

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS  
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERÍA, NUTRICIÓN  
Y TECNOLOGÍA MÉDICA  
UNIDAD DE POSTGRADO**



**ESTIMACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE LOS  
HOGARES EN BOLIVIA ENTRE LOS AÑOS 2013 Y 2021**

**POSTULANTE: Lic. Marina Cárdenas Robles**

**TUTOR: Lic. M.Sc. Vicente Waldo Aguirre Tarquino**

**Tesis de Grado presentada para optar al título  
de Magister Scientiarum en Salud Pública  
mención Gerencia en Salud**

La Paz – Bolivia  
2023

## ***DEDICATORIA***

A mi amado hijo Matías Andrés Aguilar, por ser la mayor bendición y principal motivación en mi vida.  
A mis adorados padres Jorge Cárdenas Caba y Aurelia Robles de Cárdenas por su amor incondicional, ejemplo y guía permanente.  
A mis queridos hermanos Jorge, Martha, Fernando, Norma y Gloria, y mis sobrinos Marco, Micaela, Hugo, Jorge, Diego, Franco y Samuel por ser parte de mi espectacular y única manada, estar siempre presentes y apoyarme en este desafío en medio de la pandemia de COVID-19.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Dios por siempre estar presente en mi vida y guiar cada uno de mis pasos.

Al Postgrado de la Facultad de Medicina, Enfermería, Nutrición y Tecnología Médica de la Universidad Mayor de San Andrés por su compromiso con la generación de conocimiento y la formación de nuevos líderes, gerentes e investigadores en el país y a los docentes de la Maestría en Salud Pública, mención Gerencia en Salud 2021-2022 por su gran calidad profesional y personal.

Al Lic. M.Sc. Vicente Waldo Aguirre Tarquino, tutor de esta tesis, por sus valiosos comentarios que permitieron enriquecer el resultado final de esta investigación.

Al Dr. Rubén Narváez Gonzales, Lic. Albert Alexander Iturralde Eguez y Lic. Ingemar Roberto Salvatierra, miembros del Tribunal Revisor, por sus importantes aportes y observaciones que permitieron mejorar esta investigación.

## **SIGLAS Y ACRÓNIMOS**

ALC: América Latina y el Caribe

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CAF: Banco de Desarrollo de América Latina, antes Corporación Andina de Fomento

CSEM: Mecanismo de participación de la sociedad civil para la cobertura universal de salud 2030

CV: Coeficiente de Variación

EDAs: Enfermedades Diarreicas Agudas

GBS: Gasto de Bolsillo en Salud

GC: Gasto Catastrófico en Salud

GCS: Gasto Corriente en Salud

IC: Intervalo de Confianza

IISEC: Instituto de Investigaciones Socioeconómicas

INE: Instituto Nacional de Estadística

IRAs: Infecciones Respiratorias Agudas

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible

OECD: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos

OIT: Organización Internacional de Trabajo

OMS/OPS: Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

PIB: Producto Interno Bruto

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

SBS: Seguro Básico de Salud

SIS: Seguro Integral de Salud

SNMN: Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

SP: Seguro Popular

SSSI: Sistema de Seguridad Social Integral

SUS: Sistema Único de Salud

UHC2030: Cobertura Universal para la Salud 2030

UNICEF: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

# ESTIMACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD DE LOS HOGARES EN BOLIVIA ENTRE LOS AÑOS 2013 Y 2021

## Resumen

El gasto de bolsillo en salud es un indicador sensible para el bienestar de la población de cualquier país, y en Bolivia no se cuenta con un análisis detallado al respecto teniendo en cuenta que se enfrentó una pandemia que estuvo directamente relacionada a esta importante variable. Por esta razón es necesario cuantificar el gasto directo en salud de los hogares de Bolivia entre 2013 y 2021, considerando sus principales componentes y caracterizarlo de acuerdo con las variables más importantes que inducen incluso a que un hogar llegue a enfrentar un gasto catastrófico en salud.

**Palabras clave:** gastos de bolsillo en salud, financiamiento de la salud, protección financiera en salud, gasto catastrófico en salud, Bolivia

## Abstract

The out-of-pocket expenditure on health is a sensitive indicator for the well-being of the population of any country. In Bolivia, doesn't exist a detailed analysis in this regard, although the pandemic was directly related to this important variable. For this reason, it is necessary to quantify the direct health expenditure of Bolivian households between 2013 and 2021, considering its main components and characterizing it according to the most important variables that could lead a household to face catastrophic health expenditures.

**Key words:** out-of-pocket health expenditures, health financing, financial health protection, catastrophic health expenditure, Bolivia

## Índice General

Página

1. Introducción .....	1
2. Antecedentes .....	2
3. Justificación .....	5
4. Planteamiento del problema.....	7
4.1. Pregunta de investigación .....	7
5. Marco teórico .....	8
5.1. Marco conceptual.....	8
5.1.1. Gasto de Bolsillo en Salud.....	8
5.1.2. Gasto Catastrófico en Salud.....	8
5.1.3. Gasto Total en Salud .....	9
5.1.4. Protección financiera en salud.....	9
5.1.5. Condición de Pobreza.....	10
5.1.6. Condición étnica del jefe de hogar .....	10
5.1.7. Nivel de educación del jefe de hogar .....	10
5.1.8. Afiliación a un seguro de salud.....	11
5.2. Marco Referencial.....	11
5.2.1. Teorías sobre rol del Estado y las políticas públicas en salud .....	17
5.2.2. Los hogares como Fuente de Financiamiento del Sistema de Salud .....	19
5.2.3. Desigualdades y gasto de bolsillo en salud .....	21
5.2.4. La demanda por salud .....	22
5.3. Marco Legal .....	24
6. Objetivos de la investigación.....	25
6.1. Objetivo General .....	25
6.2. Objetivos específicos .....	25

7. Hipótesis .....	26
8. Diseño metodológico .....	27
8.1. Tipo de investigación .....	27
8.2. Población y muestra .....	27
8.2.1. Unidad de muestreo.....	28
8.3. Variable principal .....	29
8.4. Técnicas de recolección de datos .....	29
8.5. Construcción del gasto de bolsillo en salud.....	31
9. Consideraciones Éticas .....	33
10. Resultados .....	34
10.1. Gasto de Bolsillo en Salud .....	34
10.2. Gasto de Bolsillo en Salud como % del PIB .....	36
10.3. Gasto de Bolsillo en Salud como % del Gasto Corriente en Salud y Gasto per Cápita en Salud: Bolivia y pares regionales seleccionados.....	37
10.4. Componentes del Gasto de Bolsillo en Salud.....	37
10.5. Caracterización del Gasto de Bolsillo en Salud.....	39
10.5.1. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por condición étnica del jefe de hogar.....	39
10.5.2. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por nivel de educación del jefe de hogar.....	40
10.5.3. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por condición de pobreza.....	41
10.5.4. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por área de residencia .....	42
10.5.5. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por departamento .....	44
10.5.6. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por afiliación al Sistema Único de Salud .....	46

10.5.7. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por la cantidad de personas mayores de 60 años en el hogar .....	47
10.6. Cuantificación del porcentaje de Hogares que enfrentaron Gasto Catastrófico en Salud entre 2013 y 2021 .....	48
10.6.1. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por condición étnica del jefe del hogar .....	49
10.6.2. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por educación del jefe del hogar .....	50
10.6.3. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por condición de pobreza .....	51
10.6.4. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por Área de Residencia .....	51
10.6.5. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por departamento .....	52
10.6.6. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por afiliación al SUS .....	53
10.6.7. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por la cantidad de personas mayores de 60 años en el hogar .....	53
11. Discusión .....	55
12. Conclusiones .....	57
13. Recomendaciones .....	60
14. Referencias Bibliográficas .....	61
Anexos .....	65
Anexo 1 – Figuras adicionales .....	65
Anexo 2 – Validación de cuestionarios .....	66
Anexo 3 – Inclusión de un porcentaje de hogares con Gasto de Bolsillo en Salud igual a cero .....	77
Anexo 4 – Metodología del Instituto de Investigaciones Socioeconómicas para el cálculo de gasto de bolsillo en salud, gasto no alimentario y gasto catastrófico en salud .....	79

## Índice de tablas

Página

Tabla 1. Número de hogares por encuesta y hogares que presentaron algún tipo de GBS entre 2013 y 2021.....	27
Tabla 2. Operacionalización de la Variable Principal.....	29
Tabla 3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....	30
Tabla 4. GBS total anual en el periodo 2013-2021.....	34
Tabla 5. Media del GBS anual en el periodo 2013-2021.....	36
Tabla 6. Evolución del GBS total, PIB nominal y ratio GBS/PIB durante el periodo 2013-2021.....	36
Tabla 7. Evolución del GBS/GCS y GBS/N de países seleccionados durante el periodo 2013-2019.....	37
Tabla 8. Evolución de la media del GBS por condición étnica del jefe de hogar durante el periodo 2013-2019.....	39
Tabla 9. Evolución de la media del GBS por condición étnica del jefe de hogar durante el periodo 2013-2019.....	40
Tabla 10. Evolución de la media del GBS por condición de pobreza durante el periodo 2013-2019.....	42
Tabla 11. Evolución de la media del GBS por área durante el periodo 2013-2019.....	43
Tabla 12. Evolución de la media del GBS por departamento durante el periodo 2013-2019.....	44
Tabla 13. Evolución de la relación GBS con relación al ingreso del hogar por departamento durante el periodo 2013-2019.....	45
Tabla 14. Representatividad del total del GBS por departamentos.....	46
Tabla 15. Media del GBS por inscripción a seguro.....	46
Tabla 16. Evolución de la media del GBS por la cantidad de personas mayores en el hogar durante el periodo 2013-2019.....	47
Tabla 17. Porcentaje de hogares con GC por departamento.....	52
Tabla 18. Número de hogares por encuesta y hogares con GBS iguales a 0 incluidos en el análisis entre 2013 y 2021.....	77

Tabla 19. Media ajustada del GBS anual en el periodo 2013-2021. ....78

## Índice de Figuras

Figura 1. Principales razones declaradas por los hogares para no acceder a la atención de salud cuando es necesario (10) .....	5
Figura 2. Dificultades económicas provocadas por los gastos directos en atención de salud (10) .....	19
Figura 3. Flujo del financiamiento del sistema de salud en Bolivia – Ministerio de Salud y Deportes 2021. ....	21
Figura 4. La decisión de la demanda por salud de un individuo .....	23
Figura 5. GBS total anual, diferenciando con y sin COVID-19 en 2021. ....	35
Figura 6. Evolución del total de los componentes del GBS en el periodo 2013-2021. ....	38
Figura 7. Evolución del GBS anual de los componentes del GBS en el periodo 2013-2021.....	38
Figura 8. Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por condición étnica del jefe de hogar en el periodo 2013-2021.....	36
Figura 9. Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por nivel de educación del jefe de hogar en el periodo 2013-2021.....	37
Figura 10. Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por pobreza en el periodo 2013-2021.....	38
Figura 11. Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por área en el periodo 2013-2021 .....	39
Figura 12. Media de GBS en Salud 2021 .....	40
Figura 13. Relación GBS/ingreso total del hogar por si al menos alguien está asegurado al SUS durante 2021. ....	47
Figura 14. Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por cantidad de personas mayores en el hogar durante el periodo 2013-2021.....	44
Figura 15. Evolución del porcentaje de hogares con GC por condición étnica del jefe de hogar en el periodo 2013-2021.....	46
Figura 16. Evolución del porcentaje de hogares con GC por nivel de	

educación del jefe de hogar en el periodo 2013-2021 .....	47
Figura 17. Evolución del porcentaje de hogares con GC por pobreza en el periodo 2013-2021.....	51
Figura 18. Evolución del porcentaje de hogares con GC por área en el periodo 2013-2021.....	52
Figura 19. Porcentaje de hogares con GC por si al menos alguien estuvo inscrito al SUS en 2021. ....	53
Figura 20. Evolución del porcentaje de hogares con GC por la cantidad de personas mayores dentro del hogar durante el periodo 2013-2021. a.....	54
Figura 21. Composición del GBS total anual del año 2021 .....	65
Figura 22. Media de los componentes del GBS anual del año 2021 .....	65

## **1. Introducción**

Desde el año 1996, las políticas públicas en salud implementadas en Bolivia incrementaron el gasto público a medida que el acceso de la población aumentaba. De esta manera, se tuvo como resultado la ampliación gradual de la población beneficiaria que no se encontraba cubierta por la seguridad social de corto plazo. Los grupos priorizados recibieron atenciones gratuitas en salud, análisis de laboratorio y medicamentos.

