en un trabajo de campo en 11 municipios de Bolivia. La selección de municipios se basó en los siguientes criterios: a) los municipios debían contar con la implementación de las 3 EPSS seleccionadas; b) las EPSS elegidas deberían estar en vigencia por lo menos de 2 años en el lugar; c) municipios de fácil acceso desde la capital de departamento, pero que cuenten con un perfil epidemiológico que contemple tasas de mortalidad materno infantil relativamente altas y que cuenten con índices de infestación de chagas de al menos 2%, excepto en el departamento de La Paz, donde el municipio de La Paz y El Alto no presentan problemas de infestación del vector transmisor de la enfermedad de Chagas.

Las principales características de los municipios seleccionados, asociadas al objetivo de las EPSS, se detallan en el Cuadro 15.

Cuadro 15: Algunas Características de los 11 Municipios Seleccionados

Depto	Municipio	Población (en miles) \\1	% Pobl. mayor 60 años \\1	% Pobreza \\2	# Médicos * 3.000 Hab. 2001 \\3	% Partos Inst. 2002 \\3	Mort. Infantil* 1.000 2001 \\3	Mort. Materna * 1.000. 1998 \\3	% Infestación Chagas 2003 \\4
La Paz	La Paz	793,3	7,9	34,6	264	75	350	54	--
	El Alto	650,0	4,0	67,0	217	46	350	64	--
Santa Cruz	Santa Cruz	1.135,5	4,2	22,3	379	71	110	43	--
	Cotoca	36,4	4,2	54,5	12	50	110	60	1,7
	El Torno	38,0	5,5	66,3	13	30	110	62	4,0
Cochabamba	Cochabamba	517,0	7,3	19,7	172	80	274	53	--
	Santivañez	6,4	14,0	80,0	2	47	524	75	10,2
	Arbieto	9,4	14,2	60,5	3	17	293	71	2,0
Tarija	Tarija	153,5	6,6	43,0	51	72	110	38	3,1
	San Lorenzo	21,4	8,9	67,1	7	27	274	68	4,8
	Entre Ríos	19,3	7,2	65,4	6	25	524	68	16,4

Fuente: Elaboración Propia en base a: \\1: CENSO 2001. \\2 UDAPE: "Pobreza y desigualdad en Municipios de Bolivia", 2003. \\3 SNIS. \\4 Reforma de Salud

³⁰ La *Regla General de Morgan* dice: La población a utilizar como participante debe estar compuesta de extraños homogéneos, debe existir una pauta de estímulos relativamente estructurada con alto involucramiento del moderador, tener de 6 a 10 personas por grupo y tener un total de 3 a 5 grupos por proyecto. Extraído de Op. Cit. 27.

6.2 El Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

6.2.1 Características Generales del Seguro

El SUMI es precedido por el Seguro Básico de Salud creado mediante Decreto Supremo (DS) No. 25265 del 31 de diciembre de 1998, constituyéndose en un servicio público de acceso universal y destinado a otorgar 102 prestaciones esenciales en salud, de carácter promocional, orientadas a reducir la mortalidad infantil y materna³¹. El 21 de noviembre de 2002 se aprueba la Ley No. 2426 creándose el SUMI y entra en vigencia a partir del 1º de enero de 2003 con carácter universal, integral y gratuito para otorgar prestaciones de salud en todos los niveles de atención en el Sistema Boliviano de Salud al menor de 5 años y a la mujer embarazada hasta seis meses después del parto inclusive.

Las características más importantes del programa³² son: 1) facilita el acceso a los servicios de salud al eliminar la barrera económica y el gasto de bolsillo; 2) es un subsidio a la demanda que paga la prestación de servicios de acuerdo a la atención demandada; 3) provee todos los servicios no personales (bienes públicos y meritorios como la atención al parto), medicamentos, insumos y suministros; 4) garantiza el acceso de la población cubierta a un conjunto de prestaciones determinado de prevención, curación y rehabilitación, tanto en consulta ambulatoria como internación, en los tres niveles de atención de todo el sistema nacional de salud y 5) articula e integra proveedores de salud en una red de salud (sector público, seguridad social, iglesia y otros) estableciendo un sistema unificado y regulado.

- a) Objetivos y Población Beneficiaria:** Tiene como principal objetivo reducir de manera sostenible la morbi-mortalidad materna e infantil, otorgando prestaciones en los tres niveles de atención del sistema Público y de la Seguridad Social de Corto Plazo y en aquellos establecimientos privados adscritos bajo convenio, todos ellos organizados en las redes de salud municipales.

Adicionalmente el seguro busca: i) la promoción de la demanda a través de la garantía del acceso gratuito a un paquete integral de prestaciones, ii) mejorar los incentivos a los proveedores mediante un mecanismo de pago por servicio, iii) fortalecer la responsabilidad municipal en el financiamiento de insumos, suministros y medicamentos, mediante la asignación de los recursos públicos recibidos de la coparticipación tributaria y del Fondo Solidario Nacional, iv) garantizar la gestión compartida y concurrente con la participación popular y v) profundizar los procesos de descentralización, control social y participación en la gestión de salud de organizaciones civiles a través de la organización de los Directorios Locales de Salud (DILOS) y las Redes Sociales.

La población beneficiaria estimada para el 2003 fue de 1.852.942 personas³³: 1.252.157 niños menores de 5 años, 327.700 mujeres embarazadas y 273.085 neonatos.

³¹ Larrain, B.: "El seguro básico de Salud. La revolución silenciosa". Ministerio de Salud y Previsión Social. Junio 2002. Citado en MSD y OPS/OMS: "Análisis del Sector Salud", Abril, 2004.

³² Extraído de la presentación realizada por el Jefe Unidad Nacional del SUMI, Dr. Emilio Pardo, taller de presentación del proyecto: "Caracterización de la Exclusión en Salud OPS/UDAPE", marzo, 2004.

³³ MSD - Reforma de Salud: "SUMI, Análisis de Sostenibilidad Financiera", 2004.

b) Sistema de Afiliación y Financiamiento. De acuerdo a la información obtenida del programa³⁴, la afiliación y acceso al SUMI debe realizarse por los establecimientos de 1er nivel de atención, sólo en casos de emergencia debieran ser admitidos por el 2º y 3er nivel de atención. En estos establecimientos se entrega el carné de afiliación tras la presentación de cualquiera de los siguientes documentos: certificado de nacimiento, certificado de bautizo, certificado de nacido vivo, declaración de dos testigos; y en caso de no haber sido atendido el parto en un establecimiento de salud, se podrá presentar la certificación del parto en domicilio y la declaración jurada por la persona quien atendió el parto.

El financiamiento del programa proviene de 3 fuentes³⁵:

- El Tesoro General de la Nación (TGN) financia los recursos humanos del subsistema público de salud, mientras que la Seguridad Social de Corto Plazo o establecimientos adheridos bajo convenio, cubren sus recursos humanos con fondos propios.
- Los impuestos nacionales: un porcentaje (7% para el 2003, 8% para el 2004 y 10% a partir del 2005) de la Coparticipación Tributaria de cada municipio se destina al pago de prestaciones.
- El Fondo Solidario Nacional (FSN): recursos que provienen de la Cuenta Especial del Diálogo Nacional 2000 (Recursos HIPC II, programa de alivio de la deuda externa), los que se otorgan a demanda, cuando los recursos de ii) son insuficientes.

De acuerdo al informe presentado por la Unidad Nacional de Gestión del Programa, para 2003, se tiene una ejecución del 74% de los recursos de Coparticipación Tributaria y de 26% de los recursos del FSN. Es así que el presupuesto y la ejecución de recursos para la gestión 2003 es la siguiente:

Cuadro 16: Presupuesto y Ejecución SUMI 2003 (en Bs.)

TOTAL DE RECURSOS	122.585.421,04	100%
EJECUCION NACIONAL	99.150.198,40	81%
REMANENTE	23.435.222,64	19%

Fuente: Informe Unidad Nacional de Gestión del SUMI para BM, junio 2004.

c) Niveles de Atención. El Modelo de Gestión de Salud, aprobado en noviembre de 2002, define los siguientes niveles de atención de acuerdo a la capacidad resolutive³⁶:

- Primer Nivel: de promoción y prevención de la salud, la consulta ambulatoria e internación de tránsito. Conformada por la medicina tradicional, Brigadas Móviles, Puestos de Salud, policlínicas y policonsultorios.

³⁴ Ministerio de Salud y deportes: "Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS. Módulo de Inducción", 2003.

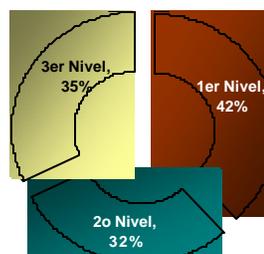
³⁵ Op. Cit. 33.

³⁶ Información contenida en el Informe para el Banco Mundial 01 -06-04, elaborado por la Unidad Nacional de Gestión del SUMI, 2004.

- Segundo Nivel: Atención ambulatoria y hospitalización con especialidades mínimas en medicina interna, cirugía, pediatría y ginecología. Está representado por Hospitales Básicos de Apoyo.
- Tercer Nivel: Consulta ambulatoria y hospitalización de especialidades y subespecialidades, diagnósticos y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Es el nivel de mayor capacidad resolutoria.
- Los Institutos Nacionales de Investigación y normalización: apoyo a todos los niveles de atención y a las Redes de Salud.

Gráfico 43: Ejecución de Recursos del SUMI, según Nivel de Atención 2003

En cuanto a la relación de la ejecución de recursos del SUMI por nivel de atención, el informe de la Unidad Nacional de Gestión del SUMI señala que existe una similitud en los porcentajes de ejecución de recursos en los 3 niveles de atención: 1er nivel: 42%, 2do nivel: 32% y 3er nivel: 35%. Sin embargo, es importante resaltar que en el primer nivel se tiene una mayor frecuencia de prestaciones que en el tercer y segundo nivel, la similitud se da por que las prestaciones más complejas aunque son menos frecuentes son más caras.



Fuente Informe MSD Logros Gestión 2003.

6.2.2 Análisis de las Condiciones de la Implementación del Seguro

- a) **Análisis de contexto:** la creación del SUMI, vino acompañada de un cambio en la visión y diseño de la Política Nacional de Salud. Con la Ley No. 2425 del 21 de noviembre de 2002 se aprueba la creación del Modelo de Gestión en Salud. Bajo este nuevo modelo, la salud ya no es una responsabilidad exclusiva de las autoridades de la administración central: Ministerio de Salud y Deportes. Ahora también se interviene de manera particular en el ámbito municipal, “en la operación misma de los servicios de salud, la responsabilidad de las decisiones fundamentales es compartida, en igualdad de condiciones, con el gobierno municipal y los representantes de las organizaciones territoriales de base de estructura popular”³⁷, impulsando un modelo más participativo.

En este contexto se crean tres nuevas figuras administrativas³⁸:

- El Servicio Departamental de Salud (SEDES): es el organismo normativo que actúa en cada departamento en representación del Ministerio, no ejerce autoridad directa sobre los servicios de atención médica porque sus funciones son de apoyo a éstos con recursos humanos u otros que el DILOS expresamente solicite, articula el sector salud con los otros sectores y responde a las grandes necesidades del Departamento.

³⁷ Ministerio de Salud y Deportes (MSD): informe sobre el Modelo de Gestión en Salud. Página Oficial de Internet del MSD: www.sns.gov.bo.

³⁸ Op. Cit. 34.

- El DILOS: Directorio Local de Salud: se constituye en la máxima autoridad de salud en toda el área territorial del municipio correspondiente o de los municipios mancomunados. El DILOS está integrado por una representación tripartita formada por: el Alcalde o su representante, el representante del SEDES correspondiente y en representación de la comunidad, el presidente del comité de vigilancia. Sus funciones no se limitan solamente a mejorar los servicios de atención médica curativa, sino que a tiempo de encargarse del fomento a la promoción y prevención debe impulsar la activa participación de la comunidad en todos los establecimientos de salud.
- Las Redes de Atención Médica. En cada DILOS se constituirá una red de establecimientos de salud, formado por todos los puestos, centros de salud y hospitales de segundo y tercer nivel que existan en cada municipio. En las zonas rurales esta red se complementará con Brigadas Móviles para atender también a la población dispersa.

Asimismo, el nuevo Modelo de Gestión determina una nueva Política de Medicamentos, que tiene el objetivo de 'lograr que la población boliviana tenga acceso con equidad a medicamentos esenciales eficaces, seguros y de calidad, a través de la acción reguladora del Estado, la concurrencia de todos los sectores involucrados, la participación de la comunidad organizada, reconociendo sus terapias tradicionales, en el marco del uso racional'³¹, de acuerdo al informe sobre el Modelo de Gestión en Salud (MSD).

En la búsqueda de este objetivo, se establecen dos sistemas: El Sistema Nacional de Vigilancia y Control de Medicamentos y el Sistema Nacional Único de Suministro (SNUS); sistemas que de manera conjunta debieran garantizar el acceso equitativo y oportuno a medicamentos seguros, eficaces y de calidad reconocida en el Sistema Nacional de Salud.

- b) Perfil de la población beneficiaria:** El SUMI protege a los niños menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto. Estos grupos poblacionales son los más vulnerables, dadas las altas tasas de mortalidad materno-infantil.

Cuadro 17: Población Potencial SUMI y Pobreza 2002

GRUPO	NO POBRE	% DEL TOTAL	POBRE	% DEL TOTAL	TOTAL
Niños < 5 años	277.716	24,7	845.404	75,3	1.123.120
Mujeres 15-49 años	862.405	40,8	1.251.914	59,2	2.114.319
Total	1.140.121	35,2	2.097.318	64,8	3.237.439

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la MECOVI 2002.

Según la Encuesta MECOVI 2002, el 75% de un total de 1.123.120 niños menores de 5 años son pobres. En el caso de las mujeres el dato que se obtiene en la encuesta es de mujeres en edad fértil, de las que el 59% de 2.114.319 son pobres, sin embargo no todas ellas acceden a los servicios del SUMI, sólo aquellas que están embarazadas y tienen una cobertura del seguro hasta después de 6 meses. De acuerdo a los datos del SNIS, para el año 2002 el número esperado de embarazos es de 330,7 mil a nivel nacional.

6.2.3 Análisis de Actores

El análisis de actores se basó en dos procesos de recolección de información: a) las entrevistas a personas que están directamente involucradas en el proceso: responsables a nivel nacional, departamental y municipal, así como a representantes de la sociedad civil (sociedades profesionales médicas y otros) de los municipios visitados, y b) grupos focales con los beneficiarios del seguro.

- a) **Informantes Clave.** La información recogida en las entrevistas está sistematizada de acuerdo a los cinco temas de interés identificados en la encuesta para el SUMI, misma que se presenta en el Anexo No. 6. Los temas de interés incluyen:
- **Prioridad política:** la prioridad asignada por el gobierno y niveles inferiores, la relación de las metas del programa con compromisos internacionales y el compromiso del gobierno reflejados en las asignaciones presupuestarias.
 - **Aseguramiento y financiamiento:** proceso de afiliación, conocimiento sobre las prestaciones y exclusiones del seguro. Asignación de recursos, suficiencia en la asignación de recursos, principales partidas de gasto.
 - **Rectoría y regulación:** cumplimiento de la normativa en los establecimientos de salud, coordinación con los Servicios Departamentales de Salud, existencia de auditorías médicas, regulación de la práctica médica y responsabilidad en el manejo de recursos.
 - **Provisión de servicios:** percepción sobre la mejoría de las coberturas respecto del Seguro Básico de Salud, existencia de sobre demanda de atención, principales barreras de acceso, funcionamiento de la referencia y contrarreferencia y oportuna dotación de recursos humanos e insumos.
 - **Seguimiento, monitoreo y evaluación:** existencia de un sistema de monitoreo y evaluación del programa.
 - **Logros y desafíos del programa.**

Para el análisis de ésta estrategia se entrevistaron a 38 personas en los cuatro departamentos escogidos, las instituciones representadas fueron las siguientes:

Cuadro 18: # Personas Entrevistadas para el SUMI

Departamento	MSD/SEDES Y OPS/OMS	ALCALDIAS	ESTABL. DE SALUD	SOCIEDAD CIVIL	TOTAL
La Paz	3	2	2	4	11
Santa Cruz	2	3	2	3	10
Cochabamba	1	3	3	2	9
Tarja	3	3	2	0	8
TOTAL	9	11	9	9	38

Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo las características del estudio y a objeto de analizar la percepción del programa en distintas etapas del proceso, se ha agrupado a los involucrados anteriormente señalados en 3 grupos, de acuerdo al área de las funciones que realiza dentro la institución representada:

- **Normativa:** director(es) nacional(es) del programa y de otras instancias pertenecientes al MSD como el SEDES y/o las redes de salud, funcionarios de OPS/OMS y de la Unidad de Reforma de Salud.

- **Operativa:** los responsables en la implementación operativa del seguro, alcaldes o directores de salud de los municipios y los directores o representantes de hospitales o centros de salud, públicos o privados.
- **Sociedad civil:** actores involucrados no tan directamente en el tema como representantes de instancias que forman parte de organizaciones civiles, comités de vigilancia y asociaciones de profesionales médicos (pediatras, obstetras, etc).

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, la información “*in-extenso*” de las entrevistas se presentan en el Anexo No. 7.

Cuadro 19: Resultados de Entrevistas a Actores Clave para el SUMI

AREA TEMÁTICA	PLANIFICACION	EJECUCIÓN	OTROS
PRIORIDAD POLITICA	? Desde 1994, todos los gobiernos han asumido el aseguramiento del binomio madre-niño como política de Estado. La Ley 2526 y todos sus decretos reglamentarios, señalan que el SUMI es una política de Estado. Sin embargo, su implementación depende del gobierno de turno, muchas veces estas políticas se asocian a colores partidarios y las prioridades en la agenda pública cambian.	? En general si es prioritario para el gobierno, pero se piensa también que la publicidad es alta pero la institucionalidad poca. Los GM (brazos operativos) han complementado su trabajo.	? Se le ha dado prioridad, pero falta mucha información sobre las coberturas de 1er nivel y los derechos de los beneficiarios.
	? El SUMI pretende contribuir a logro de las Metas del Milenio y sus objetivos forman parte de acuerdos internacionales como créditos con el Banco Mundial y el HIPC.	? En general no hay problemas de recursos, pero de acuerdo a la CNS, las asignaciones no cubren los costos operativos. En establecimientos de tercer nivel se reporta que el municipio cumple con los pagos pero que hay rezagos en el FSN.	? Se ve que se está consolidando más, antes con el SBS ahora el SUMI.
	? Si. Las asignaciones son normadas por Ley, tanto el FSN como los recursos de CT. Se estima que para el año 2006 se tendrá 40% de excedentes entre el FSN y CT. Sin embargo, el Programa dentro del POA del MSD no se encuentra reflejado como prioridad.		? Los recursos no son suficientes, particularmente de RR humanos.
			? Si se quiere mejorar la calidad deberá aumentarse los recursos.
ASEGURAMIENTO Y FINANCIAMIENTO	? Existe un proceso de afiliación, todos los establecimientos tienen esa obligación, se ha mejorado la capacitación del personal.	? La afiliación se realiza en los centros de salud, la gente confía más en los servicios.	? Mucha gente accede al SUMI sin un proceso de afiliación formal. Si es un derecho universal no debiera existir afiliación.
	? El carné de afiliación no es requisito de atención, por ello en algunos casos puede darse un subregistro (Tarifa)	? Para la atención se pide el carné pero si no lo tiene se atiende igual y después se regulariza.	? La afiliación se da en el área urbana, en el campo las mujeres no saben de la afiliación, muchas no tienen el carné de identidad que es el requisito para la afiliación.

Continuación...

AREA TEMÁTICA	PLANIFICACION	EJECUCIÓN	OTROS
ASEGURAMIENTO Y FINANCIAMIENTO	? Todos tienen claro cuáles son las exclusiones del SUMI.	? Las asignaciones de recursos son suficientes por ahora, porque no se cumple con horarios, si se trabajaran las 6 horas establecidas las asignaciones del presupuesto no alcanzarían, además que se trabaja con baja cobertura	? Los recursos son suficientes en el 1er nivel, pero en el 3er nivel se estaría subsidiando al SUMI.
	? Del 100% de los recursos de Copart. Trib. el 79% se ejecutó. Se estima que el Fondo Solidario Nacional (FSN) se utilizará en un 94%.	? La mayor partida de gasto es medicamentos.	? Si existe concentración de gasto en 3er nivel.
	? Los recursos serían suficientes.	? Si existe mayor concentración de gasto en 3er nivel. Casi no hay 2o nivel y el 1er nivel en muchos lugares no funciona y en otros que sí, las atenciones son más baratas.	? No todos los GM han accedido al FSN, muchos por falta de conocimiento.
	? La mayor partida de gasto es la de medicamentos.		? Los medicamentos son la mayor partida de gasto.
	A nivel nacional no existiría concentración del gasto, pero a nivel subnacional se piensa que sí, al no haber prácticamente un segundo nivel de atención.		
RECTORIA Y REGULACION	? Las normas se están cumpliendo en la implementación del SUMI, pero todos han tenido problemas.	? Las normas se cumplen pero han tenido muchos problemas por muchos cambios de procedimientos.	? La norma se aplica, pero aun hay problemas de capacitación del personal para esto y se tienen vacíos legales.
	? Hay problemas de coordinación con los SEDES. Estos dicen no tener los suficientes RRHH para cumplir con sus funciones de representantes en los DILOS de cada municipio.	? La mayoría tiene muy malas relaciones con el SEDES. No se trabaja de manera coordinada.	? No hay coordinación con los SEDES, éstos no funcionan.
	? Se han llevado a cabo sólo 34 auditorías en distintos establecimientos. Muy pocos establecimientos tienen sus propios comités de auditorías. El seguro no se hace cargo de eso.	? Se han dado auditorías médicas pero sólo en algunos del 3er nivel.	? No hay auditorías, el INASES debería participar pero no lo hace y en los centros no hay ese control, porque tampoco hay normas específicas de calidad de la práctica médica.
	? Si se manejan mal los recursos la responsabilidad es de los municipios.	? Algunos centros de 3er nivel tienen comités de evaluación de calidad, pero son procedimientos internos y no vienen a raíz del seguro.	
		? No existe normas específicas de regulación de la práctica médica.	
PROVISION DE SERVICIOS	? Las coberturas del SUMI se han incrementado respecto del SBS, pero también es porque se ofrecen más prestaciones. Algunos piensan que este incremento se ha dado más en el área urbana.	? Existe una mejora en las coberturas del SUMI respecto del SBS, la gente acude más a los servicios, hay más prestaciones, aunque quedan excluidos otros grupos que antes estaban cubiertos (mujeres en edad fértil).	? La mayoría piensa que se han mejorado las coberturas, pero a expensas de dejar otros grupos excluidos como las mujeres en edad fértil. Las tendencias siguen siendo las mismas.

Continuación...

AREA TEMÁTICA	PLANIFICACION	EJECUCIÓN	OTROS
PROVISION DE SERVICIOS	? La mayoría percibe que existe una concentración en el 3er nivel de atención por las fallas en el diseño del sistema o porque no existe 2do nivel.	? Existe concentración en el 3er nivel, aunque algunos creen que es un problema del sistema no del SUMI. Muchos piensan que se han mejorado las atenciones del 1er nivel pero aún se lo debe fortalecer.	? La opinión sobre la concentración de atención en el tercer nivel está dividida. En GM pequeños se piensa que no, porque se ha incrementado la atención en el primer nivel pero que aún tiene problemas.
	? Las principales barreras para el acceso son la falta de información, la calidez en el trato y temas culturales. Para municipios pequeños, la dispersión de las comunidades es un problema adicional.	? Las principales barreras para acceder al servicio son de información, tanto a las personas como a los funcionarios, la dispersión geográfica y mal trato o trato discriminatorio.	? Principales barreras: información de funcionarios y población, trato discriminatorio de personas del área rural, temas culturales, principalmente.
	? El sistema de referencia funciona pero no el de contrarreferencia, no se ha desarrollado un sistema que lo haga eficiente.	? La referencia funciona pero hay problemas en la contrarreferencia, se refieren a los pacientes pero no regresan o se pierde la información cuando van a centros grandes. Se debe fortalecer a las redes de salud. No es problema del SUMI, sino del sistema.	? Hay problemas con la referencia y contrarreferencia, en ésta se hace más grave al no existir en algunos lugares el 2º nivel.
	? La dotación de RRHH es insuficiente y el mayor problema es su mala distribución. Los medicamentos se manejan mejor, pero el SNUS aun no funciona adecuadamente.	? Hay un problema de RRHH particularmente en los centros de salud públicos. No tanto así con medicamentos, aunque se tiene problemas con el único proveedor autorizado de medicamentos el CEASS.	? Faltan médicos y auxiliares, principalmente en comunidades alejadas. No siempre se tiene medicamentos, hay problemas con proveedores.
SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACION	? Se hace un seguimiento constante desde el nivel central. Existe un software para el seguimiento y monitoreo y genera indicadores, se lo transferirá al SNIS.	? Los establecimientos de salud hacen seguimiento constante y mandan la información a los DILOS.	? Se hace seguimiento, algunas organizaciones civiles participan y tratan de hacer monitoreo.
	? Se presentan los reportes de los DILOS y los SEDES mandan los reportes a la central. Pero en casi todos los casos es un seguimiento operativo para el desembolso de recursos	? Se hace el seguimiento correspondiente. En casi todos los centros tienen un responsable específico para el SUMI.	? Hay dos niveles: las auditorías y el Comité de Análisis de Información (CAI) de los DILOS, aunque es débil. La norma existe pero falta su implementación.
			? En Cochabamba se da parte a las Mesas Consultivas conformadas por los DILOS y el gerente de red y donde intervienen otras instancias como médicos locales y OTBs, pero esto aún no funciona muy bien.
MAYORES LOGROS	1) Ampliación de las coberturas, 2) fortalecimiento del 1er nivel, llegada a áreas rurales, 3) mayor capacidad de la gestión municipal y 4) disminución de la morbi-mortalidad materno-infantil.	1) Mayor cobertura de atención, 2) mejoras, aunque poco, de indicadores de mortalidad, 3) mejoras en la prestación de servicios.	1) Se han fortalecido los establecimientos, especialmente aumentando en la cobertura del 1er nivel, 3) las prestaciones abarcan casi todas las atenciones, 4) Se ha llegado más al campo, 5) la implementación del nuevo modelo de gestión compartida.