El gasto del gobierno general en salud permite mejorar la cobertura de beneficiarios e incluir a la población que no cuenta con los recursos necesarios para adquirir los servicios de salud. Asimismo, se resguarda la salud de la población en general y al mismo tiempo su bienestar. Estos aspectos impactan directamente en el Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) del hogar y los individuos que lo componen. Niveles elevados de GBS afectan directamente el presupuesto del hogar. Cuando estos gastos sobrepasan determinados umbrales se los conoce como gasto catastrófico en salud debido a que este tipo de gasto puede conducir a la pobreza de un porcentaje de los hogares.

Determinar la situación del GBS y el gasto catastrófico en salud de los hogares bolivianos resulta apremiante luego de la aparición de la pandemia de COVID-19 puesto que no se cuenta con estudios sobre esta problemática en el país. Por consiguiente, la presente investigación tiene por objetivo central la cuantificación del GBS y sus componentes en Bolivia entre 2013 y 2021. De igual manera, se estimará el porcentaje de hogares bolivianos que incurren en gasto catastrófico en salud en dicho período.

## 2. Antecedentes

Existen varios factores que presionan a los gobiernos a tener un mayor presupuesto para destinarlo al sector salud. Entre ellos se encuentran el envejecimiento de la población y la cada vez mayor incidencia de enfermedades crónicas en la región (1). En el caso boliviano, se implementaron distintos planes y programas con el objetivo de pagar una deuda social importante luego de un periodo de dictaduras y una profunda crisis económica en los años ochenta.

En 1996 se creó el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el cual brindaba prestaciones básicas para mujeres embarazadas. En 1998, dichas prestaciones se ampliaron con el Seguro Básico de Salud (SBS). El decreto supremo N.º 25265 establecía que todos los niños menores a 5 años tenían derecho a acceder a servicios de forma promocional, preventiva y curativa en: i) atención del recién nacido, ii) promoción de la nutrición y desarrollo infantil, iii) atención de enfermedades infecciosas (EDAs, IRAs, sepsis y meningitis) y iv) prevención de enfermedades mediante la vacunación (2). Las mujeres embarazadas podían recibir atención de forma promocional, preventiva y curativa en sus controles prenatales, prevención de complicaciones en el embarazo, transporte de emergencia obstétrica, información sobre parto institucional, atención en el parto y controles postparto<sup>1</sup>.

En el marco del Programa Multisectorial Desnutrición Cero, en 2009 se estableció el Bono Juana Azurduy como una de las políticas para la erradicación de la extrema pobreza. Su objetivo fue incentivar a la maternidad segura y al desarrollo integral de la población menor de 2 años para lograr disminuir la tasa de mortalidad materno-infantil y la desnutrición crónica de los niños y niñas. Por medio de este programa se otorgaron transferencias en efectivo a cambio del cumplimiento de acciones en salud. Actualmente se otorga Bs.50 por cada

---

<sup>1</sup> El decreto fue extraído de la siguiente dirección:  
<http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/25265>

control prenatal cumplido (máximo 4 controles), Bs. 120 por el parto atendido en conjunto con un control posnatal y Bs.125 por cada control bimestral al crecimiento del niño o niña hasta los 2 años de edad<sup>2</sup> (3).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) lanzados mundialmente por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entraron en vigor en enero de 2016 con el objetivo de hacer seguimiento a lo que se planteó en la Agenda para el Desarrollo Sostenible denominada Agenda 2030. En dicha agenda se estableció movilizar los recursos de 193 naciones para:

“erradicar el hambre y lograr la seguridad alimentaria; garantizar una vida sana y una educación de calidad; lograr la igualdad de género; asegurar el acceso al agua y la energía; promover el crecimiento económico sostenido; adoptar medidas urgentes contra el cambio climático; promover la paz y facilitar el acceso a la justicia” (4)

Por otra parte, la Organización Internacional de Trabajo (OIT) propuso la siguiente clasificación de los sistemas de salud en función del aseguramiento y características del sistema: sistemas sin seguros contributivos, característico de Brasil; sistemas con seguro único que combinan financiamiento contributivo y rentas generales como el de Costa Rica; sistemas con reformas avanzadas para eliminar la fragmentación como es el caso de Uruguay y Colombia; sistemas con reformas tendientes a reducir brechas en los que se encuentran Perú, Bolivia y Ecuador; sistemas que consolidaron la fragmentación como es el caso de Chile y sistemas divergentes como el de Argentina (5).

En este sentido, la Ley N°1152 denominada de avance hacia un Sistema Único de Salud (SUS), Universal y Gratuito es promulgada en febrero de 2019 con el objeto modificar la Ley N°475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del

---

<sup>2</sup> El decreto fue extraído de la siguiente dirección:  
[http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis\\_gob/27476](http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/27476)

Estado Plurinacional de Bolivia del 30 de diciembre de 2013. Esta política permitió la ampliación de la población beneficiaria que no se encontraba cubierta por la seguridad social de corto plazo, para que reciba atenciones gratuitas de salud por medio del Sistema Único de Salud (6). En otras palabras, los usuarios del sistema público de salud no deberían seguir realizando GBS para pagar por atenciones de salud, análisis de laboratorio y medicamentos, ya que los mismos serían cubiertos por gasto público.

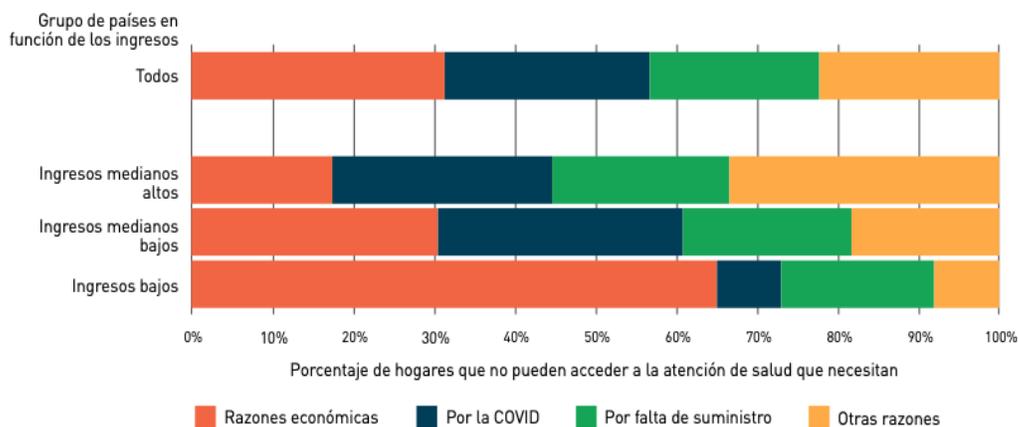
De acuerdo con Agafitei (2022), el SUS incrementó el porcentaje de personas que acudieron a un establecimiento de salud (del 50% entre 2016 y 2018 a 62% en 2019). Sin embargo, el acceso a los servicios de salud aún enfrenta distintos desafíos en torno a la universalidad efectiva y la calidad. En relación con el porcentaje del GBS respecto al gasto corriente en salud, se tuvo un incremento de 22 a 24% entre 2018 y 2019. La última estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para el año 2020 fue del 20%. Es importante mencionar que el umbral recomendado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para este indicador es del 20%, por lo tanto, el año del inicio de la pandemia COVID-19, el país logró alcanzar el límite recomendado.

El Estado Plurinacional de Bolivia es signatario de varios acuerdos internacionales de derechos humanos y se ha comprometido con el cumplimiento de dichos acuerdos que tienen fuerza normativa similar a las normas constitucionales y es exigible que las leyes ordinarias se ajusten a esos compromisos. En decir que, en ese marco, el Estado debe adaptar las normas de inferior jerarquía del orden jurídico interno (leyes ordinarias, decretos, reglamentaciones, resoluciones, etc.). Por estas razones, las políticas públicas deben estar acordes con las normas constitucionales y con el diseño de políticas bajo un enfoque de derechos humanos. Esto implica que se debe escoger y aplicar la regulación que sea más favorable a la vigencia de los derechos humanos.

### 3. Justificación

La OMS sostiene que el GBS de los hogares es un indicador de la protección financiera. Cuando el gasto que realizan directamente los hogares representa más del 40% de su gasto no alimentario, significa que los hogares están financiando sus gastos en salud con un importante porcentaje de sus ingresos, pudiendo ser estos empobrecedores para las familias que los enfrentan y afectando su bienestar (7). Asimismo, “un elevado GBS puede tener consecuencias en extremo negativas para el bienestar financiero y social de los hogares, sumiéndolos en algunos casos en la pobreza” (3 p.144).

Los resultados de la encuesta de alta frecuencia realizada por el Banco Mundial publicados en 2022 muestran las razones por las que los hogares declararon no poder acceder a los servicios de atención médica cuando lo necesitaban. Los obstáculos económicos fueron el motivo más importante para renunciar a la atención de salud, con un 31% para todos los países. En los países de ingresos bajos, el porcentaje fue mucho más alto, ya que el 64% de los hogares identificaron no tener acceso a los servicios por razones económicas(9), como se puede en la Figura 1 a continuación:



**Figura 1.** Principales razones declaradas por los hogares para no acceder a la atención de salud cuando es necesario (10)

En relación a la incidencia mundial de los gastos catastróficos en salud equivalentes al 10% o más del GBS respecto a los ingresos del hogar, se estimó que el porcentaje fue del 9,7% en el año 2000 y pasó a 11,7% en 2010, lo que equivale a que 808 millones de personas tuvieron gastos catastróficos en dicho año (11).

En la medida que el gasto público se incrementa, como en este caso con la implementación de la Ley N°475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral en 2013 y del Sistema Único de Salud en 2019, los hogares reducen el gasto de su bolsillo en salud y pueden destinar esos recursos a mejores usos alternativos. Por lo tanto, resulta importante investigar cómo estas políticas públicas afectaron la magnitud del gasto en salud de los hogares de Bolivia entre 2013 y 2021.

## **4. Planteamiento del problema**

La proporción de la población con GBS superior al 10% del presupuesto familiar aumentó de 9,4% a 12,7% a nivel global entre 2000 y 2015. Es decir que la protección financiera se deterioró antes de la pandemia. Mejorar estas cifras resulta apremiante, ya que, al mismo tiempo se contribuye al progreso social y económico (9). En promedio, los gobiernos se hacen cargo del 51% del gasto en salud de un país, mientras que más del 35% de dicho gasto en salud es realizado mediante pagos directos de los hogares. Una consecuencia directa de ello es que cada año alrededor de 100 millones de personas se ven sumidas en una condición de pobreza extrema, a nivel mundial (12).

En Bolivia, si se consideran las fuentes de financiamiento del sistema de salud, un 28% del gasto corriente en salud en 2016 fue cubierto por las personas que tuvieron que pagar directamente por la atención médica recibida en los servicios de salud<sup>3</sup>.

No obstante lo mencionado, no se cuenta con investigaciones relacionadas con el gasto de bolsillo en salud y el gasto catastrófico en salud en Bolivia. En ese sentido y dada la importancia para la evaluación de políticas públicas relacionadas con la salud, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

### **4.1. Pregunta de investigación**

- ¿Cuál ha sido la magnitud de los gastos de bolsillo en salud de los hogares en Bolivia entre los años 2013 y 2021?

---

<sup>3</sup> Ministerio de Salud y Deportes. Informe Cuentas de Salud 2017. OPS/OMS y Ministerio de Salud y Deportes 2021. Documento no publicado.

## **5. Marco teórico**

### **5.1. Marco conceptual**

#### **5.1.1. Gasto de Bolsillo en Salud**

El gasto de bolsillo en salud se define como el gasto en cuidados de la salud que realizan los integrantes del hogar. En otras palabras, el gasto de bolsillo en salud “se refiere a los pagos efectuados para costear directamente la atención de la salud” (3 p.142), los cuales engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud, se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos, procedimientos terapéuticos, servicios de diagnósticos y facturas de hospital<sup>4</sup> (13).

El gasto de bolsillo en salud en el hogar en relación con su presupuesto familiar es una medida de protección financiera. Si esta relación es baja, las familias se encuentran en la facultad de satisfacer su consumo de subsistencia sin ningún inconveniente. Por el contrario, si el gasto de bolsillo en relación con su presupuesto familiar es alto, significa que la población que se encuentra al límite de la línea de pobreza, pudiendo caer en la misma y enfrentar dificultades económicas.

#### **5.1.2. Gasto Catastrófico en Salud**

Cuando se presenta un elevado gasto de bolsillo en salud, este se convierte en un gasto catastrófico en salud debido a que “la población financia de forma directa una parte sustancial de la atención médica cuando la necesita, lo que a su vez puede sumirla en la pobreza” (3 p.144). En la literatura, existen diferentes umbrales para considerar un gasto catastrófico en salud de acuerdo con las características del país o grupos de países que se analizan, sin embargo, uno

---

<sup>4</sup> Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial y tampoco los pagos realizados por un seguro (13).

ampliamente reconocido a nivel hogar es cuando el total del gasto de bolsillo en salud equivale o excede el 40% de la capacidad total de pago (14). La capacidad de pago es definida como el ingreso efectivo (gasto en consumo del hogar) restante, luego de que las necesidades de subsistencia hayan sido cubiertas (15).

### **5.1.3. Gasto Total en Salud**

Por otro lado, el gasto en salud en una nación se define como un conjunto de información financiera que permite dar seguimiento a los recursos tanto públicos como privados, que se invierten y se consumen en la prevención, promoción y prestación de los servicios de salud, en un año determinado. Su principal utilidad radica en que es una herramienta para la toma de decisiones, el análisis y la generación de políticas de salud, si se la realiza de manera continua y con la mayor desagregación que la información disponible lo permita. Es un instrumento de planificación, puesto que los resultados obtenidos promueven una negociación de recursos entre diferentes niveles de gobierno y contribuyen a lograr una asignación más eficiente de los recursos.

### **5.1.4. Protección financiera en salud**

Un sistema de salud que ofrece protección financiera es aquel donde sus beneficiarios no deberían enfrentar por su cuenta un alto GBS o GC en salud. En este sistema de salud todos los habitantes deberían contribuir de acuerdo con su capacidad de pago. El tamaño relativo del gasto público y privado en salud, sobre todo el componente de GBS determina el grado de protección financiera y la posibilidad de acceder a los servicios (10). Asimismo, el GBS representa una carga hacia la población que padece enfermedades. Mientras más alto sea este gasto, una mayor proporción de personas se encuentran privadas de estos servicios.

### **5.1.5. Condición de Pobreza**

La definición de pobreza ha sido ampliamente estudiada debido a que es “un fenómeno con múltiples causas, consecuencias y manifestaciones, que abarca aspectos de índole diversa de las personas, que son casi imposibles de recoger en una sola definición” (16 p.14). De esta manera, se tienen distintos enfoques para definir este concepto, entre estos, el enfoque de pobreza como insuficiencia de ingresos menciona que “una persona es pobre si el ingreso del hogar en que reside está por debajo de un determinado umbral monetario” (16 p.15). Dicho enfoque parte de la teoría del consumo donde “el dinero se considera como un indicador sintético de bienestar por su poder de compra que permite satisfacer una canasta básica de bienes y servicios dando paso a lo que se entiende por pobreza medida por ingresos o por línea” (17).

### **5.1.6. Condición étnica del jefe de hogar**

Según el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), “se denominan Naciones o Pueblos Indígenas Originarios Campesinos (NPIOC) a aquel conjunto de personas que descienden de poblaciones asentadas con anterioridad a la conquista y que se encuentran dentro de las actuales fronteras del territorio boliviano”<sup>5</sup>. A partir de dicha definición, el INE recaba información para definir si una persona (en este caso el jefe de hogar) pertenece o no a un pueblo indígena y, por lo tanto, se considera como indígena en la investigación. De acuerdo con la información disponible, también se aproxima si una persona es indígena con relación al primer idioma que declara haber aprendido.

### **5.1.7. Nivel de educación del jefe de hogar**

El nivel de educación y sus diferentes categorías son calculadas a través del número de años de educación que tuvo el jefe de hogar hasta el momento de la

---

<sup>5</sup> [https://anda.ine.gob.bo/index.php/catalog/93/variable/F16/V1618?name=s01a\\_09](https://anda.ine.gob.bo/index.php/catalog/93/variable/F16/V1618?name=s01a_09)

encuesta. La variable se encuentra calculada por el INE y a partir de ella, se realizan las categorías correspondientes al nivel de educación alcanzado.

#### **5.1.8. Afiliación a un seguro de salud**

En la presente investigación se analizó particularmente si al menos un miembro del hogar se encuentra asegurado por los seguros de interés propuestos en la encuesta de hogares. Esta información es recolectada precisamente por la pregunta “¿Está (...) registrada/o o afiliada/o a alguno de los siguientes seguros de salud:” siendo la opción analizada la que menciona: “Sistema Único de Salud (SUS) - Ley 1152 (Antes prestaciones del Servicio de Salud Integral -Ley 475, SUMI y SSPAM)”.

### **5.2. Marco Referencial**

Al revisar las estimaciones realizadas del gasto de bolsillo en los distintos países de la región (Perú, Chile, México, Paraguay, Colombia, etc.) se puede observar que los estudios están relacionados principalmente con la medición de las cuentas de salud y se puede tomar como referencia varios documentos destinados a medir el GBS y el gasto catastrófico en salud en relación con el gasto total del hogar. Asimismo, se investigan los diferentes programas y seguros de acuerdo con cada país de estudio y se evidencia el efecto que tuvieron estos en el acceso/uso de servicios públicos en materia de salud.

Como lo mencionan Sáenz y Guzmán (2021), el Seguro Popular (SP) ha sido ampliamente estudiado en México por sus posibles efectos en el gasto en salud de su población afiliada. A través de su revisión de literatura se concluyó que el esquema del SP logró proteger a sus afiliados financieramente, no obstante, se presentó un efecto heterogéneo entre los beneficiarios del programa, esto debido a las características “sociodemográficas de los hogares y al tipo de gasto en salud, pues este se asocia al tipo de servicio requerido por los individuos (consulta, hospitalización, estudios de laboratorio, etc.)” (11 p.74).

Para este documento, se optó por definir un umbral del 10% para considerar que un gasto es catastrófico en relación con los ingresos del hogar por dos motivos: el primero se sustenta en el destino de las remesas y transferencias gubernamentales y el segundo por el comportamiento de los hogares al percibir mayores ingresos. Por medio de un modelo Probit bivariado o Biprobit, los autores hallaron que, a pesar de la utilización de servicios públicos en salud, se presentan gastos catastróficos. Este efecto se explica por la heterogeneidad en cuanto a la capacidad y calidad de los mismos.

Con el objetivo de evaluar la protección financiera del aseguramiento público en México, Rodríguez y Rivera encontraron que los factores más influyentes para presentar gastos elevados en salud fueron la afiliación a un seguro, el gasto en hospitalización, la condición rural, estar debajo de la línea de pobreza alimentaria y la presencia de enfermedades crónicas. Los autores concluyeron que si bien es necesario incrementar la cobertura del aseguramiento público, se debe evaluar un posible efecto de sustitución de demanda en salud ya que los hogares pueden destinar sus ingresos a rubros de salud no cubiertos por los seguros.

Por otro lado, al realizar el análisis del gasto de los hogares con personas mayores de 65 años de México entre 2008-2012 se concluye que el porcentaje de hogares con personas en este rango de edad con gastos catastróficos en salud es del 4,2% en comparación con el resto de los hogares que es igual a 1.7%. Como parte de la estimación de los factores explicativos se destaca el efecto de las características relacionadas la presencia de discapacidad en los integrantes del hogar. Por el contrario, la afiliación a servicios de salud reduce significativamente los gastos catastróficos. Estos resultados muestran la necesidad de diseñar medidas y acciones de política que puedan brindar protección social en salud efectiva a grupos de personas mayores vulnerables (18).

En el caso colombiano, se analizó el Sistema de Seguridad Social Integral (SSSI) y se identificó que si bien existe un porcentaje de hogares que se encontraban afiliados al SSSI y a la vez presentaban gastos catastróficos, el porcentaje era bajo en comparación con la cantidad de hogares no asegurados que tienen gastos catastróficos en salud (7). No obstante, los autores no hallaron evidencia suficiente para rechazar la hipótesis que establece que los hogares de bajos ingresos que no tienen seguro médico tienen más probabilidades de tener gastos de salud catastróficos que los hogares de ingresos más altos con seguro médico. Cabe mencionar que se volvió a utilizar un 40% para definir gastos catastróficos en el hogar, siendo la misma la medida propuesta por la OMS en 2005.

El Perú implementó el Seguro Integral de Salud (SIS) en 2010 y al realizar el análisis de su impacto en el GBS de los hogares peruanos entre 2010 y 2014 se concluyó que el insuficiente financiamiento de dicho seguro es una de las causas del GBS que siguen realizando sus afiliados, lo que debería ser analizado por autoridades del más alto nivel sobre el papel que tiene el SIS como fondo financiador y propulsar una profunda reforma financiera, tanto para aumentar el financiamiento, como para mejorar su organización y su transparencia (19).

Volviendo a analizar el SIS, pero esta vez sólo tomando en cuenta el gasto en medicamentos e insumos en el periodo 2007 y 2016, Hernández et al. (2020) calcularon que la población asegurada fue la que presentó los menores GBS, sin embargo, el nivel de gasto de dicha población si tuvo un aumento significativo en el periodo de estudio, mostrando que el seguro “podría no estarse logrando el fin de protección financiera” (p5). Para 2016, se evidenció que los grupos de edad menores a 5 años y mayores a 60 años son los que presentaron mayores niveles de GBS.

En un análisis más especializado en comparar los distintos niveles de GBS existentes en poblaciones con ciertas características en Paraguay, se estudiaron las diferencias en el gasto por contar con niños menores a 5 años y que a la vez

hayan padecido algún tipo de enfermedad, todo esto desagregado por condición de pobreza. De esta manera, se estimó que la incidencia del GBS en los hogares con menores a 5 años enfermos fue más de doble en familias pobres en comparación a las no pobres (20). Si se toma en cuenta el programa Tekoporá (programa de transferencia monetaria), el GBS representa un 54,6% del apoyo a poblaciones vulnerables. Por su parte, Giménez et al. (2018) vislumbraron que las características socioeconómicas del hogar, nivel de ingreso, tipo de empleo, educación, tenencia de seguro y la edad de sus miembros, entre otros, son determinantes en el GBS y por ende en la utilización de servicios de salud<sup>6</sup> en Paraguay.

Entre los autores más influyentes en esta temática se encuentra Ke Xu, tomando en cuenta una muestra de 59 países y un umbral del 40% para determinar gastos catastróficos, se halló que los servicios de salud privados, una capacidad de pago limitada y la inexistencia de un seguro médico fueron los causantes de que se presentaron gastos catastróficos. Además, se presentaron mayores GBS en países con un ingreso bajo, siendo su principal estilo de financiamiento (15).

Como en el anterior caso, Sirag y Mohamed (2021) también analizaron grupos de países, pero esta vez la muestra fue de 145 países (incluyendo Bolivia) dentro de una ventana de análisis 17 años (2000-2017). Se encontró que cuando la representatividad del GBS no supera el 29% de la capacidad de pago del hogar, no se tiene una diferencia significativa en la pobreza, en cambio, pasado este umbral, el incremento en 1% del GBS eleva la cantidad de personas pobres en 1,8%. Otro hallazgo importante fue la influencia del GBS respecto al gasto total en salud de una nación y la pobreza. En países donde esta relación fue alta, se tuvieron mayores niveles de pobreza.

---

<sup>6</sup> Cabe mencionar que los autores utilizaron umbrales del 10%, 20%, 30% y 40% para realizar sus cálculos en torno al gasto catastrófico.

Además de los documentos mencionados anteriormente para América Latina, existen otros representativos que analizaron los determinantes del GC, se tiene a Proaño y Bernabé (Perú) Alvis-Zakzuk y otros (Colombia) y Díaz-González y Ramírez-García (México). Los primeros autores obtuvieron que los hogares más pobres, rurales, más pequeños, aquellos con adultos mayores y miembros con enfermedades crónicas son más vulnerables a enfrentar un GC. Por otro lado, los GBS por pruebas médicas, cirugías y medicamentos representan la mayor carga financiera, mientras que los de cuidado infantil y de maternidad no representaron carga financiera representativa para los hogares peruanos (21).

Por su parte, en Colombia se encontró que, en los hogares pertenecientes a estratos socioeconómicos más bajos, el GBS tiene una mayor representación en comparación a su capacidad de pago. Asimismo, el hecho de que el jefe de hogar se encuentre ocupado tiene una relación inversa con la probabilidad de presentar un GC y la presencia de menores de 5 años en el hogar tiene una relación positiva. Este último punto se explica debido a que en “la infancia los niños se ven expuestos a una serie de microorganismos que eventualmente desarrollaran su sistema inmunológico” (20 p.597).

El documento de Díaz-González y Ramírez-García se destaca por realizar dos tipos de análisis: el primero tomó en cuenta a todos los hogares de su muestra y el segundo filtró a los hogares por el hecho de haber registrado un gasto en salud. Los autores mencionaron que los resultados entre ambos análisis variaron en algunos signos entre la variable dependiente y las variables independientes. Sin embargo, “el principal resultado es que, como era de esperarse, la condición de aseguramiento es clave para disminuir la probabilidad de que una familia incurra en gastos catastróficos” (21 p.81).