Continuación...

AREA TEMÁTICA	PLANIFICACION	EJECUCIÓN	OTROS
DESAFIOS	1) mejorar la aplicación de la norma, 2) resolver los problemas en la dotación de medicamentos, 3) revisar las prestaciones y paquetes desde un punto de vista más epidemiológico que económico 4) mejorar la coordinación con SEDES y redes, 5) mejorar el componente de IEC para población y funcionarios y en el control del programa y 6) buscar la ampliación de las prestaciones para mujeres en edad fértil y otros paquetes para escolares	1) resolver problemas en dotación de RRHH, 2) mejorar el suministro de medicamentos 3) mejorar el diseño de paquetes, muchas patologías que se podrían atender en el 1er nivel (diarreas) están clasificadas para el 2o nivel y tiene riesgo para los pacientes 4) dotar de presupuesto para alimentación de internos y en la atención de partos en 1er nivel. 5) reducir los problemas de accesibilidad e infraestructura en el 1er nivel.	1) Solucionar problemas de distribución de RRHH, 2) Comités de Vigilancia piden mayor participación en los DILOS, aunque por ley deberían hacerlo y esto no se aplica y 3) poca información o difusión del SUMI a los médicos, que sea aceptado por los gremios y alcaldes.

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

b) Grupos Focales: los resultados obtenidos en el trabajo de campo se presentan en el Anexo No. 9, que sistematiza la información de acuerdo a tres ejes temáticos principales detallados en la encuesta para el SUMI, misma que se adjunta a este documento. Los ejes temáticos incluyen las áreas de:

- **Conocimiento:** existencia del seguro, características, afiliación, exclusiones, comparación con el Seguro Básico de Salud, etc.
- **Acceso y diferencias en los servicios:** para ambos módulos del seguro, niños y embarazadas: accesibilidad al establecimiento de salud, percepción sobre la calidad de la atención, lugar de atención, tiempos de espera, efectividad en el diagnóstico y disponibilidad de medicamentos.
- **Barreras económicas y calidad de atención:** calificación de la atención de 1 a 7, calidad en el trato, cobros indebidos, el seguro como ahorro del hogar, sugerencias para mejorar la atención y percepción sobre la necesidad del seguro.

Las características de los participantes de los 9 grupos focales organizados: 1 en La Paz, 3 en Santa Cruz, 2 en Cochabamba y 3 en Tarija, se describen en los Anexo No. 8. A continuación se presentan un resumen de la información más relevante captada durante el trabajo de campo realizado.

Cuadro 20: Resultados de los Grupos Focales para el SUMI

EJE TEMATICO	LA PAZ	SANTA CRUZ	COCHABAMBA	TARIJA
CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las participantes conocían sobre el programa y trabajan como promotoras de salud • Ellas promueven la afiliación al seguro y ven mucha respuesta de la gente 	<ul style="list-style-type: none"> • Todas las participantes conocían el SUMI y lo consultaban regularmente, aunque pidieron que se de mayor información sobre los medicamentos que se incluye para exigirlos y que no les hagan comprar afuera. 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo focal a hombres mostró no tener casi ninguna información sobre el SUMI. El grupo de mujeres si. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los participantes mostraron conocimiento sobre el programa aunque pidieron en algunos casos mejorar la información sobre otros beneficios. • Muchos están afiliados, pero algunos han sido atendidas sin ser afiliados formalmente. • El programa debería difundirse más.

Continuación...

EJE TEMATICO	LA PAZ	SANTA CRUZ	COCHABAMBA	TARIJA
ACCESO Y DIFERENCIAS EN LOS SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> El acceso a los servicios ha mejorado considerablemente y tiene mucho efecto en la ciudad de El Alto por tener un alto nivel de pobreza. Varias de ellas han recibido los servicios del SUMI sin problemas. Lo que se debería dar es presupuesto para alimentación para las mujeres parturientas, las mujeres están muchas horas sin tener ni un té para recuperarse 	<ul style="list-style-type: none"> Todas consultaron por asuntos de embarazo o para sus niños. Algunas de ellas no les correspondía los centros de 3er nivel pero por falta de buen servicio en la posta correspondiente iban directamente ahí. Muchas tuvieron que comprar algunos medicamentos que les decían que no cubriría el SUMI o que no había en farmacia. 	<ul style="list-style-type: none"> Se reportó problemas en el acceso al 1er nivel, por falta de insumos, mala atención (médicos sin experiencia) y malos diagnósticos, y dificultad en el acceso por existir muchas comunidades dispersas. Todas las mujeres recibieron buena atención de los médicos en la ciudad, tanto en embarazo como a niños, pero falta calidez en la atención. 	<ul style="list-style-type: none"> Existen muchas poblaciones que distan como 5 horas a pie de la posta, esto afecta a la salud de la población. No existe personal para relevar a la encargada de la posta cuando ésta debe salir de ronda o capacitación. (Carachimayo) En algunos casos las promotoras de salud y las auxiliares han ayudado en los partos, yendo a los domicilios, pero no pasa en todo lado. En Tarija, la gente fue más crítica al servicio del seguro.
BARRERAS ECONÓMICAS Y CALIDAD DE ATENCION	<ul style="list-style-type: none"> El seguro funciona bien y favorece a los pobres. La calificación de la atención de médicos es 5 de 7. Perciben una discriminación en contra de las mujeres de polleras. Se Debería ampliar las coberturas para otros grupos de la población como a los escolares y mujeres en edad fértil y se deberían capacitar más a los funcionarios y médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> Se reportó buen trato por parte del personal médico. Se denunciaron algunos cobros por medicamentos pero de centros especializados. Todas piensan que el seguro es una gran ayuda para sus economías. 	<ul style="list-style-type: none"> Se piensa que es un buen seguro pero en Arbieta esperan que los remanentes de RR se utilicen en lo que ellos consideren importante (más libertad). Todas las mujeres reportaron la compra de medicamentos por su inexistencia en las farmacias institucionales, existen graves problemas de dotación. Se sigue reportando descuidada o insuficiente atención en el 1er nivel que genera una concentración en el 3ero. Pero debido a esto muchas poblaciones alejadas nunca tienen buen servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> Los GM chicos le dieron más apoyo al programa que en la ciudad. Se sigue gastando por medicamentos, aunque en los GM chicos piensan que la dotación ahora es mucho mejor. En un GM dijeron estar dispuestas a pagar un poco para encontrar el centro abierto todo el día o que haya más medicamentos en farmacia. La calidad de atención en general es buena, aunque en algunos casos se mencionó que los médicos no socializan el diagnóstico sólo dan la receta.

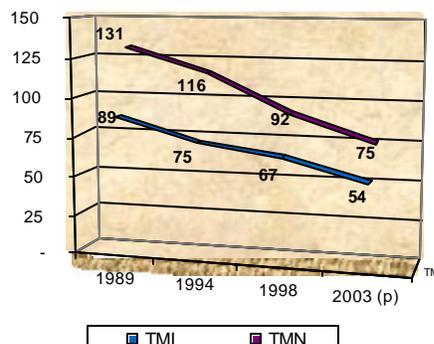
Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

6.2.4 Impacto Final de la Estrategia

Una de las mejores maneras para medir el impacto del SUMI es conocer la evolución de las tasas de mortalidad. Pese a los importantes logros en la reducción de la **tasa de mortalidad infantil y materna** en los últimos años, aún estos indicadores son elevados en términos comparativos con otros países de la Región. La evolución de la tasa de mortalidad infantil (TMI) en el periodo inter-ENDSA (1989-1994-1998-2003), muestra una tendencia decreciente, donde el mayor ritmo de reducción de este indicador se observa en el periodo 1998 a 2003 (Ver Gráfico 44).

Gráfico 44: Evolución de la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y Tasa de Mortalidad en la Niñez (TMN)

Si se anualiza la tasa de reducción de la TMI, en los periodos 1989-1994, 1994-1998 y 1998-2003, esta alcanza a 2.6%, 1.8% y 3.2% respectivamente. La tendencia decreciente en la tasa de mortalidad infantil (TMI) en el periodo 1998-2003, podría explicarse por la ruptura de la barrera económica dada por el establecimiento de los programas de aseguramiento público para madres y niños menores de cinco años, que se inicia con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez en 1994, se amplía con el Seguro Básico de Salud en 1998 y se universalizan las prestaciones para el menor de 5 años y la mujer embarazada hasta 6 meses después del parto con el SUMI (SUMI).



Fuente: Elab. Prop. ENDSAS 1989, 1994, 1998 y 2003 (p).

6.3 El Seguro Médico de Vejez

6.3.1 Características Generales del Seguro

El Decreto Supremo (DS) No. 24448 del 24 de mayo de 1996, crea el Seguro de Vejez. A través de este Seguro las personas mayores de 65 años recibían atención gratuita en todos los centros de la Caja Nacional de Salud (CNS)³⁹. Este seguro se financiaba con aportes de la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad que provenían de la prima de las ganancias de las empresas de juegos de azar. Lamentablemente, los recursos de la Lotería no eran predecibles y puso en riesgo financiero al seguro, finalmente, con la restricción de los juegos de azar, deja de existir el financiamiento para este seguro.

Con el objeto de solucionar el problema de financiamiento, se diseñó un nuevo seguro. La Ley No. 1886 "Ley de Derechos y Privilegios y Seguro Médico Gratuito de Vejez", del 14 de agosto de 1998, crea el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y el DS No. 25186, reglamenta su estructura operativa, prestaciones, financiamiento e implementación. El SMGV está coordinado por la Dirección de Previsión Social del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) es el ente fiscalizador del cumplimiento de la Ley 1886 y sus normas reglamentarias.

- a) Objetivos y Población Beneficiaria:** el SMGV tiene el objetivo de atender las demandas de salud de manera integral a través de "prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad, de Medicina Preventiva y accidentes no Profesionales, establecidos en el Código de Seguridad Social"⁴⁰, con carácter gratuito para los asegurados bolivianos(as), con radicatoria permanente en el territorio nacional, de 60 o más años de edad y que no cuenten con otro seguro de salud.

³⁹ MSD y OPS/OMS: "Análisis del Sector Salud", Abril, 2004.

⁴⁰ DS. No. 25186, Artículo 9, sobre las prestaciones.

Según datos de la Dirección de Previsión Social y del Censo de Población del 2001, la población mayor a 60 años alcanza a 579.364 personas, de los cuales se estima que el 28% (164.086 personas) cuenta con aseguramiento formal en el régimen del seguro social obligatorio (SSO) como jubilados o rentistas.

Hasta 2003, el SMGV ha logrado afiliar a 143.560 personas, quedando una población potencial para ser afiliada de 271.718 personas, que representan el 65% de población objetivo. La baja cobertura del SMGV se debe a que las Cajas de Salud sólo cuentan con infraestructura en el área urbana.

Cuadro 21: Cobertura del Seguro Médico Gratuito de Vejez

	POBLACIÓN	%
POBLACIÓN MAYOR A 60 AÑOS	579.364	100%
Población en el régimen del SSO	164.086	28%
POBLACIÓN OBJETIVO	415.278	72%
Población afiliada al SMGV	143.560	35%
Población potencial a ser afiliada	271.718	65%

Fuente: Dirección de Previsión Social

- b) Sistema de Afiliación y Financiamiento.** El Gobierno Municipal es encargado de llenar la Ficha de Afiliación Individual del asegurado y la lista general de sus beneficiarios se envía a los entes gestores correspondientes a cada municipio para su registro y emisión del carné de afiliación. El sistema de afiliación no es complicado, sin embargo se tiene algunas dificultades en la identificación de esta población debido a que muchos adultos mayores no cuentan con carné de Identidad o certificado de nacimiento ó es difícil verificar el lugar de residencia ya que muchos no son los titulares para el pago de las facturas de luz, agua u otro servicio que sirve de comprobante y de requisito para su inscripción.