La estimación del GBS por enfermedades crónicas resulta vital para focalizar las políticas en materia de salud, a pesar de la dificultad de su cálculo debido a que

solo recientemente se tiene información tan desagregada<sup>7</sup>. De acuerdo con la OMS (2020), en los países con ingresos bajos son las infecciones infecciosas las que representan la mitad del gasto total en salud. Para los países catalogados como de ingresos medios (como Bolivia), las mismas tienen una representatividad del 30%. Por su parte, las enfermedades no transmisibles tuvieron una participación del 30% y 13% en países de ingresos bajos y medios respectivamente.

En relación con los gastos referidos a síntomas generales (fiebre, dolor, etc.) que no son necesariamente vinculados a alguna enfermedad, por ejemplo, los que se manifiestan por síntomas, signos, hallazgos clínicos, de laboratorio anormales, factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios de salud (24), estos tuvieron una menor representación en países de ingreso bajo (14%), en cambio, para los de ingreso medio fue del 21%. Al ser estos síntomas “soportables” y que no conducen al fallecimiento cuando comienzan, son evitados en el GBS para poblaciones con menor ingreso, mostrando un estado de salud posiblemente deteriorado para los mismos.

Es claro que la pandemia de COVID-19 presionó los sistemas de salud, pues interrumpió los servicios de salud de rutina, y en muchos países, la utilización de los servicios disminuyó, posiblemente debido a la reducción del horario de atención o al cierre de los establecimientos de salud durante la pandemia o al temor de los pacientes a contraer COVID-19 (25). Es por esto que el GBS cayó entre 2019 y 2020 pese a que entre 2018 y 2019 se tuvieron incrementos. El GBS per cápita decreció en términos reales en más de la mitad de los países, diferenciando por grupos, el mismo disminuyó en 2%, 1,8% y 5,2% en países con ingresos bajos y medianos bajos, ingresos medianos y altos e ingresos altos, respectivamente. La asequibilidad de los servicios para los hogares sumado a la

---

<sup>7</sup> Las estimaciones se realizaron a partir de 17 países con ingresos bajos y 23 con ingresos medios.

recesión económica podría haber llevado a renunciar a los servicios de salud por motivos financieros (25).

### **5.2.1. Teorías sobre rol del Estado y las políticas públicas en salud**

La salud es un derecho y está compuesta por distintas dimensiones: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y adaptabilidad (26). Además, la cobertura universal de salud es una meta mundial basada en el derecho humano fundamental a la salud donde todas las personas deberían tener el derecho a acceder a los servicios de salud que necesitan, sin tener que afrontar dificultades económicas (27,28).

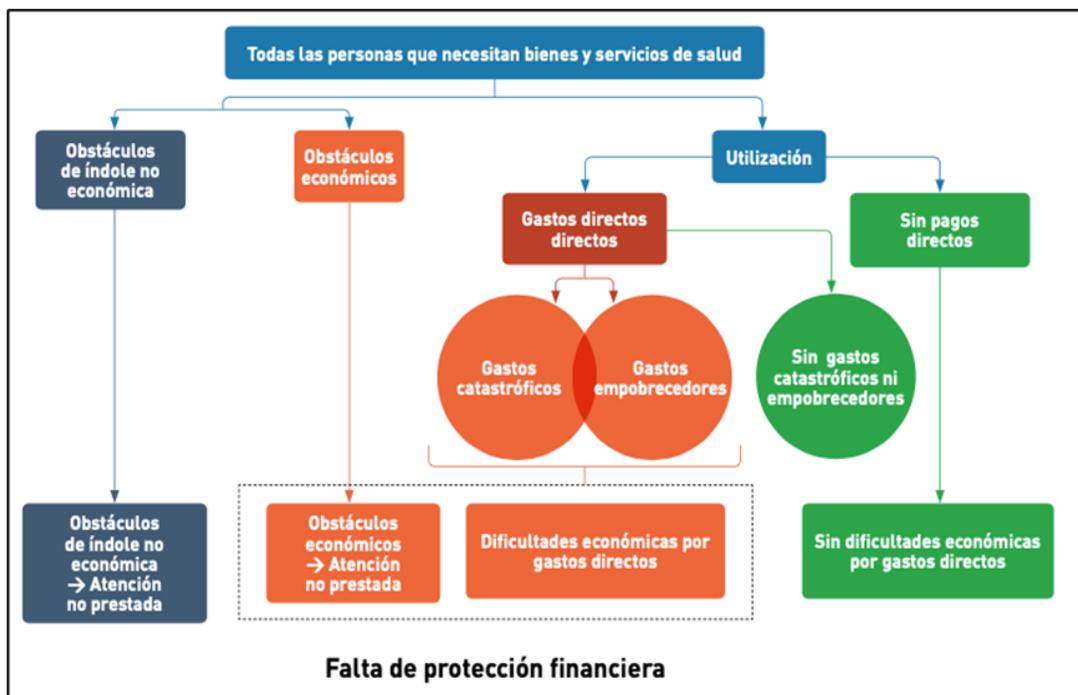
Por otro lado, es claro que las políticas públicas están relacionadas con el accionar estatal que impacta sobre un campo de acción, es decir sobre un aspecto de la realidad en el cual el Estado se propone incidir (impactar en el ámbito social). De esta manera, al describir las características propias de la salud y el sector salud en conjunto con sus implicaciones de política, resulta poco aconsejable el favorecer soluciones de mercado en la toma de decisiones de política en los sectores sociales, ya que las fallas de mercado imposibilitan el uso de este mecanismo. Por consiguiente, se debe reconocer al Estado como garante del acceso a los bienes y servicios que cubran necesidades fundamentales de la población (29).

El análisis de las políticas públicas se va construyendo en base a distintos enfoques. Uno de estos proviene de especialistas que querían ayudar a los tomadores de decisiones en aspectos relacionados con la elaboración e implementación de políticas públicas que sean efectivas. Se quería tener una metodología a seguir para lograr el “buen gobierno”. Esta corriente se conoció como ciencia política (policy science en inglés). Otro enfoque corresponde al que fue desarrollado por economistas que se apoyaron en métodos cuantitativos y con un marcado sesgo marxista ortodoxo, orientaron sus análisis a la búsqueda de explicaciones o causas económicas para los factores sociales y políticos.

La teoría pluralista del Estado tiene por objeto de estudio la conducta política de los individuos y de los grupos de influencia que influyen y son parte de la toma de decisiones por parte de los gobiernos. Las relaciones que se establecen entre los ciudadanos, los representantes y los funcionarios, forman el nivel empírico y es tema de estudio los hechos políticos que resultan de estas interacciones (30). Por otro lado, la creación y desarrollo de los sistemas de salud en la región de las América se vincula con la evolución de los regímenes de protección social en el contexto del Estado benefactor, que surgieron en el mundo occidental desde comienzos del siglo XX, y alcanzaron su máxima expansión durante el período posterior a la Segunda Guerra Mundial.

La cobertura sanitaria universal se refiere a la situación en la que todas las personas puedan acceder a la gama completa de servicios de salud de calidad, cuando y donde los necesiten, sin sufrir dificultades económicas (30). De igual manera, dentro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, la meta 3.8 menciona el alcanzar la cobertura universal con miras al año 2030, punto que se ha estado avanzando en el último tiempo. De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la región de las Américas se ha unido de una manera sin precedentes y ha desempeñado su papel de pionera y líder mundial en la salud pública.

La protección financiera constituye un elemento central de la cobertura sanitaria universal y representa una de las metas finales de cobertura del sistema de salud. Asimismo, dicha protección financiera se logra cuando no hay obstáculos económicos al acceso; y cuando los gastos directos en atención de salud que los usuarios deben costear para recibir atención de salud no generan dificultades económicas, lo cual se observa en el flujo descrito en verde en la Figura 2 a continuación.



**Figura 2.** Dificultades económicas provocadas por los gastos directos en atención de salud (10)

El grado de desigualdad en los gastos catastróficos depende de si los gastos están relacionados con el consumo o con los ingresos de los hogares: la incidencia de los gastos catastróficos tiende a ser mayor entre los pobres cuando dichos pobres se definen en términos de ingresos, y menor entre los pobres cuando los pobres se definen en términos de consumo.

La función del Estado de proteger a las personas de las consecuencias económicas que puede tener el pago de los servicios de salud reduce el riesgo de que se empobrezcan como consecuencia de una enfermedad inesperada que exija la utilización de los ahorros de toda una vida, la venta de bienes o el recurso a préstamos, que pueden destruir su futuro y, con frecuencia, el de sus hijos (31).

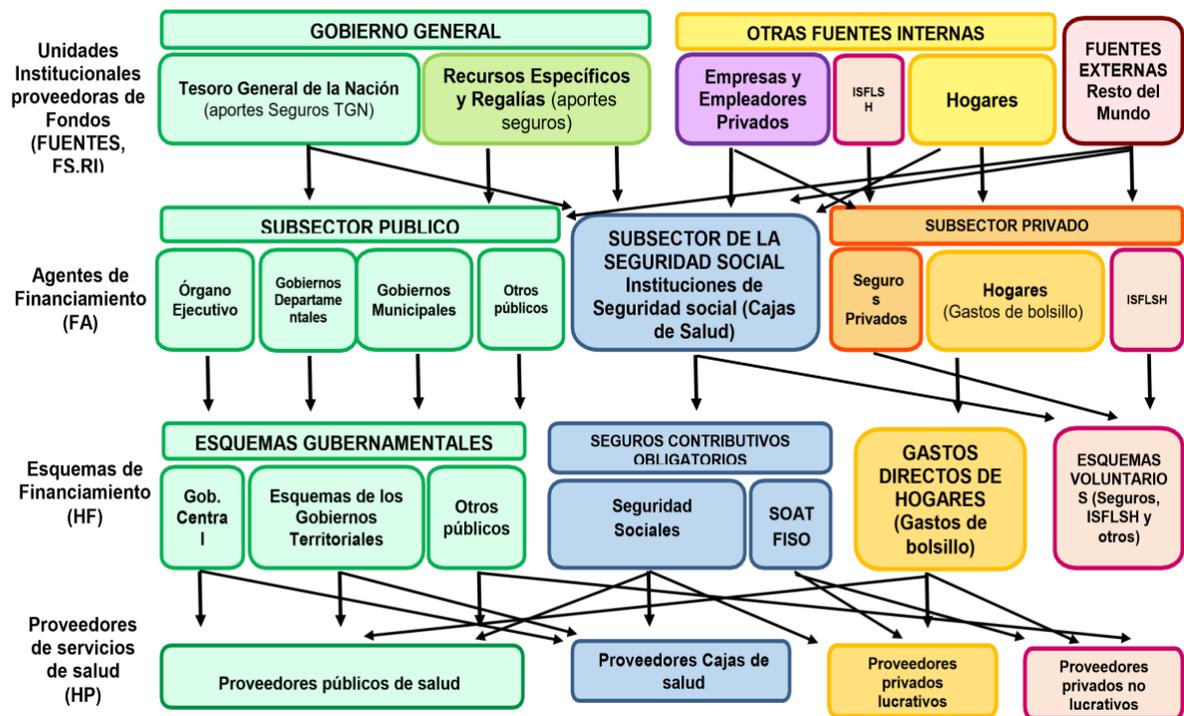
### 5.2.2. Los hogares como Fuente de Financiamiento del Sistema de Salud

Los agentes de financiamiento en salud mancomunan los recursos provenientes de las diferentes fuentes de financiamiento y son encargados de la función de asignación de recursos en salud.

En la Figura 3 del flujo del financiamiento del sistema de salud que se presenta a continuación, se describen en la parte superior las instituciones proveedoras de fondos, luego se encuentran los administradores de recursos o agentes de financiamiento, los esquemas de financiamiento y en la parte inferior se incluyen los proveedores de servicios de salud. Como se puede ver, los hogares constituyen una unidad proveedora de fondos y un agente importante de financiamiento que realiza los gastos directos de bolsillo.

Sin embargo, el problema de la recaudación directa a los usuarios está relacionado con su alta regresividad y en las dificultades para establecer mecanismos de exención a los más carenciados (32).

En Bolivia, los recursos provenientes de las distintas fuentes de financiamiento destinados al sector salud, se ejecutan a través de tres subsectores: el subsector público que ejecuta recursos, principalmente a través del órgano ejecutivo del estado plurinacional, de los gobiernos autónomos departamentales y de los gobiernos autónomos municipales. El subsector de la seguridad social y el subsector privado ejecuta el restante gasto corriente en salud, principalmente a través de los gastos de los hogares.



**Figura 3.** Flujo del financiamiento del sistema de salud en Bolivia – Ministerio de Salud y Deportes 2021. Elaboración propia.

### 5.2.3. Desigualdades y gasto de bolsillo en salud

América Latina y el Caribe (ALC) es una de las regiones con mayor desigualdad en el mundo (33). Aunque en las últimas décadas se han logrado importantes progresos en el ámbito económico y social, persiste el desafío de lograr una mejor distribución del ingreso, de la riqueza, así como de las oportunidades educativas y laborales a las cuales pueden acceder los latinoamericanos y caribeños (34).