La prima anual por asegurado alcanza a 56 \$us, los cuales son pagados en un 60% con recursos del Tesoro General de la Nación, y los gobiernos municipales donde reside el afiliado se encargan del pago del 40% restante .

Cuadro 22: Consolidado de Deudas a Entes Gestores por Atención del SMGV

Ente gestor	Deuda municipios 40% (bs.)\1	Deuda tgn 60% (bs.)\2	Total bs.	Total \$us. \3
CNS	17.441.258,1	55.161.458,9	72.602.717,0	9.190.217,3
CAJA PETROLERA DE SALUD	745.424,6	3.270.267,7	4.015.692,3	508.315,5
CAJA DE CAMINOS	869.177,7	2.190.767,6	3.059.945,3	387.334,8
CAJA DE SALUD CORDES	1.018.242,4	2.491.871,8	3.510.114,2	444.318,3
TOTAL	20.074.102,7	63.114.366,0	83.188.468,7	10.530.185,9

Fuente: Elaboración propia en base a la información proporcionada por la Dirección de Previsión Social.

\1: Datos al 12 de abril de 2004. \2: Datos al 25 de marzo de 2004. \3: Tipo de Cambio 7.9 Bs/\$us, prom. del mes de abril.

Aunque se han avanzado en aspectos de gestión como el incremento en la afiliación de los beneficiarios, aún persisten problemas importantes en el pago de las prestaciones por iliquidez del TGN y de los municipios. Debido a las continuas gestiones del MSD y las presiones de las cajas de salud, se han logrado avanzar en los pagos de los aportes, sin embargo, aun se evidencia rezagos difíciles de cubrir en el corto plazo, donde el mayor deudor es el TGN, tal como se muestra en el Cuadro 22.

- c) **Prestaciones y Entes Ejecutores.** El SMGV incluye las siguientes prestaciones: atención médica general, intervenciones quirúrgicas, hospitalización, provisión de medicamentos, exámenes auxiliares de diagnóstico y atenciones odontológicas. Las exclusiones del seguro son las prótesis y aparatos de ortopedia. En términos generales, las prestaciones en salud a las que tienen derecho los beneficiarios, deben ser iguales a las recibidas por los rentistas y jubilados del sistema, pero en la práctica se observan varios tipos de discriminación, observación que se respalda por los resultados obtenidos en el trabajo de campo.

Los entes ejecutores de este seguro son algunas de las Cajas de Salud encargadas de proporcionar servicios de salud en la Seguridad Social de Corto Plazo. Anexo a la Ley de Beneficios para el Adulto Mayor, se distribuyó la carga de afiliación por municipios según Cajas de Salud. Pese a que se realizaron convenios para aumentar el concurso de otros entes gestores, la Caja Nacional de Salud (CNS) sigue proporcionando la mayor cobertura dentro del SMGV, afiliando a más de 125.000 adultos mayores, que representan el 87% del total de beneficiarios del SMGV. Las otras cajas pertenecientes al sistema de seguridad de corto plazo que cooperan con el SMGV son la Caja Petrolera, la Caja de Caminos, la Caja CORDES y la Caja Bancaria Estatal, contando con un número de afiliados significativamente menor al registrado por la CNS (ver Cuadro 23).

Cuadro 23: Afiliación del SMGV por Ente Gestor 2002

ENTE GESTOR	# AFILIADOS	% TOTAL
Caja Nacional de Salud	125.772	87,61
Caja Petrolera	8.330	5,80
Caja de Caminos	5.105	3,56
Caja CORDES	4.248	2,96
Caja Bancaria Estatal	105	0,07
TOTAL	143.560	100 %

Fuente: Dirección de Previsión Social.

6.3.2 *Análisis de las Condiciones y Avances en la Implementación del Seguro*

- a) **Análisis de contexto:** desde 1998 se han impulsado varias iniciativas para incluir a los adultos mayores en diversos ámbitos de la economía, tales como el subsidio monetario denominado "BONOSOL" (Bono Solidario), que es un pago monetario anual dirigido a esta población, también se han otorgado otros beneficios como los descuentos y privilegios en materia tributaria y pago de servicios que se establecen en el DS No. 25186. En el sector salud se ha tratado de otorgar un seguro médico integral, por lo que el reconocimiento del SMGV muestra el interés del gobierno de incluir temas de beneficio para los adultos mayores en la agenda de gestión, sin embargo existen problemas de diseño que no permiten que este beneficio llegue a los más excluidos, que son los adultos mayores en las áreas más dispersas del territorio.
- b) **Perfil de la población beneficiaria:** los beneficiarios del seguro son los adultos mayores de 60 años residentes nacionales, los que se caracterizan por estar en una situación de alta marginalidad. Según los datos del Censo de Población y Vivienda del 2001, el 63% de los adultos mayores son pobres, de los cuales 27% son pobres moderados, 30% indigentes y 5,9% marginales. En cuanto a niveles de educación,

el 48% de las personas de este grupo son analfabetas, 68% vive en el área rural y 32% en el área urbana. A ello, se suma la marginalidad a la que están sometidos en las propias familias y por no existir trato considerado ni diferenciado en casi ninguna situación o actividad de la vida cotidiana. Existe una ausencia total de centros recreativos o funcionales para esta edad, que pueden contribuir a que mejore el bienestar de los ancianos.

El SMGV es una estrategia que como idea contribuye a buscar un mayor beneficio de la población adulto mayor. Sin embargo, desde su diseño se estableció un alto grado de exclusión debido a un claro sesgo a favor de los habitantes urbanos, debido a que las prestaciones en salud se brindan en los establecimientos de las entidades gestoras que se encuentran localizados en un 90% en las ciudades o centros urbanos, quedando los habitantes rurales casi totalmente excluidos, siendo su perfil socio-económico precisamente uno de los más vulnerables.

- c) **Características de la Implementación del Seguro.** El seguro viene implementándose desde 1998. Por Ley, las Cajas de Salud deben atender las prestaciones correspondientes descritas en la Ley del SMGV, sin embargo este proceso no ha sido constante por lo que en muchos lugares aun no se ha organizado el trabajo y siguen en disputas las asignaciones territoriales por ente gestor, donde algunos municipios están asignados a ciertas cajas de salud que no cuentan con establecimientos en el área. Esta situación se agrava si consideramos que no se tiene presencia física en áreas rurales, tal como se ha mencionado anteriormente.

Otro problema serio originado desde el diseño del seguro es la falta de un sistema de registro e indicadores del programa. El SMGV se maneja con los mismos insumos de los entes gestores, lo que impide hacer la desagregación de costos y del número y características de atenciones específicas que se han dado a esta población. En consecuencia, no se tiene estadísticas específicas ni indicadores de atención, calidad, etc., ni metas de gestión para el seguro. En cuanto al apoyo del MSD a esta iniciativa, todos concuerdan que es de gran importancia, particularmente por el contenido social que conlleva, sin embargo, la falta de personal y apoyo en recursos hace que la Dirección de Previsión Social no tenga la capacidad en recursos humanos y/o el tiempo para hacer un monitoreo más detallado del seguro, dedicándose prácticamente a agilizar los trámites o realizar las gestiones para el desembolso de aportes.

La falta de reglamentación específica hace que los entes gestores no tengan más que estimaciones de los costos de la atención, presentando constantes quejas sobre la carga o déficit que provoca en dichas instituciones atender el SMGV, argumentando que la prima de atención es muy baja. Por otra parte, la entidad encargada de hacer el seguimiento y control de las acciones de las cajas de salud como es el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), tampoco exige mayor detalle sobre la poca información estadística que se tiene sobre el seguro.

Finalmente, cabe resaltar algunas iniciativas que se han tratado de promover a objeto de profundizar y cubrir los vacíos que tiene este seguro⁴¹, sin embargo se ha constatado que estos cambios y las negociaciones con los involucrados llevan demasiado tiempo para la concertación y aun no se han podido poner en práctica las reformas necesarias.

⁴¹ Iniciativas encabezadas por el mismo MSD como las originadas en el "Encuentro para el Análisis de la situación de Salud del Adulto Mayor en Bolivia", La Paz, Noviembre 2002. OPS en la "Reunión de Expertos en Envejecimiento y Salud", Panamá, diciembre 2003. Consultoría de Apoyo para la reformulación y lanzamiento del SMGV, enero 2004.

6.3.3 Análisis de Actores

El análisis de actores incluye los dos procesos mencionados: a) entrevistas a informantes clave y b) grupos focales con los beneficiarios del programa en los municipios seleccionados.

- a) **Informantes Clave:** A continuación se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo, la información está sistematizada de acuerdo a los cinco temas de interés identificados en la encuesta para el SMGV, misma que se presenta en el Anexo No. 6 de este documento. Los temas de interés incluyen las áreas de:
- **Prioridad política:** la prioridad asignada por el gobierno y niveles inferiores, la relación de las metas del programa con compromisos internacionales y el compromiso del gobierno reflejados en las asignaciones presupuestarias.
 - **Aseguramiento y financiamiento:** proceso de afiliación, número de afiliados, conocimiento sobre las prestaciones y exclusiones del seguro. Asignación de recursos, cumplimiento de aportes, suficiencia en la asignación de recursos.
 - **Rectoría y regulación:** cumplimiento de la normativa en los entes gestores, funciones del INASES, existencia de auditorías médicas y regulación de la práctica médica y responsabilidad en el manejo de recursos.
 - **Provisión de servicios:** percepción sobre las coberturas de prestaciones, existencia de sobre demanda de atención, principales barreras de acceso, oportuna dotación de recursos humanos e insumos por los entes gestores.
 - **Seguimiento,** monitoreo y evaluación: existencia de un sistema de monitoreo y evaluación del programa.
 - **Logros y desafíos del programa.**

Para el análisis de ésta estrategia se entrevistaron a 17 personas en los cuatro departamentos escogidos, las instituciones representadas fueron las siguientes:

Cuadro 24: Personas Entrevistadas para el SMGV

Departamento	MSD Y OPS/OMS	ALCALDIAS	ESTABL. DE SALUD	SOCIEDAD CIVIL	TOTAL
La Paz	4	0	0	0	4
Santa Cruz	0	2	2	1	5
Cochabamba	0	1	1	1	3
Tarija	3	1	1	0	5
Total	7	4	4	2	17

Fuente: Elaboración propia.

Siguiendo las características del estudio y a objeto de analizar la percepción del programa en distintas etapas del proceso, se ha agrupado a los involucrados anteriormente señalados en 3 grupos, de acuerdo al área de las funciones que realiza dentro la institución representada:

- **Normativa:** director(es) nacional(es) del programa y de otras instancias pertenecientes al MSD como el SEDES, alcaldes y representantes de OPS/OMS y la Unidad de Reforma de Salud.
- **Operativa:** los responsables en la implementación operativa del seguro, los directores o representantes de entes gestores,

- **Sociedad Civil:** actores involucrados indirectamente en el tema como ser representantes de organizaciones regionales, comités de vigilancia y otras organizaciones civiles .

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, la información completa de las entrevistas se presentan en el Anexo No. 7.