Es claro que la pandemia de COVID-19 estresó los sistemas de salud e interrumpió los servicios de salud de rutina. En muchos países, la utilización de los servicios disminuyó debido a la reducción del horario de atención o al cierre de los establecimientos de salud durante la pandemia o al temor de los pacientes a contraer la COVID-19 (25).

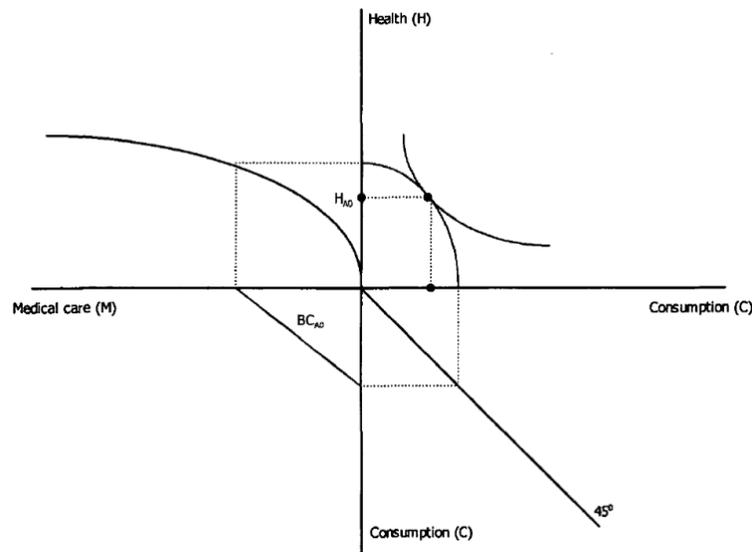
El gasto de bolsillo en salud cayó entre 2019 y 2020 luego de que entre 2018 y 2019 se había incrementado. El gasto de bolsillo en salud per cápita decreció en términos reales en más de la mitad de los países, y se si se diferencia por grupos, el mismo disminuyó en 2%, 1,8% y 5,2% en países con ingresos bajos y medianos bajos, ingresos medianos y altos e ingresos altos, respectivamente. La asequibilidad de los servicios de salud para los hogares sumado a la recesión económica podría haber llevado a renunciar a los servicios de salud por motivos financieros (25).

#### **5.2.4. La demanda por salud**

El GBS de los hogares también puede ser visto como una demanda por salud que no tiene cobertura social. De esta forma, existen modelos teóricos que esbozan en qué se basa la decisión de los hogares para demandar servicios de salud. Estos modelos tienen la siguiente pregunta en mente: ¿Por qué América Latina y el Caribe tiene niveles tan altos de desigualdad en mortalidad y desnutrición infantil en comparación con otras regiones? Wagstaff realiza un modelo teórico que toma en cuenta los factores esenciales que explican el vínculo entre salud e ingresos.

Primeramente, se realiza la suposición de que la salud ( $H$ ) es producida por el individuo usando la atención médica, su tiempo individual y otros bienes y servicios. Para simplificar, se asume que no existe sustituibilidad y complementariedad entre estos insumos y se los engloba dentro de la variable atención médica ( $M$ ). Entre sus características, la atención médica tiene un precio y presenta rendimientos decrecientes en la producción en salud. Se plantea que los habitantes de cualquier país tienen una renta fija ( $Y$ ) y deben decidir si gastar en producción en salud o consumo en general ( $C$ ). La Figura 4 muestra la situación de cualquier individuo.

**Figura 4.** La decisión de la demanda por salud de un individuo



**Fuente.** La demanda por salud (35 p.11)

El cuadrante noroeste señala la relación entre salud y atención médica. El cuadrante suroeste representa la restricción presupuestaria del individuo. El cuadrante noreste señala la decisión del individuo entre gastar o utilizar servicios de salud. Finalmente, el cuadrante sureste servirá como espejo para que todo el sistema se interrelacione. El eje vertical del cuadrante suroeste muestra el consumo, sin embargo, cuando choca con la restricción presupuestaria, se obtienen los ingresos del individuo.

Uniando todos los puntos de atención médica y consumo que agotan los ingresos del individuo entre los cuadrantes noroeste y sureste, se traza una frontera en el cuadrante noreste, la misma muestra todas las diversas combinaciones posibles de salud y consumo que son factibles dadas la restricción presupuestaria y la tecnología de producción sanitaria (35). La decisión del individuo será determinada por sus preferencias, que es representada por su curva de indiferencia (todos los puntos son tan buenos entre sí), la pendiente es negativa debido al sacrificio de intercambiar salud por consumo.

La combinación preferida se obtiene en el punto que la frontera es tangencial con la curva de indiferencia más alta alcanzada. Es claro que en este marco los ingresos son el determinante central de las desigualdades en salud.

### **5.3. Marco Legal**

El 20 de febrero de 2019 se lanza la Ley N°1152 que tiene por objeto modificar la Ley N°475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia del 30 de diciembre de 2013, para “ampliar la población beneficiaria que no se encontrara cubierta por la seguridad social de corto plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito” (6).

## **6. Objetivos de la investigación**

### **6.1. Objetivo General**

- Estimar la magnitud del gasto de bolsillo en salud de los hogares en Bolivia entre 2013 y 2021.

### **6.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar el gasto de bolsillo en salud según la condición étnica y el nivel de educación del jefe del hogar.
- Desagregar el gasto de bolsillo en salud de los hogares de acuerdo con la condición de pobreza, área de residencia y departamento.
- Cuantificar el gasto de bolsillo en salud de los hogares de acuerdo con la afiliación al SUS y número de personas mayores de 60 años en el hogar.
- Determinar el porcentaje de hogares que enfrentaron gasto catastrófico en salud.

## **7. Hipótesis**

Los alcances de esta investigación son de carácter descriptivo y por lo tanto no requieren del planteamiento de una hipótesis.

## 8. Diseño metodológico

Considerando las líneas de investigación institucionales en Salud Pública, con mención Gerencia en Salud, el área en la que se enmarca esta investigación es la de Gestión de Servicios de Salud, dentro del eje temático de Economía en la salud y gestión financiera de los servicios de salud.

Por su parte, el enfoque es cuantitativo porque se va a medir y estimar valores, además, se utilizarán estadísticas descriptivas, como valores promedio, intervalos de confianza, porcentajes, etc.

### 8.1. Tipo de investigación

El tipo de investigación es observacional (sin intervención del investigador, es decir no experimental), retrospectivo (con datos secundarios), longitudinal (más de una medición) y descriptivo. Asimismo, se describen frecuencias de los distintos tipos de gasto en salud, tomando los promedios para realizar comparaciones.

### 8.2. Población y muestra

La población es finita, la Tabla 1 muestra el total de hogares en Bolivia y los que son considerados para realizar el análisis descriptivo. La presente investigación toma en cuenta a los hogares cuyos integrantes hayan registrado algún tipo de GBS (columna N. Hogares).

Año	Muestra		Muestra expandida		Porcentaje
	Total hogares	N. Hogares	Total hogares	N. Hogares	
2013	9.553	7.831	2.845.632	2.287.201	80%
2015	10.171	8.069	3.012.441	2.372.890	79%
2017	11.136	8.238	3.347.098	2.408.838	72%
2019	11.869	9.176	3.453.743	2.657.728	77%
2021	12.847	7.952	3.637.461	2.336.456	64%
Total	55.576	41.266	16.296.375	12.063.113	74,02%

**Tabla 1.** Número de hogares por encuesta y hogares que presentaron algún tipo de GBS entre 2013 y 2021. Elaboración propia

Como se puede apreciar, al considerar a los hogares que presentaron algún tipo de GBS, se incluye un 74.02% del total de hogares en esta investigación. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), los hogares o viviendas particulares son las unidades de muestreo. En el Anexo 3 se incluye el análisis incorporando a los hogares en los que al menos un 50% de sus integrantes hayan respondido no tener algún tipo de seguro, y su GBS sea igual a cero. El resto de los hogares no se consideran en esta investigación porque no responden, y por lo tanto el dato es perdido.

### **8.2.1. Unidad de muestreo**

La unidad de muestreo es la vivienda particular ocupada, que tiene permanencia fija en el tiempo y espacio, característica que la habilita para ser utilizada como unidad de selección en el diseño muestral.

Se determinó realizar el análisis a nivel hogar debido a que los GBS son normalmente compartidos entre los miembros del hogar y no es posible identificar con exactitud quien realizó el gasto, especialmente para menores edad y mayores a 60 años. De esta manera, analizar el GBS a nivel hogar permite tener una mejor comprensión del impacto económico total de los GBS dentro de una familia y cómo pueden hacerle frente a esta situación en caso de que se tenga un gasto catastrófico. Una situación similar sucede con las variables que se analizan. Cuando se habla de un GBS, normalmente es afrontado de acuerdo con el ingreso del hogar, el tamaño y composición de este. El realizar un análisis a ese nivel de agregación permite una evaluación más completa de los factores que pueden influir en los gastos en salud del hogar.

Por otro lado, el análisis a nivel hogar permite reconocer las cargas financieras desproporcionadas en hogares pobres y vulnerables. Esto debido a que normalmente existe una interdependencia económica dentro del hogar y la salud de un miembro del hogar puede afectar a su familia. Esto no podría apreciarse

en un análisis individual y subestimaría la carga real en las familias. En la mayoría de los países, un nivel más bajo de desagregación da una estimación más baja para el gasto promedio en salud (36).

### 8.3. Variable principal

Se analiza la variable principal de gasto de los hogares en salud en Bolivia realizados en los 12 meses de los años 2013, 2015, 2017, 2019 y 2021.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	CATEGORIZACION Y DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE INDICADOR	NIVEL DE MEDICION	UNIDAD DE MEDIDA	INSTRUMENTO
Gasto de los hogares en salud en Bolivia	Univariable	Gastos directos en salud realizados por los hogares	Consulta Externa	Gasto en servicios médicos por consulta externa	Razón	Anual	Bolivianos/12 Meses	Encuestas de Hogares - Instituto Nacional de Estadísticas
	Cuantitativa Continua		Equipos de salud	Gasto en aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.	Razón	Anual	Bolivianos/12 Meses	Encuestas de Hogares - Instituto Nacional de Estadísticas
			Internación	Gasto en Internación Hospitalaria	Razón	Anual	Bolivianos/12 Meses	Encuestas de Hogares - Instituto Nacional de Estadísticas
			Servicios auxiliares	Gasto en Exámenes diagnósticos o servicio de ambulancia	Razón	Anual	Bolivianos/12 Meses	Encuestas de Hogares - Instituto Nacional de Estadísticas
			Medicinas	Gastos en Medicamentos	Razón	Anual	Bolivianos/12 Meses	Encuestas de Hogares - Instituto Nacional de Estadísticas

**Tabla 2.** Operacionalización de la Variable Principal. Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares del INE.

### 8.4. Técnicas de recolección de datos

Las técnicas e instrumentos utilizados para el análisis de la variable principal y las variables secundarias son:

<b>Variable principal</b>	<b>Indicador</b>	<b>Técnica</b>	<b>Instrumento Documental</b>
Gastos de bolsillo en salud	Gasto directo de los hogares en salud	Documentación (Retrospectivo)	Encuesta de hogares Instituto Nacional de Estadísticas
<b>Variables secundarias</b>	<b>Indicador</b>		
Condición de pobreza	Condición de pobreza	Documentación (Retrospectivo)	Encuestas de hogares
Área de residencia	Lugar de residencia	Documentación (Retrospectivo)	Encuestas de hogares
Pertenencia a grupo indígena del jefe de hogar	Grupo indígena	Documentación (Retrospectivo)	Encuestas de hogares
Nivel de instrucción del jefe de hogar	Carnet de identidad	Documentación (Retrospectivo)	Encuestas de hogares
Departamento	Departamento	Documentación (Retrospectivo)	Encuestas de hogares
Personas mayores de 60 años en el hogar	Cantidad de personas mayores de 60 años en el hogar	Documentación (Retrospectivo)	Encuestas de hogares
Afiliación al SUS	Hogares donde al menos hay un miembro del hogar inscrito al SUS	Documentación (Retrospectivo)	Encuesta de hogares 2021

**Tabla 3.** Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos. Elaboración propia en base a Encuestas de Hogares del INE.

Los instrumentos utilizados son las encuestas de hogares 2013, 2015, 2017, 2019 y 2021 del Instituto Nacional de Estadísticas Bolivia, cuyos cuestionarios se incluyen en los Anexos 2.1 al 2.5, considerando las siguientes preguntas para todos los miembros del hogar:

- P1. ¿En los últimos 12 meses, recibió cuidados de salud?  
Responda cuánto tuvo que pagar el hogar por dichos cuidados de salud por concepto de:
  - P2. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirió pasar la noche en un hospital, ¿excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro?