Cuadro 25: Resultados de Entrevistas a Actores Clave para el SMGV

AREA TEMATICA	PLANIFICACION	EJECUCION	OTROS
PRIORIDAD POLITICA	<ul style="list-style-type: none"> • No parece muy alta porque se tiene mucho atraso en los pagos por parte del TGN, aunque se ha dado más apoyo en los últimos años. • Por parte de los GM el apoyo es financiero, por el debito automático de aportes y la obligación de registrar, pero no dan más apoyo. • Los logros del programa no están ligados a compromisos internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Como política es buena, pero el apoyo viene más de la CNS como ente ejecutor. • Los aportes del TGN y GM están atrasados pero lo peor son los atrasos en las compras de medicamentos e insumos que se hace en la central de la CNS en La Paz. • No se sabe si siguen compromisos internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene apoyo en la Ley pero no es efectivo en la práctica. • Las provincias no sienten el apoyo al seguro. • No se tiene información a nivel subnacional sobre el uso de los recursos, las alcaldías aportan y no saben nada más.
ASEGURAMIENTO Y FINANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Todos saben que la afiliación se hace en el municipio y se mandan las listas al ente gestor correspondiente. • Se debe presentar el carné para la atención. • No debería haber exclusiones pero hay discriminación en la atención • En el 2003 se ha pagado 37 millones de dólares, pero el TGN adeuda 20 millones y el TGN 56 millones de dólares. • Los recursos son suficientes siempre y cuando se paguen por potencial afiliado. Todo adulto mayor debiera estar afiliado automáticamente una vez cumplidos los 60 años. • La principal partida de gasto son medicamentos e insumos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se afilia en los municipios y deben presentar el carné para la atención • No hay exclusiones, sólo las establecidas en el Código de Seguridad Social. • Muchos no conocían los niveles de ejecución de recursos. • Todos saben que existen retrasos en aportes, especialmente el TGN, pero se están cerrando las brechas. • En muchos casos se dice que las cajas están poniendo de su dinero para cubrir las necesidades. • Existe una sobre demanda de servicios, no abastecen los recursos. • La principal partida de gasto son medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • El trámite de afiliación se inicia en la Alcaldía y luego la CNS extiende el carné. Es trámite sencillo. • Los atrasos en los aportes hace que las cajas bajen la calidad de atención. • Existen las mismas exclusiones que para jubilados. • Se sabe que existen retrasos en los aportes. • Los recursos deberían ser suficientes dada la baja demanda por las barreras en distancia que no son cubiertas por los ancianos (Tarija). • La principal partida de gasto son medicamentos.
RECTORIA Y REGULACION	<ul style="list-style-type: none"> • El seguro se implementa, pero aun se percibe que existe discriminación frente a los jubilados y rentistas • Las auditorías financieras se realizan hace tiempo y las médicas recién se está capacitando a la gente para implementarlas, pero no se tiene información detallada del programa porque no se maneja por separado. • El INASES no apoya mucho, se trabaja más con la OPS. 	<ul style="list-style-type: none"> • El seguro se implementa completamente en la CNS, en Cochabamba se ha dispuesto un centro especial para el seguro. • Se hacen auditorías de acuerdo a las normas internas de la CNS. • El INASES no cumple un rol de regulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • El seguro está en las Cajas pero por las distancias de sus establecimientos (solo urbanos), la demanda es baja. • No se sabe sobre la existencia de auditorías. • El INASES no ha bajado a los niveles descentralizados. No se lo conoce.
PROVISION DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Las coberturas son adecuadas y en teoría los beneficiarios del SMGV debieran tener los mismos derechos que los afiliados regulares. • En algunos centros existe concentración (Santa Cruz), en los demás se debería ver porque la demanda aún no es completa. • Las barreras más importantes son: geográficas (distancias), falta de 	<ul style="list-style-type: none"> • Las coberturas son iguales a las de jubilados y rentistas. • Si se tiene concentración, muchas de las consultas corresponden a 1er nivel y eso satura los establecimientos. • La mayor barrera es la falta de información y el no tener quien acompañe a los ancianos a los centros de salud. • No hay problemas de RRHH 	<ul style="list-style-type: none"> • La cobertura es buena, pero la calidad de atención baja. • No debería existir atención solo en el 3er nivel porque los afiliados no acuden. • Las barreras más graves son las geográficas y la calidad de atención de las cajas. • Otra barrera es que la dotación de medicamentos es mala y la gente no confía y

Continuación...

AREA TEMATICA	PLANIFICACION	EJECUCION	OTROS
	información del seguro y temas culturales. En muchos lugares no se tiene buena dotación de medicamentos y de recursos humanos.	pero si de dotación de insumos y medicamentos, especialmente en el interior que dependen de las compras en la CNS central.	debe seguir gastando.
SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN	. Se hace seguimiento de los aportes, pero no hay indicadores que permitan hacer un monitoreo del programa. . El INASES hace evaluaciones permanentes y emite recomendaciones, pero es difícil porque las cajas no manejan los datos del seguro por separado.	Se hace un seguimiento al interior de las cajas, pero el programa no tiene un sistema de monitoreo o evaluación.	No se hace seguimiento y tampoco se conocen datos de los aportes.
MAYORES LOGROS	Que las personas de la 3ª edad tengan atención en salud y que el Estado ya ha introducido esta temática para discusión.	La cobertura a un grupo vulnerable de la población.	Brindar protección a la población de la tercera edad, aunque en la implementación existe mucho por hacer, particularmente para que llegue al área rural.
DESAFIOS	1) Aun se percibe temas de discriminación, 2) los retrasos en los aportes, 3) falta de información de los funcionarios y de la población, 4) la ausencia de prevención en la salud del adulto mayor 5) extrema centralización de la CNS y 6) la llegada a áreas rurales.	1) El gasto de medicamentos es muy alto debido a las enfermedades crónicas por las que padece este grupo y que hace que aumenten los costos demasiado, 2) problemas en la dotación de medicamentos por parte de la central, 3) el atraso en los aportes, y 4) que no se obliga a otras cajas a dar el servicio.	1) mala calidad en el trato, 2) falta de medicamentos, 3) Las Cajas de Salud como únicos proveedores de servicios y 4) No llega al campo, le parecería una buena opción la atención de este seguro por parte de las postas, porque los adultos mayores tienen problemas de acceso.

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

b) Grupos Focales: los resultados obtenidos en el trabajo de campo se presentan resumidos en la siguiente matriz, la cual está sistematizada de acuerdo a tres ejes temáticos principales detallados en la encuesta para el SMGV, misma que se adjunta a este documento. Los ejes temáticos incluyen las áreas de:

- **Conocimiento:** existencia del seguro, características, afiliación, exclusiones, etc.
- **Acceso y diferencias en los servicios:** accesibilidad al establecimiento de salud, percepción sobre la calidad de la atención, trato discriminatorio, tiempos de espera, efectividad en el diagnóstico y disponibilidad de medicamentos.
- **Barreras económicas y calidad de atención:** calificación de la atención de 1 a 7, calidad en el trato, cobros indebidos, el seguro como ahorro del hogar, sugerencias para mejorar la atención y percepción sobre la necesidad del seguro.

Las características de los participantes y los resultados de las entrevistas a los 7 grupos focales organizados tanto en los departamentos de La Paz, Santa Cruz como en Tarija, se describen en los Anexos 8 y 9. A continuación se presentan la información más relevante captada durante el trabajo de campo realizado.

Cuadro 26: Resultados de los Grupos Focales para el SMGV

EJE TEMÁTICO	LA PAZ	SANTA CRUZ	TARIJA
CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Todos conocían sobre el seguro y sus principales características 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos conocían las características generales del seguro, su gratuidad y la manera de afiliación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos conocen sobre el seguro, pero la afiliación es un problema porque muchos no tienen el carné de identidad. • Los del grupo guaraní comentaron que no les conviene afiliarse porque es mucho gasto ir a la ciudad.
ACCESO Y DIFERENCIAS EN LOS SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> • Todos fueron atendidos alguna vez por el seguro en la CNS. • Los tiempos de espera son largos 4 – 5 horas y a veces se ha tenido que volver más de una vez. • El término gratuito es lo que lleva a veces a la discriminación. • Las farmacias no siempre tienen los medicamentos. Les recetan casi siempre lo mismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos estaban siendo atendidos por la CNS y dicen que las instalaciones son muy cómodas y los médicos muy buenos y hay buen trato. • Se tiene que esperar muchas horas para la atención y días para los especialistas. • Hay carencia de medicamentos, están acostumbrados a comprarlos afuera. Y algunos piensan que las recetas que se les da no son efectivas, muchas vitaminas pero no medicinas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Algunos fueron atendidos y reportaron malos tratos desde las enfermeras que dan fichas hasta algunos médicos. • El problema surge cuando vienen del campo, tienen que esperar mucho. • Sienten que hay discriminación no sólo con rentistas sino con gente que viene del campo y a veces no alcanza a tener ficha y el viaje es en vano. • Los diagnósticos no son siempre acertados y hay que comprar los medicamentos por fuera y siempre recetan lo mismo.
BARRERAS ECONÓMICAS Y CALIDAD DE ATENCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> • Un grupo calificó de 4 (regular) y el otro de 5. • El grupo de La Paz se quejó de la mala atención de los médicos. • No denunciaron cobros indebidos y piensan que significa un ahorro. • Consideran que el SMGV es importante, pero consideran que muy pocas personas podrían aportar algo para mejorar la calidad de atención. • Para mejorar la atención sugieren: poner más centros de atención particular para el SMGV, que se de más información del seguro y que la entrega de medicamentos sea oportuna. 	<ul style="list-style-type: none"> • No tienen problemas en el trato, son buenos. • No conocen de cobros indebidos. • Piensan que el seguro es un ahorro para sus economías. • Dicen que es un buen seguro pero que debería darse más información y solucionar los problemas de medicamentos y tiempos de espera. 	<ul style="list-style-type: none"> • El seguro no es conveniente si se vive en el campo, hay que viajar mucho para hacerse ver. • Si representa un ahorro, aunque receten lo mismo o cosas simples. • Se debería manejar desde los centros de salud más próximos a las comunidades

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

6.3.4 Impacto Final de la Estrategia

El impacto final de esta estrategia lamentablemente no puede ser cuantificado. La inexistencia de estadísticas, reportes y un monitoreo efectivo del seguro, evita una adecuada evaluación del mismo. Sin embargo, a partir del trabajo y del análisis presentado anteriormente, podemos rescatar los siguientes comentarios.

El SMGV requiere de una reforma profunda, desde el diseño hasta la implementación. Se debe comenzar a desarrollar un grupo de indicadores que midan la evolución del seguro, en caso que se decida dar continuidad al mismo. Las Cajas de Salud encargadas de brindar servicios de salud con cargo a este seguro deben participar activamente en las modificaciones a introducirse y a su vez deben regirse a controles más efectivos por parte del INASES y del Ministerio, llevando registros administrativos, de prestaciones, los

financieros y otra información que se considere relevante para el caso, tal como se mantiene con el SUMI.

Se debe desarrollar una estrategia efectiva para la ampliación de coberturas en áreas rurales donde residen los beneficiarios con los más altos niveles de exclusión, quizá la manera más adecuada sea la compra de servicios de la red pública, caso contrario el impacto del seguro será muy reducido. Se debe promocionar un mayor involucramiento de gobiernos municipales y de las redes de atención en el monitoreo y evaluación del seguro en sus áreas de competencia, adicionalmente fortaleciendo con más recursos, humanos y financieros, a la Dirección de Previsión Social del Ministerio para que lleve adelante un seguimiento integral del seguro y no solamente financiero. Se debe promover un mayor compromiso por parte del gobierno y de ciertos municipios a objeto de resolver los problemas en los atrasos de los aportes, agilizando los procedimientos y el cumplimiento de cronogramas de pago negociados con los prestadores del servicio.

6.4 Programa de Lucha Contra el Chagas (PLCC)

6.4.1 Características Generales del Programa

El Programa de Lucha Contra el Chagas ha sido reforzado gracias a la firma del Contrato de Préstamo No. 1031/SF/BO, suscrito entre el Banco Interamericano de Desarrollo y la República de Bolivia, los recursos están destinados a financiar el Programa de Escudo Epidemiológico y Apoyo a la Reforma del Sector de Salud a ser ejecutados por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD)⁴².

- a) **Objetivos y Población Beneficiaria:** el PLCC tiene el objetivo central de reducir el índice de infestación de chagas en toda la zona endémica del país, que se calcula en 60% del territorio boliviano, abarcando aproximadamente 700.000 viviendas en 168 municipios y con una población estimada de 4 millones de personas con riesgo de enfermar⁴³.
- b) **Pilares de acción e indicadores del programa.** Se pueden distinguir 5 pilares de acción que debería seguir el programa:⁴⁴ 1) lucha antivectorial; 2) el control transfusional del vector; 3) mejoramiento de viviendas; 4) diagnóstico y tratamiento gratuito a menores de 5 años y 5) la difusión de información, educación y comunicación sobre la enfermedad del Chagas. El seguimiento y monitoreo del programa se lo realiza a través de los siguientes indicadores básicos del proyecto⁴⁵: a) Interrupción de la transmisión vectorial de la Enfermedad de Chagas; b) Sistema de Vigilancia con el componente comunitario funcionando y c) Niños y niñas menores de 5 años tratados contra la enfermedad de Chagas.
- c) **Metas y Compromisos.** El PLCC no sólo está comprometido con metas de gestión, sino también se encuentra circunscrito al cumplimiento de las Metas del Milenio y a las metas y seguimiento de la Comisión intergubernamental del Cono Sur para la eliminación del *Triatoma Infestans* y la Interrupción de la Transmisión Transfusional de la Tripanosomiasis Americana, del cual los países integrantes del MERCOSUR son miembros.

⁴² Aprobado mediante Ley No. 1994 de 28 de julio de 1999.

⁴³ MSD y OPS/OMS: "Análisis del Sector Salud", Abril, 2004.

⁴⁴ La identificación de estos pilares de acción surge a raíz de conversaciones con el responsable del programa en el departamento de Cochabamba, Dr. Fidel Fernández.

⁴⁵ Extraído del Informe de Actividades de 2003 del Programa Nacional de Control de Chagas.

En este sentido, el informe proporcionado por la administración central del programa destaca los resultados esperados para la gestión 2005, estos son:

- Infestación domiciliar menor al 3% en el 100% de viviendas del área endémica.
- 100% de los delegados para el PIV (Puesto de Información de Vectores) notificando en los municipios intervenidos, y
- 95% de los Niños y niñas menores de 5 años diagnosticados para Chagas y finalizando el tratamiento⁴⁶.

6.4.2 Análisis de las Condiciones y Avances en la Implementación del Programa

- a) **Análisis de contexto:** los programas destinados a reducir los índices de infestación de vectores se vienen implementando en Bolivia desde hace muchos años a través del MSD. Sin embargo, es desde la aprobación del crédito con el BID que se logra un fortalecimiento decisivo del PLCC. Como se puede apreciar en el Gráfico 45 las iniciativas contra el mal de chagas durante los 90's no tenían el impacto esperado ni se alcanzaba a la totalidad del área endémica, debido mayormente a problemas financieros y de esfuerzos dispersos por parte del Ministerio.

A partir del año 2000, las tareas de rociado y la difusión de información sobre los peligros de la enfermedad parecen ser más efectivos, involucrando cada vez más a la población afectada, los gobiernos municipales y comunidades del área para que sean éstos en el futuro los que puedan dar sostenibilidad a este programa.

- b) **Perfil de la población beneficiaria:** la población que está expuesta a la enfermedad del Chagas cuentan en su gran mayoría con un nivel de vida e ingresos muy reducidos, personas que habitan en casas con techos de paja, paredes de adobe con grietas, con ambientes desorganizados o sucios, lugares oscuros y corrales de animales cerca de la vivienda. El hábitat de las vinchucas, que son los vectores que transmiten la enfermedad, se caracteriza por tener clima templado, una altitud entre 200m a 3.000m aproximadamente, las provincias de valles bajos y particularmente zonas rurales, son las áreas más afectadas.

Se dice que es una enfermedad de la pobreza y que tiende a mantener o profundizar esta situación, afectando de manera considerable la productividad de las personas al producir problemas cardíacos e intestinales que reducen la capacidad laboral de las personas, manifestándose por lo general en su edad productiva.

- c) **Características de la implementación del programa.** El diseño del PLCC distingue tres componentes: i) control vectorial, ii) diagnóstico y tratamiento e iii) Información, Educación y Comunicación (IEC), para los cuales se hace seguimiento permanente, manteniéndose una constante actualización de información. A continuación, se presentan los aspectos más relevantes del trabajo realizado por el programa durante el 2003, información proporcionada por la administración central del PLCC.

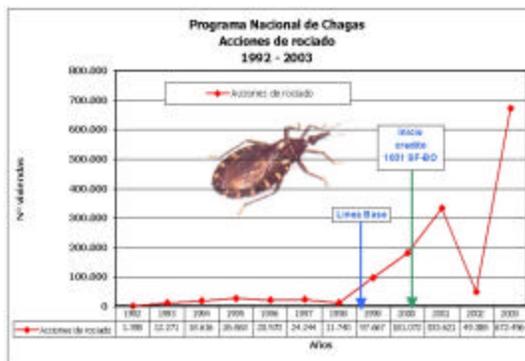
⁴⁶ Idem 45.

➤ **Control Vectorial**

Desde 1992, Bolivia viene implementando diferentes iniciativas a objeto de eliminar el problema del Chagas, identificando las áreas donde se localiza la vinchuca, portadora del mal de Chagas.

Gráfico 45: Evolución del PLCC

El Gráfico 45 muestra la evolución de las acciones de rociado del Programa, y se puede ver claramente que desde la implementación del proyecto financiado por el BID en el año 2000, el rociado se ha incrementado hasta alcanzar el 2003 el 100% de la zona endémica, respetando criterios de continuidad y de contigüidad geográfica. Las acciones de rociado cumplen ciclos, generalmente dos por año dada por la duración del insecticida de aproximadamente seis meses. El permanente seguimiento y control de al vector ha permitido reducir las tasas de infestación a nivel nacional y departamental de manera considerable. El relevamiento de información para la elaboración de la primera línea base en 1999 mostraba una tasa de infestación por encima del 55% en todos los departamentos endémicos, y en algunos casos como Chuquisaca, Tarija y Potosí los índices superaban el 70%.



Fuente: Programa Nacional de Chagas 2003

La información recogida en el trabajo de campo da cuenta de que este componente del PLCC en la gestión 2004, se encuentra rezagado por problemas en la contratación de la totalidad de los rociadores requeridos, debido a procedimientos administrativos a nivel central, lo cual pone en riesgo el cumplimiento de las metas de gestión. El trabajo de este año consiste en la evaluación de todas las comunidades pertenecientes a la zona endémica, si se detecta la presencia de más del 5% de vinchucas en el lugar se procedería al rociado general de la comunidad, caso contrario se trabajaría con rociado local de las viviendas positivas.

➤ **Diagnóstico y Tratamiento**

El informe de actividades del PLCC para el 2003 reporta la conformación de los equipos regionales con excepción de Tarija y Potosí, y la elaboración de manuales de diagnóstico y manejo clínico; la estrategia de intervención para diagnosticar aproximadamente a 330.000 niños y niñas menores de 5 años y tratar a 124.120 niños y niñas infectados chagásicos está diseñada.

Los principales avances para este componente son: a) Identificación de 66 municipios con infestación menor al 3% aptos para comenzar con esta fase, b) Se cuenta con el medicamento Benznidazol para tratar aproximadamente a 30.674 niños y niñas menores de 5 años infectados chagásicos, c) Se encuentra en proceso de licitación, la adquisición de equipos y reactivos para diagnóstico de Chagas.

✦ Componente IEC

La reciente puesta en marcha de la estrategia de IEC ha permitido contar con técnicos que no solo realizaron acciones de intervención vectorial, sino también se ocuparon de la información y sensibilización en las comunidades de intervención, y se han identificado líderes comunitarios para la conformación de los puestos de información vectorial (PIV)⁴⁷, sin embargo, esta intervención no se realizó en todos los municipios y se ha verificado que a junio 2004, aún quedan muchas comunidades donde no ha llegado el componente.

6.4.3 Análisis de Actores

Al igual que en los anteriores programas, se realizaron entrevistas a personas que están directamente involucradas en el programa, que incluyeron a los responsables a nivel nacional, departamental y municipal, así como los alcaldes de los gobiernos municipales visitados en los departamentos de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Tarija. En adición, se realizaron grupos focales con los beneficiarios del programa en estos departamentos, excepto La Paz⁴⁸.

- a) **Informantes Clave:** A continuación se presentan los resultados obtenidos en el trabajo de campo, la información está sistematizada de acuerdo a los cinco temas de interés identificados en la encuesta para el PLCC, misma que se presenta en el Anexo No. 6 de este documento. Los temas de interés incluyen las áreas de:
- **Prioridad política:** la prioridad asignada por el gobierno y niveles inferiores, la relación de las metas del programa con compromisos internacionales y el compromiso del gobierno reflejados en las asignaciones presupuestarias.
 - **Financiamiento:** percepción sobre la ejecución de recursos, cumplimiento de contrapartes, suficiencia en la asignación de recursos por componentes y la posibilidad de transferir a los municipios esta responsabilidad en el futuro.
 - **Coordinación con otras instancias:** existencia de la coordinación para el mejoramiento de viviendas, coordinación con fuerzas armadas, municipios y prefecturas en temas relacionados al programa.
 - **Provisión de servicios:** cumplimiento de la meta de 3% de infestación para el 2005, inicio de la fase curativa, el perfil de enfermos chagásicos, percepción sobre los costos de productividad por la enfermedad.
 - **Seguimiento, monitoreo y evaluación:** existencia de un sistema de monitoreo y evaluación del programa.
 - **Logros y desafíos del programa**

Cuadro 27: Personas Entrevistadas para el SUMI

Departamento	MSD Y OPS/OMS	ALCALDIAS	NIVEL OPERATIVO	TOTAL
La Paz	5	0	0	5
Santa Cruz	1	0	2	3
Cochabamba	1	0	2	3
Tarija	3	2	0	5
Total	10	2	4	16

FUENTE: Elaboración propia.

⁴⁷ Op. Cit. 45.

⁴⁸ Este trabajo no se lo realizó en el departamento de La Paz por tratarse de una zona con niveles de infestación bajos y por el tiempo destinado a esta fase del proyecto.

Para el análisis de ésta estrategia se entrevistaron a 16 personas en los cuatro departamentos escogidos, las instituciones representadas se presentan en el Cuadro 27.

Siguiendo las características del estudio y a objeto de analizar la percepción del programa en distintas etapas del proceso, se ha agrupado a los involucrados anteriormente señalados en 3 grupos, de acuerdo al área de las funciones que realiza dentro la institución representada:

- **Normativa:** el jefe(s) o director(es) nacional(es) y/o regionales del programa y representantes de la OPS/OMS y la Unidad de Reforma de Salud.
- **Operativa:** los directos involucrados/responsables en la implementación operativa del programa a nivel municipal o comunitario,
- **Sociedad Civil:** actores involucrados indirectamente en el tema como ser representantes de otras instancias de regionales u organizaciones civiles .

A continuación se presenta el resumen de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, la información completa de las entrevistas se presentan en el Anexo No. 7.

Cuadro 28: Resultados de Entrevistas a Actores Clave para el PLCC

AREA TEMATICA	PLANIFICACION	EJECUCION	OTROS
PRIORIDAD POLITICA	<ul style="list-style-type: none"> • Es alta a nivel central gracias al crédito del BID que obliga al cumplimiento de metas, pero aún falta que se le de mayor importancia a nivel municipal. • Metas relacionadas con los compromisos del CONOSUR. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es alta pero se tiene poca información sobre las asignaciones presupuestarias o de diseño del programa a nivel municipal. • El programa es muy centralizado. 	<p>La prioridad es adecuada pero los gobiernos municipales no apoyan al programa, debido a que es de corte muy centralista y no se hace partícipe a la red de servicios.</p>
FINANCIAMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de los recursos del crédito del BID: 98%, ejecución del TGN: 70%. • Algunas prefecturas apoyan logísticamente al programa (Tarija, Cochabamba) pero muy pocos municipios lo hacen. • Los recursos del BID serían suficientes, pero los recortes del TGN por la austeridad ha afectado. • Se espera comenzar la transferencia del programa en el 2005 a GM con índices de infestación menores al 3%. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para el 2004 no hay problema en recursos financieros, pero la contratación de recursos humanos no es suficiente. • El apoyo de los Servicios Departamentales de Salud es muy limitado. • Algunos municipios si tienen una partida presupuestaria para Chagas (Santibáñez-CBBA) • Se está esperando los resultados del diagnóstico para ver cuanto dinero se necesita para el tratamiento este año. La transferencia tendría que ser acompañada de recursos. 	<ul style="list-style-type: none"> • No deberían haber problemas de recursos. No se tiene los datos por que se maneja verticalmente. • No hay apoyo ni de prefecturas ni de municipios • No se podría dar la transferencia si existen nuevos rebrotes como se ha visto en algunas partes (Tarija, Cochabamba). • La transferencia del programa debe tener el apoyo comunitario
COORDINACION	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas ONGs (como PROCOSI) se han ocupado del mejoramiento de viviendas, y se tienen algunas conversaciones con el Min. De Vivienda. • Las fuerzas armadas han apoyado en lugares aislados, pero la mayoría no conoce esto. • Se tiene una coordinación directa con los municipios. • En los lugares donde existe, el apoyo de las prefecturas es más logístico. 	<ul style="list-style-type: none"> • El mejoramiento de viviendas ha estado a cargo de ONGs como PROCOSI, CARITAS, PROHABITAT y otros, pero son esfuerzos aislados y por comunidades (no municipios). • No se conoce del apoyo de las Fuerzas Armadas. • Se ha coordinado con Municipios en la elección de los delegados a los Puestos de Información de Vectores PIVs, pero no en todos ellos. Apoyo limitado, de la prefectura excepto en Cochabamba. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se conocen todos los esfuerzos para el mejoramiento de viviendas, la mayoría piensa que no existen. • El programa se maneja solo, tiene una dinámica particular con prefecturas y el MSD. • Debería existir apoyo integral con los otros vectores.

Continuación...