- P3 Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, ¿etc.?
- P4 Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, ¿etc.?
- P5. Exámenes o servicio de ambulancia:  
Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, ¿etc.?
- P6. Medicinas: ¿Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?

### **8.5. Construcción del gasto de bolsillo en salud**

Para el cálculo del GBS de los hogares se sumaron los gastos individuales de cada integrante del hogar en:

- Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirió pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro
- Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.
- Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.
- Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.
- Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)

Para tener consistencia en la cuantificación del GBS entre 2013 y 2021 se verificó que las preguntas entre las cinco encuestas utilizadas sean las mismas.

## **9. Consideraciones Éticas**

Como se explicó anteriormente, esta investigación es no experimental, y de revisión documental, utilizando información secundaria. Por lo tanto, no requiere aprobación ética específica.

Las encuestas del Instituto Nacional de Estadísticas se realizan cada año y están validadas por dicha institución; tienen carácter público y pueden ser utilizadas para fines de investigación académica.

## 10. Resultados

Calcular tanto la media como el agregado del GBS de los hogares, y desagregarlos entre distintas características entre 2013 y 2021 en Bolivia<sup>8</sup>, permite determinar cómo evolucionaron estos indicadores y variables después de la implementación de la Ley 475 (2013) y de la Ley 1152 hacia el Sistema Único de Salud (2019).

### 10.1. Gasto de Bolsillo en Salud

Analizando particularmente el indicador agregado, la Tabla 4 muestra que entre 2013 y 2017, el GBS tuvo una tendencia creciente (de 3.118 a 3.530 millones de Bs) en términos absolutos. En 2019 disminuye hasta llegar a un valor de 3.459 millones de Bs, que puede ser considerado como uno de los resultados de las políticas públicas en materia de salud implementadas en el país.

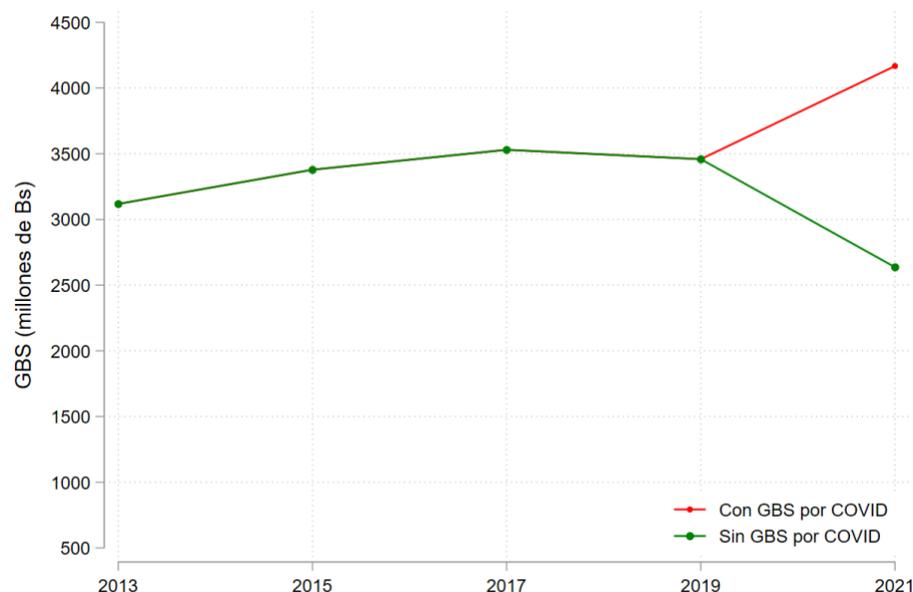
Año	GBS (millones de Bs)	IC (95%)	CV (%)
2013	3.118	(2.863,3.373)	3,6
2015	3.378	(3.049,3.707)	4,5
2017	3.530	(3.195,3.866)	4,5
2019	3.459	(3.115,3.803)	4,1
2021	4.167	(3.722,4.612)	4,9

**Tabla 4.** GBS total anual en el periodo 2013-2021. Elaboración propia

En 2021 se realiza la estimación del GBS agregado, pero también la encuesta de hogares permite identificar el gasto asociado a COVID-19, por lo que se puede realizar la distinción de la serie sin tomar en cuenta los gastos de los hogares asociados a COVID-19<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Los GBS de los hogares que se presentan son gastos en términos nominales. Para analizar los mismos en términos reales se propone utilizar el Índice de Precios al Consumidor de Salud calculado por el INE.

<sup>9</sup> Para determinar cómo habría sido la serie sin gastos COVID, no se tomaron en cuenta los gastos de los integrantes del hogar que hayan presentado síntomas de dicha enfermedad y a la vez que hayan necesitado medicamentos para su tratamiento.



**Figura 5.** GBS total anual, diferenciando con y sin COVID-19 en 2021. Elaboración propia.

La bifurcación en la Figura 4 es evidente en el año 2021, de acuerdo con las estimaciones y la aproximación de la presente investigación, el GBS tendría el valor de 2.636 millones de Bs. Tomando en cuenta los gastos COVID-19, el mismo asciende a 4.167 millones de Bs.

Por otro lado, entre 2013 y 2017 se puede ver que la media<sup>10</sup> del GBS subió de 1.363 Bs a 1.465 Bs para luego disminuir hasta 1.301 Bs en 2019. Posteriormente se puede ver que la media del GBS tuvo un incremento significativo, pasando de 1.301 Bs a 1.783 Bs y teniendo una variación positiva del 37% aproximadamente, no obstante, sin gastos COVID este hubiera llegado a ser de 1.398 Bs.

<sup>10</sup> Como complemento se analizó la inclusión de hogares con GBS igual a 0 y su posible impacto en las estadísticas menos desagregadas, aspecto que puede revisarse en el Anexo No.3

<b>Año</b>	<b>GBS (media en Bs)</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>CV (%)</b>
2013	1,363	(1266,1460)	3.6
2015	1,424	(1298,1549)	4.5
2017	1,465	(1338,1593)	4.5
2019	1,301	(1197,1406)	4.1
2021 COVID	1,783	(1612,1955)	4.9
2021 Sin COVID	1,398	(1274, 1522)	4.5

**Tabla 5.** Media del GBS anual en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

La incapacidad de llegar a cubrir los GBS (magnificada por la pandemia de COVID-19), provocó que la población tenga que automedicarse y/o cubrir el gasto con sus propios ahorros, lo cual se refleja en el incremento en términos absolutos del GBS total anual, pese al incremento del gasto en salud del gobierno.

## 10.2. Gasto de Bolsillo en Salud como % del PIB

En el agregado se puede ver una tendencia decreciente entre 2013 y 2019, pasando de 1.5% a 1.2% y luego volvió a incrementarse en 2021, aunque el GBS/PIB muestra que la representatividad del GBS respecto a la actividad económica no tuvo variaciones abruptas. Dentro de todo el periodo de análisis el porcentaje más bajo fue del 1,2% en 2019.

<b>Año</b>	<b>GBS (millones de Bs)</b>	<b>PIB nominal (millones de Bs)</b>	<b>GBS/PIB (%)</b>
2013	3.118	211.856	1,5%
2015	3.378	228.031	1,5%
2017	3.530	259.185	1,4%
2019	3.459	282.587	1,2%
2021	4.167	279.221	1,5%

**Tabla 6.** Evolución del GBS total, PIB nominal y ratio GBS/PIB durante el periodo 2013-2021. Elaboración propia

### 10.3. Gasto de Bolsillo en Salud como % del Gasto Corriente en Salud y Gasto per Cápita en Salud: Bolivia y pares regionales seleccionados

La Tabla 7 muestra la proporción entre el GBS y el Gasto Corriente en Salud (GCS) junto con el GBS per cápita de Bolivia y tres pares regionales seleccionados.

Año	Bolivia		Perú		Ecuador		Paraguay	
	GBS/GCS (%)	GBS/N						
2013	25,7	41,7	35,1	113,4	38,0	156,7	47,5	171,0
2015	22,0	43,8	29,9	93,6	36,3	166,4	43,8	158,7
2017	20,4	44,4	28,6	95,9	32,4	149,7	43,8	164,3
2019	17,2	42,2	28,1	104,1	30,9	150,2	41,6	161,7

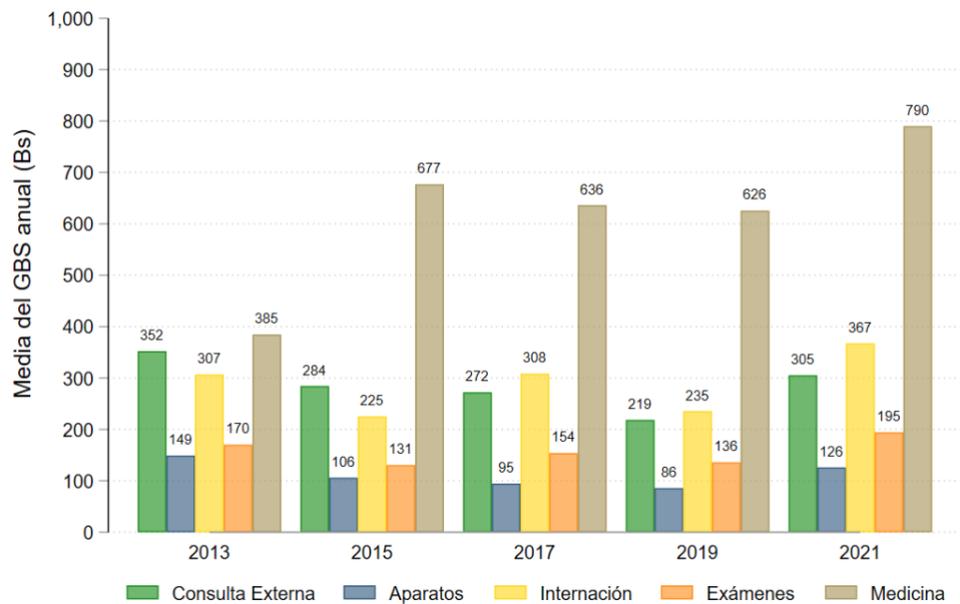
**Tabla 7.** Evolución del GBS/GCS y GBS/N de países seleccionados durante el periodo 2013-2019. Elaboración propia

Es evidente que en todos los países se registró una tendencia decreciente en el indicador GBS/GCS, lo cual muestra que estos países latinoamericanos invirtieron mayores sumas de recursos públicos en salud en la última década.

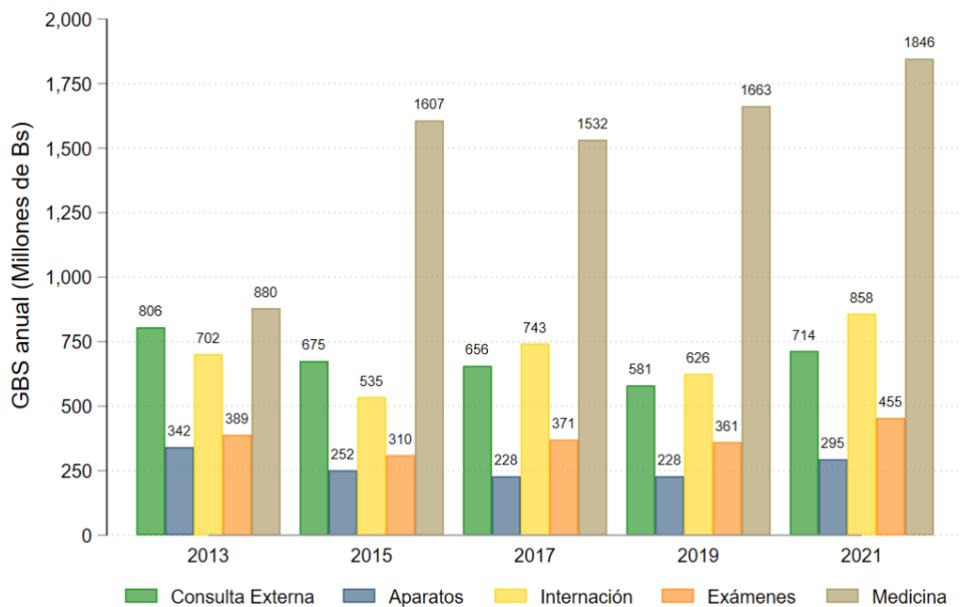
Realizando una comparación entre estos países, Bolivia es el que cuenta tanto con menor representatividad de su GBS en relación con el PIB, como también un menor gasto de bolsillo en salud per cápita.

### 10.4. Componentes del Gasto de Bolsillo en Salud

El desempeño de la media de los gastos que componen el GBS no muestra una tendencia decreciente como en el caso del gasto de bolsillo total, pues presenta incrementos y disminuciones a lo largo de los años. Se puede ver que los gastos en medicinas fueron mucho más elevados en comparación al resto, luego le siguen los gastos en servicios de consulta externa (2013 y 2015) y los gastos en internación (2017 al 2021), el gasto en exámenes y por último el gasto en aparatos.



**Figura 6.** Evolución del total de los componentes del GBS en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.



**Figura 7.** Evolución del GBS anual de los componentes del GBS en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

A lo largo del periodo analizado se puede ver un comportamiento creciente del gasto total de los hogares en medicinas o medicamentos, y, por lo tanto, este componente se constituye como uno de los puntos en los que se debe focalizar el análisis para reducir el gasto de bolsillo en salud. Se observa una tendencia decreciente en el caso de los servicios de consulta externa entre 2013 y 2019, con el posterior incremento en 2021.

## 10.5. Caracterización del Gasto de Bolsillo en Salud

Las diferencias en torno a la media del GBS son evidentes cuando se desagrega el indicador por características socioeconómicas y geográficas.

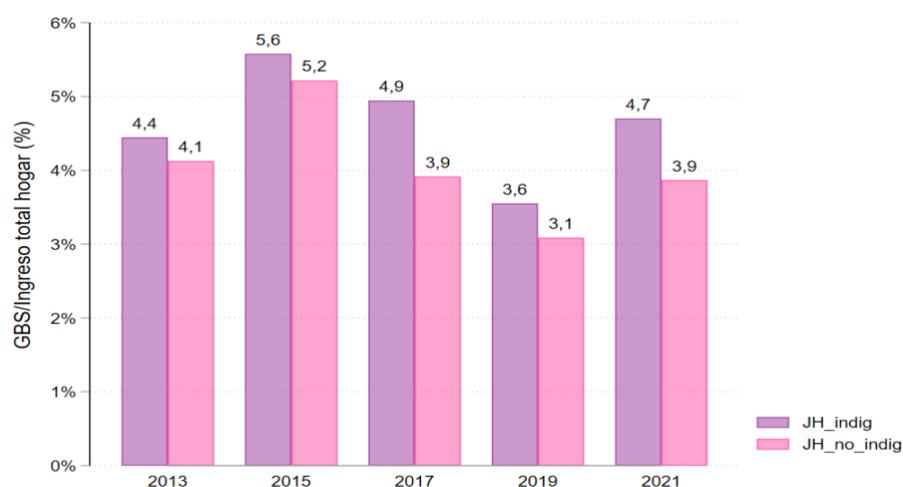
### 10.5.1. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por condición étnica del jefe de hogar

Al desagregar el GBS según condición étnica del jefe de hogar se observa que la media del GBS de los hogares con jefe de hogar no indígena respecto a los hogares con jefe de hogar indígena es mayor a lo largo de todo el período analizado.

Año	Condición étnica del jefe de hogar					
	No indígena			Indígena		
	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV (%)	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV (%)
2013	1.498,00	(1.379,1.617)	4,0	1.062,00	(920,1.204)	6,8
2015	1.554,00	(1.387,1.721)	5,5	1.164,00	(1.008,1.321)	6,9
2017	1.557,00	(1.385,1.729)	5,6	1.313,00	(1.148,1.479)	6,4
2019	1.421,00	(1.279,1.563)	5,1	1.056,00	(946,1.167)	5,3
2021	1.851,00	(1.674,2.028)	4,9	1.640,00	(1.308,1.971)	10,3

**Tabla 8.** Evolución de la media del GBS por condición étnica del jefe de hogar durante el periodo 2013-2019

Aunque si se toma el indicador de GBS respecto al ingreso del hogar, se puede ver que es mayor para los hogares con jefe de hogar indígena respecto a los hogares con jefe de hogar no indígena, en todos los años analizados.



**Figura 8.** Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por condición étnica del jefe de hogar en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

### 10.5.2. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por nivel de educación del jefe de hogar

Si se desagrega el GBS según nivel de educación del jefe de hogar se observa que la media del GBS de los hogares en los que el jefe de hogar tiene un nivel de educación alto, es mayor respecto a los hogares en los que el jefe de hogar tiene un nivel de educación medio, básico y sin educación a lo largo de todo el período analizado.

Año	Nivel de educación del jefe de hogar							
	Sin educación		Básico		Medio		Alto	
	GBS (media en Bs)	CV (%)	GBS (media en Bs)	CV (%)	GBS (media en Bs)	CV (%)	GBS (media en Bs)	CV (%)
2013	872 (610,1.135)	15,3	1.074 (940,1.208)	6,3	1.205 (1.077,1.333)	5,4	1.935 (1.700,2.170)	6,2
2015	766 (612,921)	10,3	1.290 (1.110,1.470)	7,1	1.332 (1.142,1.522)	7,3	1.876 (1.602,2.150)	7,5
2017	1.112 (460,1.765)	29,9	1.222 (1.069,1.374)	6,4	1.180 (1.076,1.283)	4,5	2.213 (1.827,2.598)	8,9
2019	797 (607,986)	12,1	1.120 (979,1.262)	6,4	1.129 (968,1.291)	7,3	1.787 (1.567,2.006)	6,3
2021	894 (357,1.432)	30,6	1.372 (1.177,1.567)	7,3	1.413 (1.224,1.602)	6,8	2.740 (2.333,3.147)	7,6

**Tabla 9.** Evolución de la media del GBS por condición étnica del jefe de hogar durante el periodo 2013-2019. **Nota.** Tomar a la categoría sin educación como solo como descriptivo en 2017 y 2021, CV mayor a 20%. Elaboración propia.

Aunque al considerar el GBS en relación con el ingreso del hogar, se observa que este indicador es mayor para los hogares en los que el jefe de hogar no tiene

ningún año de educación para el período 2013 a 2019. Este indicador se iguala con los que tienen nivel de educación básico en 2021.



**Figura 9.** Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por nivel de educación del jefe de hogar en el período 2013-2021. **Nota.** La categoría sin educación para los años 2013, 2017 y 2021 además de básico, medio y superior en el año 2015, tomarlos sólo como descriptivos, CV mayor a 20%. Elaboración propia.

### 10.5.3. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por condición de pobreza

Al desagregar el GBS según condición de pobreza<sup>11</sup> del hogar, nuevamente se puede apreciar que la media del GBS de los hogares no pobres respecto a los hogares pobres es mayor a lo largo de todo el período analizado. Dichos hogares cuentan con mayores posibilidades para realizar gastos en caso de enfermedades y/o accidentes.

<sup>11</sup> Identificar si un hogar fue pobre o no se determinó a través de la línea de pobreza calculada por el INE, en el siguiente enlace se pueden observar los aspectos metodológicos del mismo: <https://www.ine.gob.bo/index.php/publicaciones/calculo-de-lineas-de-pobreza-documento-metodologico/>

Año	Pobreza					
	No pobre			Pobre		
	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV (%)	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV (%)
2013	1.540	(1.417,1.664)	4,1	960	(838,1.082)	6,5
2015	1.590	(1.433,1.747)	5,0	1.048	(880,1.216)	8,2
2017	1.634	(1.464,1.804)	5,3	1.049	(912,1.187)	6,7
2019	1.418	(1.282,1.553)	4,9	1.010	(876,1.145)	6,8
2021	1.955	(1.747,2.162)	5,4	1.315	(1.089,1.541)	8,8

**Tabla 10.** Evolución de la media del GBS por condición de pobreza durante el periodo 2013-2019. Elaboración propia.

No obstante, al analizar la representatividad del GBS respecto al ingreso del hogar, se puede observar que este indicador es mayor para los hogares pobres respecto a los hogares no pobres, a lo largo de todo el periodo analizado.



**Figura 10.** Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por pobreza en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

#### 10.5.4. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por área de residencia

Cuando se analiza las diferencias en el gasto de bolsillo en salud entre hogares por área de residencia, se puede apreciar que las brechas absolutas a favor de los hogares del área urbana respecto del área rural persisten a lo largo de los años.

Año	Área					
	Urbano			Rural		
	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV (%)	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV (%)
2013	1.553	(1.434,1.672)	3,9	856	(697,1.014)	9,5
2015	1.574	(1.418,1.730)	5,1	1.063	(860,1.266)	9,7
2017	1.628	(1.469,1.787)	5,0	1.027	(833,1.221)	9,6
2019	1.361	(1.255,1.467)	4,0	1.128	(855,1.402)	12,4
2021	1.979	(1.782,2.176)	5,1	1.233	(892,1.574)	14,1

**Tabla 11.** Evolución de la media del GBS por área durante el periodo 2013-2019. Elaboración propia.

Sin embargo, al analizar la representatividad del GBS respecto al ingreso del hogar, se puede observar que este indicador es mayor para los hogares del área rural respecto a los hogares del área urbana entre 2013 y 2019, y que prácticamente se iguala en 2021.



**Figura 11.** Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por área en el periodo 2013-2021. **Nota.** Tomar al indicador para el área rural como descriptivo (2015), CV mayor a 20. Elaboración propia.

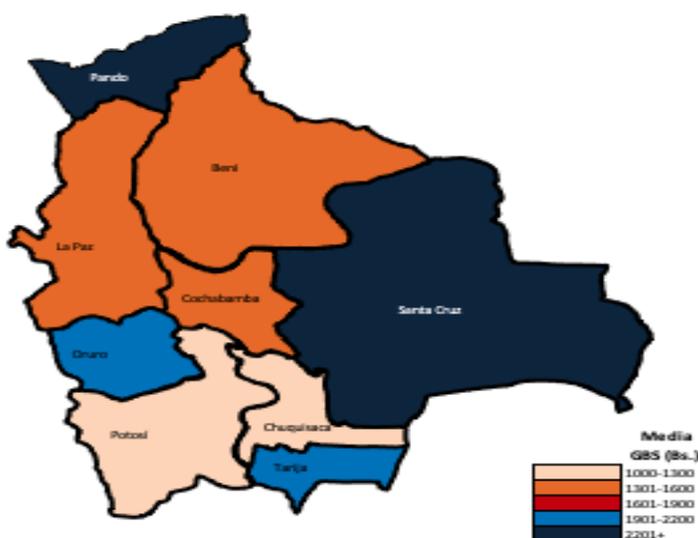
### 10.5.5. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por departamento

La desagregación del GBS por departamento muestra que, en 2013, Cochabamba y Santa Cruz registraban el mayor GBS promedio, mientras que en 2015 son Tarija y Santa Cruz, en 2017 son Oruro y Cochabamba, en 2019 son Cochabamba y Pando. Es decir, no hay una tendencia definida por departamento.

Año	Departamento								
	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando
	GBS	GBS	GBS	GBS	GBS	GBS	GBS	GBS	GBS
2013	1.084	1.228	1.698	1.030	1.205	817	1.569	802	1.295*
2015	1.775*	1.067	1.584	1.024	1.335	1.683	1.604	1.309	2.059
2017	1.344	1.298	1.840	2.015	872	1.348	1.553	1.006	1.462
2019	1.265	982	1.702	1.254	1.057	1.477	1.407	782	1.611
2021	1.115	1.444	1.416	1.912	1.209*	1.971	2.397	1.357	2.391*

**Tabla 12.** Evolución de la media del GBS por departamento durante el periodo 2013-2019.  
**Nota.** (\*) Tomar solo como descriptivo, CV mayor a 20%. Elaboración propia.

En el mapa siguiente se observa que para 2021, Santa Cruz y Pando son los departamentos con mayores GBS promedio (en azul oscuro), mientras que Chuquisaca y Potosí registran los menores GBS promedio (en naranja claro).



**Figura 12.** Media de GBS en Salud 2021. Elaboración propia

Cuando se considera la relación GBS/ingreso del hogar, las diferencias entre departamentos son más reducidas en comparación a la media, con excepción de Cochabamba, los demás departamentos presentaron un incremento de ese indicador entre 2019 y 2021. Si se compara las diferencias entre los años 2013 y 2021, Potosí logró reducir el mismo en una proporción considerable.

Año	Departamento								
	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando
	GBS/l	GBS/l	GBS/l	GBS/l	GBS/l	GBS/l	GBS/l	GBS/l	GBS/l
2013	4,4	4,0	6,4	2,5	9*	1,8	3,1	2,5	3,1
2015	7,4*	3,5	5,6	11*	4,7	3,8	6*	2,7	6,7*
2017	4,6	3,6	6,4	4,3	3,8*	4,4	3,8	4,5*	3,9
2019	4,7*	2,2	4,5	3,3	3,3	3,8	3,1	2,1	2,8
2021	5,6*	3,6	3,8	3,9	3,5	5,3	4,4	2,6	4,8*

**Tabla 13.** Evolución de la relación GBS con relación al ingreso del hogar por departamento durante el periodo 2013-2019. **Nota.** (\*) Tomar solo como descriptivo, CV mayor a 20%.  
Elaboración propia.