AREA TEMATICA	PLANIFICACION	EJECUCION	OTROS
PROVISION DE SERVICIOS	<ul style="list-style-type: none"> Si se contrataran a tiempo los rociadores para este año y no hay más atrasos se podrán alcanzar las metas, aunque tal vez no en todos los municipios. Se está esperando los resultados de la fase de diagnóstico para ver en qué lugares se iniciará la fase de tratamiento, pero se pueden comenzar este año. Existen 330.000 niños menores de cinco años expuestos al contagio vectorial en el país, en Tarija se comenzará a tratar de 4000 a 5000 recién nacidos. Esta población vive en casas con techos de paja, paredes de adobe con grietas, árboles y lugares oscuros, desorganizados o sucios cerca o dentro de las viviendas, clima templado, altitud entre 200 a 3000 m aprox. En las provincias de la cordillera y valles, lugares donde los animales domésticos están localizados muy cerca de las viviendas. Se dice que es una enfermedad de la pobreza. Costo de productividad alto. 	<ul style="list-style-type: none"> Si se alcanzarán las metas pero si se solucionan los problemas de contrataciones. El tratamiento se iniciará después del diagnóstico de este año. Las características de los enfermos de chagas es que viven en zonas rurales, en viviendas desordenadas, sucias. Son gente pobre que viven con animales dentro de la casa. En algunas zonas periurbanas también se ve el problema. Los pueblos guaraníes son los más afectados. El costo es alto. 	<ul style="list-style-type: none"> Es difícil saber si se cumplirán las metas porque en algunos lugares se ha tenido poca efectividad para controlar el vector. El tratamiento debería comenzar este año. Se tienen subestimadas las cifras de enfermos porque a veces la enfermedad se manifiesta después de 20 años, depende de la constitución de la persona. El perfil es por lo general de gente pobre, que vive con escasos recursos y en zonas rurales. El costo en la productividad es alto. El insecticida se ha mostrado inefectivo en muchas zonas, aparentemente por la salinidad del agua, se espera sustituir el actual insecticida por órganos fosforados que tiene mayor efectividad.
SEGUIMIENTO, MONITOREO Y EVALUACIÓN	<p>Si existe es permanente en el marco del crédito del BID, también se ha desarrollado un software que permitirá tener actualizaciones casi semanales.</p> <p>Se presentan informes al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) pero son aun parciales.</p>	<p>Los reportes de la ejecución del programa son constantes.</p>	<p>Sólo por el proyecto del BID; el Ministerio no hace ningún seguimiento y a veces no se cuentan con los informes ni en las prefecturas ni los municipios.</p>
MAYORES LOGROS	<p>1) la intervención del 100% del territorio endémico, 2) la protección de 4MM de hab. con rociado domiciliario, 3) la reducción de las tasas de infestación, 4) 65% de los GM tiene una tasa de infestación menor al 3% y 5) la identificación de líderes comunitarios como centro de PIVs (en algunos municipios)</p>	<p>1) reducción de las tasas de infestación, aunque muy poco en algunos lugares (Tarija). 2) la cobertura de rociado en el 100% del territorio endémico</p>	<p>1) el programa esta organizado, 2) que tenga el apoyo del BID, 3) el equipamiento, 4) el impacto en la población, haciendo que tengan mayor percepción del daño y participación comunitaria, y 5) la reducción de tasas de infestación pero con rebotes como en lugares en Tarija.</p>
DESAFIOS	<p>1) el cambio de actitud de la población frente al vector, 2) el cumplimiento de la contraparte del TGN, 3) la profundización del sistema de vigilancia de base comunitaria, 4) nuevas estrategias para el rociado de peridomicilios y focos silvestres, 5) mejoramiento de viviendas, 6) contratación oportuna de rociadores en el 2004, 7) fortalecimiento del IEC y mejoras en el funcionamiento de los PIVs comunitarios y 9) mayor compromiso de las autoridades municipales el tema de inversión para la sostenibilidad del PLCC.</p>	<p>1) Descentralizar la designación del recurso humano que ahora es centralizado en La Paz y superar los atrasos en las contrataciones, 2) realizar campañas informativas sobre el PLCC, incluso muchas autoridades no tienen idea del PLCC, 3) fortalecimiento del IEC.</p>	<p>1) promover la sostenibilidad del programa a nivel municipal, 2) procurar descentralizar el programa, está demasiado centralizado y burocrático, debería manejarse en las zonas endémicas, 3) promover la integración con otros programas del MSD, 4) revisión de estadísticas, 5) solucionar problemas de rebotes de vinchucas y 6) superar los atrasos en la contratación de recursos humanos.</p>

Fuente: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

b) Grupos Focales: los resultados obtenidos en el trabajo de campo se presentan resumidos en el Cuadro 29, que sistematiza la información de acuerdo a tres ejes temáticos principales detallados en la encuesta para el PLCC, misma que se adjunta a este documento. Los ejes temáticos incluyen las áreas de:

- **Conocimiento:** importancia del programa, forma de transmisión, manifestación y tratamiento de la enfermedad, conocimiento sobre el PLCC o los esfuerzos del Ministerio de Salud sobre el tema.
- **Actitud frente al vector:** características de su vivienda, reacciones frente a la vinchuca, formas de denuncia ante la presencia del vector y entendimiento sobre la necesidad de realizar mejoramiento de viviendas a fin de prevención de futuras infestaciones.
- **Efectividad del Programa:** calificación del trabajo de rociadores y percepción sobre la efectividad del PLCC.

Las características de los participantes y los resultados de las entrevistas a los 7 grupos focales organizados tanto en Santa Cruz, Cochabamba como en Tarija, se describen en los Anexos No. 8 y 9.

Por otra parte, es importante señalar que en las capitales de los departamentos de Santa Cruz y Cochabamba no se tiene problemas de infestación, por lo que el trabajo se focalizó en los otros dos municipios elegidos en estos departamentos. En Tarija se trabajó en la capital y en los dos municipios elegidos.

Cuadro 29: Resultados de los Grupos Focales para el PLCC

EJE TEMATICO	SANTA CRUZ	COCHABAMBA	TARIJA
CONOCIMIENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Todos saben que la enfermedad de Chagas se transmite por la vinchuca, sin embargo, ciertas poblaciones creen que son buena suerte y no dejan matarlas. • En ningún caso se tiene claro los problemas que causa, se sospecha que es el corazón, pero si que lleva a la muerte. • Conocen a los rociadores sin relacionarlo con el municipio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos saben sobre el mal de Chagas. • A pesar de que recibieron información sobre las formas de transmisión, no se toman en cuenta los problemas de mantener vinchucas en casa y de cómo prevenir. • Reconocen a los delegados para los PIVs pero aún no hacen mucho uso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos conocen el problema de Chagas y tienen información sobre su transmisión, aunque no saben si tienen el mal hasta que sienten problemas en el corazón. • Se conoce sobre el PLCC pero no se ve mucha coordinación con los municipios.
ACTITUD FRENTE AL VECTOR	<ul style="list-style-type: none"> • Las comunidades son rurales y pobres y algunos pobladores tienen miedo permitir el rociado. • La población ha mostrado cambio de actitud, realizando ellos mismos mejoramiento de sus viviendas • No tienen instalados los Puestos de Información de Vectores (PIVs) 	<ul style="list-style-type: none"> • Las comunidades son pobres y dispersas. • Se han declarado algunas mejoras en las viviendas pero no son significativas, la gente no ha internalizado el problema. • Los municipios visitados tienen altos índices de migración, dejando sus casas como focos de infestación. Recién apoyan a los rociadores para que sean más efectivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Saben de los problemas de malas condiciones de la vivienda pero en muchos casos no pueden hacerse las refacciones porque no se cuenta con los recursos. • La gente sabe que se deben eliminar a las vinchucas, pero en muchos casos no se denuncia su presencia y continúan realizando sus labores cotidianas.

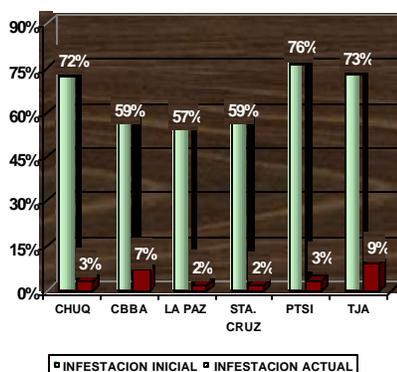
Continuación...

EJE TEMATICO	SANTA CRUZ	COCHABAMBA	TARIJA
EFFECTIVIDAD DEL PROGRAMA	<ul style="list-style-type: none"> El programa ha sido efectivo, no se ha vuelto a ver vinchucas en el último año. El problema a veces es de viviendas cerradas por las migraciones de la población que afecta los rociados. No han denunciado cobros por el programa. Dicen no tener información suficiente del problema, pero esperan la visita de los rociadores pronto. 	<ul style="list-style-type: none"> Están muy agradecidos por la intervención del programa pero ven que están apareciendo nuevamente vinchucas, esperan el próximo ciclo de rociado. Piensen que el 1er ciclo fue más efectivo porque mató incluso otras alimañas. El componente de IEC está más adelantado y también la coordinación con los gobiernos locales. No han denunciado cobros por el programa 	<ul style="list-style-type: none"> En la capital y en San Lorenzo piensan que el programa ha sido muy efectivo y se han reducido los índices de infestación, pero en Entre Ríos no, se debe a la inefectividad del insecticida y a los altos índices de infestación. Los PIVs están identificados. En Entre Ríos no se piensa que se puedan eliminar las vinchucas e iniciar la fase de tratamiento este año.

FUENTE: Elaboración propia en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo.

6.4.4 Impacto Final del Programa

Gráfico 46: Tasa de Infestación 1999 y 2003



Fuente: Programa Nacional de Chagas 2003

De acuerdo a la última información consolidada del programa a diciembre de 2003, las tasas de infestación promedio se han reducido a menos del 10% para Tarija y Cochabamba y menos del 3% para Chuquisaca, La Paz, Potosí y Santa Cruz. Dentro de los departamentos con infestaciones por encima del 3%, Cochabamba (7.3%) y Tarija (9.3%), se identifican 17 municipios con índices de infestación superiores al 10% Aiquile, Pasorapa, Omereque, Capinota, Santibáñez, Sicaya, Tapacari, Punata y San Benito en Cochabamba; Pucara, Saipina, El Trigal en Santa Cruz; y Entre Ríos, Yacuiba, Villa Montes y Carapari en Tarija.

El impacto del programa es visible en la reducción de las tasas de infestación en la mayoría de los departamentos y municipios, sin embargo, la persistencia en las tasas de infestación debido a rebrotes, lleva a la necesidad de analizar la efectividad del insecticida. En adición, el PLCC debe ser más proactivo en el componente de mejoramiento de viviendas, dado que la intervención preventiva de fumigación de domicilios será inefectiva en tanto los domicilios sigan mostrando permeabilidad al vector.

VII. CONCLUSIONES

La caracterización de la exclusión en salud en Bolivia, permitió identificar las regiones más excluidas en salud y el peso relativo de las variables de las dimensiones internas y externas mediante el cálculo del índice global de exclusión. El análisis bivariado permitió encontrar una serie de relaciones causales que contribuyen a explicar el estado de exclusión de la población.

El **índice de exclusión global** nos muestra que el 77% de la población boliviana se encuentra excluida del sistema de salud, con una fuerte incidencia de la exclusión en poblaciones que residen en el altiplano y valles rurales, la brecha de exclusión en estas localidades es abismal en términos comparativos con el oriente y en adición los excluidos en éstas áreas son muy distintos entre sí. La apertura por departamento, señala una vez más la menor exclusión en salud en los departamentos del oriente (Santa Cruz, Beni y Pando), en tanto que los departamentos más excluidos son Potosí, Chuquisaca y Oruro y los medianamente excluidos son Tarija, Cochabamba y La Paz. Este resultado plantea la necesidad de diseñar políticas focalizadas para luchar contra la exclusión en estas áreas geográficas, sin embargo, es importante considerar que existen poblaciones altamente excluidas en áreas dispersas del departamento de Pando, Beni y el Norte de La Paz que aunque no es visible en el análisis cuantitativo por razones estadísticas, merecen especial atención.

El análisis de la composición del índice por variables, según dimensiones, permite observar que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%.

En la **dimensión externa**, los servicios indirectos son los que aportan más a explicar los procesos de exclusión Bolivia, donde la educación de las mujeres es la variable de mayor importancia. Las barreras económico financieras asociadas el fenómeno de pobreza es un problema estructural, que limita el acceso de la población a la demanda de servicios, este problema se encuentra aunado a grandes problemas de desigualdad en la distribución del ingreso, asimismo, el gasto de bolsillo sigue siendo un elemento importante en el financiamiento del sector salud (representa el 28% del gasto total en salud) y es una de las principales barreras para acceder al sistema de salud, el gasto catastrófico se concentra en la población en extrema pobreza, señalando que el sistema de salud aún tiene mucho camino que recorrer para proteger financieramente a los indigentes. Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector salud, mediante la asignación de recursos HIPC, aún la ejecución de los mismos es baja, por lo que se debe implementar una estrategia para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

El área de residencia es otra variable que es fuente de exclusión, la ruralidad está asociada a barreras geográficas, que impiden el fácil acceso de la población a los servicios, en muchas comunidades la posta o centro de salud están localizadas a 4 o 5 horas a pie. El origen étnico, es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en la demanda contenida por razones culturales. Es importante señalar que el pueblo originario que presenta serios problemas de demanda contenida y mala percepción de necesidad en salud es el aymara. La informalidad en el empleo es otra limitante en la extensión de la protección en salud dado el modelo de aseguramiento formal. La calidad de la vivienda, explica de manera relativa la exclusión en salud, sin

embargo, es de vital importancia en la disminución del riesgo de contraer enfermedades transmisibles por vectores, como Chagas y malaria.

Respecto a la **dimensión interna**, es importante enfatizar que existen serios problemas atribuibles al sistema, como su fragmentación, donde la co-existencia de un sistema de corte bismarckiano de aseguramiento, que cuenta con el mayor volumen de recursos del sistema de salud y afilia a un reducido porcentaje de la población, junto a un sistema público con escasos recursos encargado de los seguros públicos y programas nacionales de prevención y control de enfermedades (bienes públicos), constituyen un sistema con limitada respuesta a las necesidades de salud de la población. Las características del sistema de salud genera problemas de exclusión *per-se*, la mayoría de los afiliados en las Cajas de Salud son castellano-parlantes y pertenecen al quintil más alto de ingresos.

Uno de los mayores problemas del sistema de salud, es la escasez y mala distribución de los recursos humanos, más de la mitad de los establecimientos de salud del área rural, está bajo la responsabilidad de auxiliares de enfermería y en algunos casos de promotores de salud, en tanto, que en los establecimientos de salud de 3er nivel, los médicos se encuentran atiborrados. La disponibilidad de camas, muestra que el concepto de cama debe ser adecuado, pues un conteo absoluto de los lechos no se aproxima a medir la efectiva disponibilidad de un insumo importante en la atención interna. Ambos indicadores se encuentran por debajo de los parámetros mínimos internacionales y contribuyen de manera significativa al índice global de exclusión.

Respecto a las estrategias de extensión de la protección en salud, las entrevistas a informantes clave y los grupos focales, permitieron revelar una serie de problemas del sistema de salud, que impiden que las estrategias puedan implementarse adecuadamente y cumplan con sus objetivos. El **SUMI**, pese a ser una política de Estado, dado el respaldo de su creación mediante Ley, es una estrategia cuya prioridad puede variar con los cambios de gobierno. Sus recursos financieros hasta el momento, han mostrado ser suficientes, sin embargo, se debe explorar como reorientar algunas partidas de gasto priorizando la atención primaria de salud. La universalidad de sus prestaciones, ha incentivado la demanda por servicios y la ausencia de una afiliación formal, permite que la población pueda acceder a los servicios con facilidad. Aunque las coberturas han mejorado respecto al SBS, estas parecen concentrarse en el área urbana, dada la posibilidad de acceder a la atención compleja con gratuidad. Entre los desafíos que presenta el SUMI está el diseño de los paquetes de prestaciones, su inflexibilidad e inadecuada clasificación para cada nivel de atención, impide a los médicos prescribir medicamentos de manera más efectiva, lo que da lugar a que en muchos casos se den falsos diagnósticos para utilizar otro tipo de paquetes y resolver los problemas de salud.

Por otra parte, el SEDES en la mayoría de los departamentos, no cumple un rol activo en coordinar la normativa del nivel central con las redes, y en varias ocasiones los centros de salud han reclamado la falta de retroalimentación de información o un sistema de monitoreo efectivo, donde a pesar de la constante entrega de informes, incluidas las auditorías, muy pocas veces se obtienen observaciones o sugerencias que permitan mejorar la calidad del servicio.

La percepción de la población, es que el SUMI es una buena política, por lo menos, se protege a las madres y a los niños, pero sienten que ahora se ha excluido a la mujer en edad fértil. El acceso a la atención es bueno, pero el problema son los medicamentos, no siempre están disponibles y se tienen que comprar por fuera, generando gasto de bolsillo.

En el área rural, la escasez de recurso humano es crítica, existen centros que están a cargo de promotores de salud y no tienen un relevo que pueda cubrirlos en su ausencia, cuando están en ronda o capacitándose.

El impacto del programa es claramente positivo dada la trayectoria de aseguramiento del binomio madre-niño desde 1994. Las tasas de mortalidad materno-infantiles han disminuido considerablemente dada la ruptura de la barrera económica, sin embargo, queda pendiente en la agenda el mejoramiento de la calidad de los servicios y la inclusión de prestaciones preventivas.

El **SMGV** es una estrategia que desde su diseño ha generado un proceso de exclusión que está asociado al sistema. Al ser las Cajas de Salud los únicos prestadores, se ha excluido a todos los adultos mayores que residen en el área rural, dado que el sistema de seguridad social de corto plazo, tiene infraestructura casi exclusivamente en el área urbana. La calidad de la atención, en promedio, no es buena y muchos ancianos que se afilian no regresan, una vez que tuvieron una mala experiencia ante la falta de calidez en el trato, y los municipios y el TGN siguen pagando la prima por personas que no utilizan los servicios, lo que deja un margen de ganancia, que es contrario a los reportes de falta de recursos de las Cajas de Salud. Se debería considerar la participación más activa del MSD en la reforma del SMGV y desarrollar un sistema que permita que este seguro cumpla su objetivo en áreas rurales, mediante la compra de servicios a la red pública de salud o la privada involucrando más a los gobiernos locales.

Un problema serio del seguro es el rezago considerable en el pago de la prima por parte del TGN y de los municipios, aunque los últimos están cumpliendo con mayor regularidad gracias al sistema de débito automático. En consecuencia, se observa muy poco compromiso de la administración en general, que tras efectuar los pagos no se hace un seguimiento del uso del seguro por parte de sus afiliados. En algunos municipios, los recursos desembolsados para el SMGV superan a los del SUMI, sin embargo, los ancianos acuden esporádicamente por razones de distancia. Por otra parte, de acuerdo a Ley las condiciones de acceso a los servicios del SMGV no debieran ser distintas entre jubilados o rentistas y los afiliados al SMGV, sin embargo, estos últimos perciben una discriminación. De manera general, el poco conocimiento del personal de salud de las Cajas sobre el SMGV y de los usuarios, lleva a una mala interpretación del título "gratuito" del seguro, ocasionando problemas en la entrega oportuna de las prestaciones.

Los grupos focales mostraron que la población adulto mayor en el área urbana conoce el seguro y consideran que la afiliación es un proceso fácil, en tanto que en el área rural, el seguro es muy poco difundido. El mayor problema en el acceso al SMGV, son las colas, muchos deben madrugar para alcanzar a tener una ficha y atenderse en el día. La escasez de medicamentos es otro de los problemas del SMGV, que se asocia al modelo de gestión centralizado caduco de la Caja Nacional de Salud, donde todos los requerimientos deben ir hasta la ciudad de La Paz. Muchos creen que sólo se recetan medicamentos paliativos y no se hacen diagnósticos para detectar los males y curarlos. Para los habitantes del área rural, el seguro no es conveniente, porque deben viajar hasta la ciudad y a veces el viaje es inútil porque no satisfacen su demanda de salud.

El impacto del SMGV no es cuantificable, dada la ausencia de un sistema de monitoreo y evaluación. El INASES reporta de manera agregada las prestaciones que prestan las Cajas de Salud, es importante diseñar un sistema de información que discrimine las prestaciones del SMGV de aquellas que se prestan a los jubilados y rentistas, en orden de

crear *accountability* y el gobierno municipal y las organizaciones de base conozcan el impacto de esta estrategia de protección al adulto mayor.

El **PLCC** tiene las características de un bien público, sin embargo, su implementación se encuentra demasiado centralizada, existen problemas con la contratación de rociadores, que en la presente gestión se vieron interrumpidas por procesos administrativos poniendo en riesgo la efectividad lograda con los ciclos de rociado anteriores. En general, los municipios conocen muy poco el PLCC y manifiestan que una transferencia del mismo al nivel local sólo sería posible con recursos adicionales y con la capacitación a personal que viva en las comunidades, a pesar de que en algunos municipios se ha logrado que se asignen partidas de gasto específicas.

Lamentablemente, el PLCC no coordina acciones con instancias que trabajan en el mejoramiento de viviendas, sólo una política integral que considere la fumigación y la mejora de las viviendas en zonas endémicas podrá tener el impacto deseado. La sobrevivencia del vector, también depende de la actitud de la población respecto a él, mucha gente convive con animales dentro de la vivienda, que son los principales reservorios del vector; dada la extrema pobreza, no quieren alejarse de sus animales; por otra parte, la denuncia de la presencia del vector no es oportuna y el PLCC poco puede hacer en ese sentido. Se debe poner más énfasis en la implementación de los Puestos de Información de Vectores (PIVs) y en el componente de Información, Educación y Comunicación, que al ser manejado centralmente da la impresión de no tener la oportunidad y profundización necesaria.

La población conoce de manera general el peligro de la vinchuca como transmisor de la enfermedad de Chagas, muchos de ellos esperan con ansia la llegada de los rociadores a la comunidad. Esta actitud varía según la efectividad del rociado, en algunas comunidades, no creen que el insecticida vuelva a ser tan efectivo como la primera vez.

El impacto del Programa no es uniforme, en algunas localidades ha logrado reducir la tasa de infestación a menos de 3%, pero en otras existen rebrotes considerables, dando lugar a la necesidad de analizar la efectividad del actual insecticida y su potencial sustitución por órganos fosforados. A pesar de que se tienen identificados los posibles municipios que entrarían a la fase de curación, los retrasos registrados en esta gestión ocasionarían también rezagos en esa fase.

BIBLIOGRAFÍA

- Banco Mundial (2004). Estudio Sobre Países: "Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis en el contexto de la Descentralización".
- Cárdenas, Marina (2000). "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud".
- CELADE (2003). "Boletín Demográfico, América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005, Santiago de Chile", Enero.
- Decreto Supremo. No. 25186, Artículo 9.
- Grosh, M y Baker, J (1995). "Proxy Means Test for Targeting Social Programs, Simulations and Speculations" En Living Standardas Measurement Study, No 118, Washington D.C.
- Larrain, B. (2004). "El seguro básico de Salud. La revolución silenciosa". Ministerio de Salud y Previsión Social. Junio 2002. Citado en MSD y OPS/OMS: "Análisis del Sector Salud", Abril.
- Levcovitz, Eduardo y Acuña, Cecilia (2003). "Elementos para la formulación de estrategias de extensión de la protección social en salud", Documento preliminar.
- Ministerio de Salud del Perú, OPS (2003). "Caracterización De La Exclusión Social En Salud En El Perú".
- MSD- Reforma de Salud:"SUMI, Análisis de Sostenibilidad Financiera", 2004.
- MSD (2002). "Encuentro para el Análisis de la situación de Salud del Adulto Mayor en Bolivia", La Paz, Noviembre.
- MSD, OPS/OMS (2004). "Análisis del Sector Salud", Abril.
- MSD (2003). "Implementación del Modelo de Gestión, Redes de Salud, DILOS, SUMI y SNUS. Módulo de Inducción".
- MSD (2003). "Programa EXTENSA, Avances, Logros y Dificultades en la Gestión 2003".
- MSD (2004). Informe sobre el Modelo de Gestión en Salud.
- MSD y OPS/OMS (2004). "Análisis del Sector Salud", Abril.
- OPS/OMS (2001). "Guía Metodológica para la Caracterización de la Exclusión Social en Salud".
- OPS (2002). 26ª Conferencia Sanitaria Panamericana (2002): "Ampliación de la Protección Social en Materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo", Septiembre.
- OPS (2003). "Exclusión en salud en países de Latino América y el Caribe", Extensión de la Protección Social en Salud.
- OPS/OMS (2003). " Exclusión en Salud en Países de América Latina y el Caribe", Pág. 19.

- OPS-OMS (2003). "Guía metodológica para el diseño e implementación de diálogo social en salud" Mimeo, 2003
- OPS (2003). "Reunión de Expertos en Envejecimiento y Salud", Panamá, diciembre.
- OPS (2004). Consultoría de Apoyo para la reformulación y lanzamiento del SMGV, enero.
- Pardo, Emilio (2004). Presentación realizada por el Jefe Unidad Nacional del SUMI, en el taller: "Caracterización de la Exclusión en Salud OPS/UDAPE", abril.
- Programa Nacional de Control de Chagas (2003). Informe de Actividades.
- Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) dependiente del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) www.sns.gov.bo
- Rosenberg, H.; y Andersson, B (2000). "Repensar la protección social en salud en América Latina y el Caribe", en la Revista Panamericana de Salud Pública, Vol. 8, Nos. 5, Julio - Agosto.
- UDAPE (2002). Evaluación de la Economía 2002".
- UDAPE (2003). "Pobreza y desigualdad en Municipios de Bolivia: estimación del gasto en consumo combinando el Censo 2001 y las encuestas de hogares".
- Unidad Nacional de Gestión del SUMI (2004) .Información contenida en el Informe para el Banco Mundial 01-06-04.