En la Tabla 14 se analiza el GBS agregado por departamento y su representación en el GBS total. Es coherente que los departamentos pertenecientes al eje central presenten la mayor participación en este indicador. Es así como Santa Cruz representa más de un tercio del GBS total en Bolivia durante todos los años de análisis. Luego están Cochabamba y La Paz que ocupan el segundo y tercer lugar, respectivamente. En 2021, Santa Cruz alcanzó un nivel de 1.841 millones de Bs, luego La Paz tuvo un GBS de 786 millones de Bs seguido de Cochabamba con 662 millones de Bs. Finalmente se encuentran los departamentos con menor densidad poblacional como Beni y Pando llegando a tener una representación menor al 2% en todos los años.

Departamento/ Año	2013	2015	2017	2019	2021
GBS total (Millones de Bs)	3.118	3.378	3.530	3.459	4.167
Chuquisaca	153	234	196	183	146
%	4,9%	6,9%	5,6%	5,3%	3,5%
La Paz	706	633	765	633	786
%	22,6%	18,7%	21,7%	18,3%	18,9%
Cochabamba	704	628	750	763	662
%	22,6%	18,6%	21,3%	22,1%	15,9%
Oruro	122	126	201	153	195
%	3,9%	3,7%	5,7%	4,4%	4,7%
Potosí	169	256	155	216	118
%	5,4%	7,6%	4,4%	6,2%	2,8%
Tarija	93	230	188	210	297
%	3,0%	6,8%	5,3%	6,1%	7,1%
Santa Cruz	1.085	1.124	1.154	1.193	1.841
%	34,8%	33,3%	32,7%	34,5%	44,2%
Beni	54	98	75	56	77
%	1,7%	2,9%	2,1%	1,6%	1,8%
Pando	32	48	45	52	47
%	1,0%	1,4%	1,3%	1,5%	1,1%

**Tabla 14.** Representatividad del total del GBS por departamentos. Elaboración propia

### 10.5.6. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por afiliación al Sistema Único de Salud

Como se mencionó anteriormente, el SUS fue implementado en 2019, y considerando el periodo de esta investigación, se analiza el GBS para el año 2021.

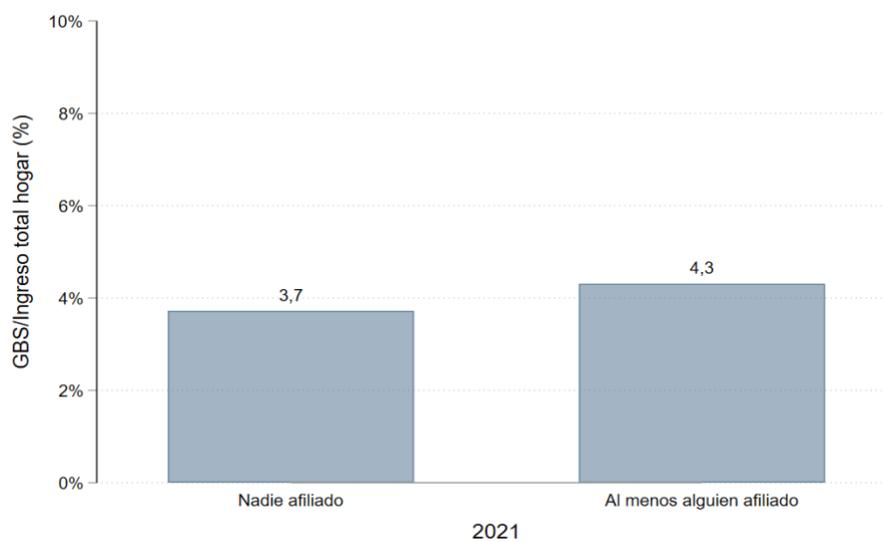
La Tabla 15 muestra la diferencia en la media del GBS para los hogares donde al menos hay un miembro del hogar inscrito al SUS en comparación a los hogares donde no hay nadie beneficiado de este seguro universal, siendo la misma de 738 Bs.

Año	Al menos un miembro del hogar se encuentra afiliado			Nadie del hogar se encuentra afiliado		
	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV	GBS (media en Bs)	IC (95%)	CV
2021	1.565	(1.367,1.762)	7,0	2.303	(1.985,2.612)	6,4

**Tabla 15.** Media del GBS por inscripción a seguro<sup>12</sup>. Elaboración propia.

Cuando se relaciona el GBS con todos los ingresos del hogar, se tienen disparidades, aunque en menor escala, en este caso la diferencia es de 0.6 pp.

<sup>12</sup> Los seguros hacen referencia a: SUS y Ley 1152 (Antes prestaciones del Servicio de Salud Integral – Ley 475, SUMI Y SSPAN)



**Figura 13.** Relación GBS/ingreso total del hogar por si al menos alguien está asegurado al SUS durante 2021. Elaboración propia.

### 10.5.7. Gasto de Bolsillo en Salud desagregado por la cantidad de personas mayores de 60 años en el hogar

Entre las características que presentan diferencias más claras, la cantidad de personas mayores a 60 años es una de ellas. A mayor número de personas mayores en el hogar, el GBS promedio es más alto. Considerando el año 2021, se puede ver que la diferencia de la media del GBS entre hogares sin personas mayores de 60 años y los hogares con 2 o más personas mayores de 60 años fue de 1.266 Bs.

Año	Cantidad de personas mayores en el hogar					
	Sin mayores		Con 1 mayor		Con 2 o más mayores	
	GBS (media en Bs)	CV (%)	GBS (media en Bs)	CV (%)	GBS (media en Bs)	CV (%)
2013	1.213 (1.114,1.312)	4,2	1.574 (1.346,1.802)	7,4	2.030 (1.603,2.457)	10,7
2015	1.277 (1.144,1.410)	5,3	1.538 (1.320,1.756)	7,2	2.385 (1.881,2.889)	10,8
2017	1.240 (1.108,1.371)	5,4	1.997 (1.642,2.353)	9,1	2.402 (1.882,2.923)	11,0
2019	1.126 (1.017,1.235)	5,0	1.476 (1.233,1.718)	8,4	2.310 (1.821,2.799)	10,8
2021	1.589 (1.427,1.751)	5,2	2.062 (1.611,2.514)	11,2	2.855 (2.144,3.566)	12,7

**Tabla 16.** Evolución de la media del GBS por la cantidad de personas mayores en el hogar durante el periodo 2013-2019.

La relación GBS/Ingreso total es consecuente con los resultados anteriores, la Figura 14 muestra un comportamiento escalonado ascendente en cuanto a esta

relación teniendo a los hogares con 2 o más mayores a 60 años con una representatividad mayor del ingreso sobre los ingresos totales. Solo el año 2017 se tiene un comportamiento diferente, pero aun en este caso los hogares sin personas mayores de 60 años tienen cifras menores.



**Figura 14.** Evolución de la relación GBS/ingreso total del hogar por cantidad de personas mayores en el hogar durante el periodo 2013-2021. **Nota.** Tomar a la categoría de 1 mayor para 2015 solo como descriptivo, CV mayor a 20%. Elaboración propia.

### 10.6. Cuantificación del porcentaje de Hogares que enfrentaron Gasto Catastrófico en Salud entre 2013 y 2021

Para determinar si los hogares registraron un gasto catastrófico en salud (GC), se siguió la metodología propuesta por el Instituto de Investigaciones Socioeconómicas (IISEC) que a su vez estuvo sustentada por documentos publicados por el Banco Mundial<sup>13</sup>.

En primer lugar, se tuvo que realizar el cálculo del gasto no alimentario, para lo cual se sumaron los gastos no alimentarios agregados a nivel hogar (de la

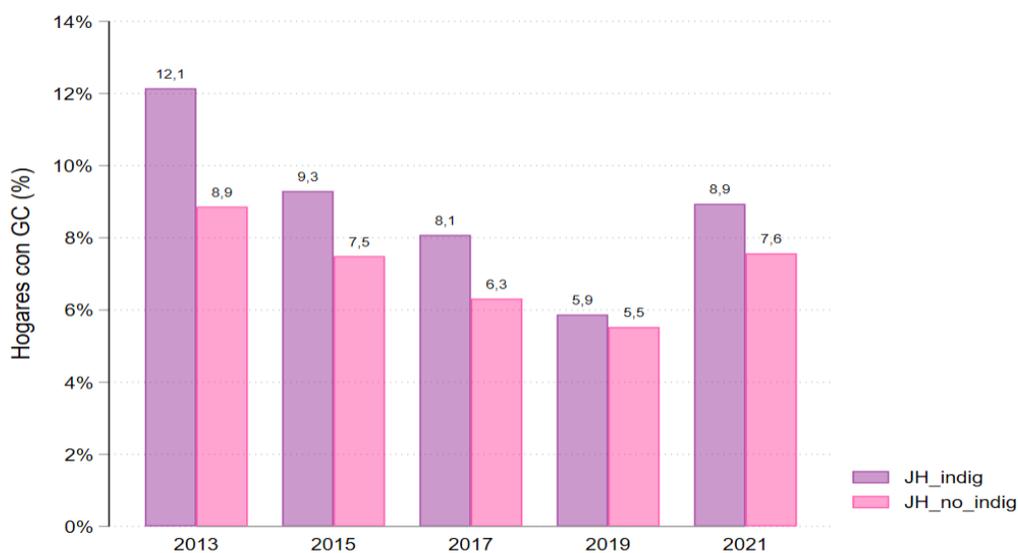
<sup>13</sup> En el siguiente enlace se encuentra la guía metodológica propuesta por el IISEC: [https://odsb.ucb.edu.bo/assets\\_odsb/recursos/salud\\_catastrofico1.pdf](https://odsb.ucb.edu.bo/assets_odsb/recursos/salud_catastrofico1.pdf)

sección de gastos del hogar de las encuestas) siguiendo algunas exclusiones propuestas por el IISEC. Sin embargo, no se tomaron en cuenta los gastos en salud de esta sección debido a que, una vez realizado el cálculo sin los mismos, se sumaron los gastos de salud a nivel hogar calculados previamente. De esta manera, se tiene consistencia en el cálculo a lo largo de los años en todas las encuestas.

Por otro lado, cuando se analiza la evolución del porcentaje de hogares con gasto catastrófico a lo largo del tiempo, se observan algunas desigualdades evidentes.

### 10.6.1. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por condición étnica del jefe del hogar

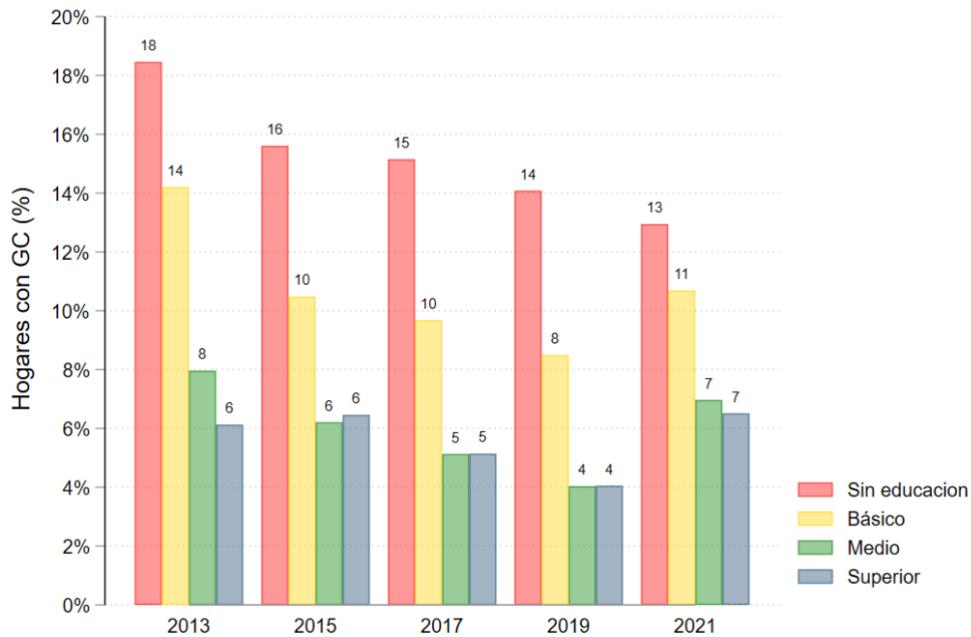
La condición étnica del jefe de hogar también genera brechas en cuanto al porcentaje de hogares con gasto catastrófico. Los hogares con un jefe de hogar indígena presentan mayores porcentajes de GC a lo largo del tiempo, sin embargo, las diferencias no son tan considerables como en anteriores casos. En 2019 se tenía una brecha de menos del 1% entre hogares con jefe de hogar indígena y no indígena.



**Figura 15.** Evolución del porcentaje de hogares con GC por condición étnica del jefe de hogar en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

### 10.6.2. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por educación del jefe del hogar

La educación del jefe de hogar es un claro diferenciador de la proporción de hogares con GC, en especial entre los hogares con un jefe de hogar con una educación alcanzada de nivel básico en comparación con una educación alcanzada a nivel superior.

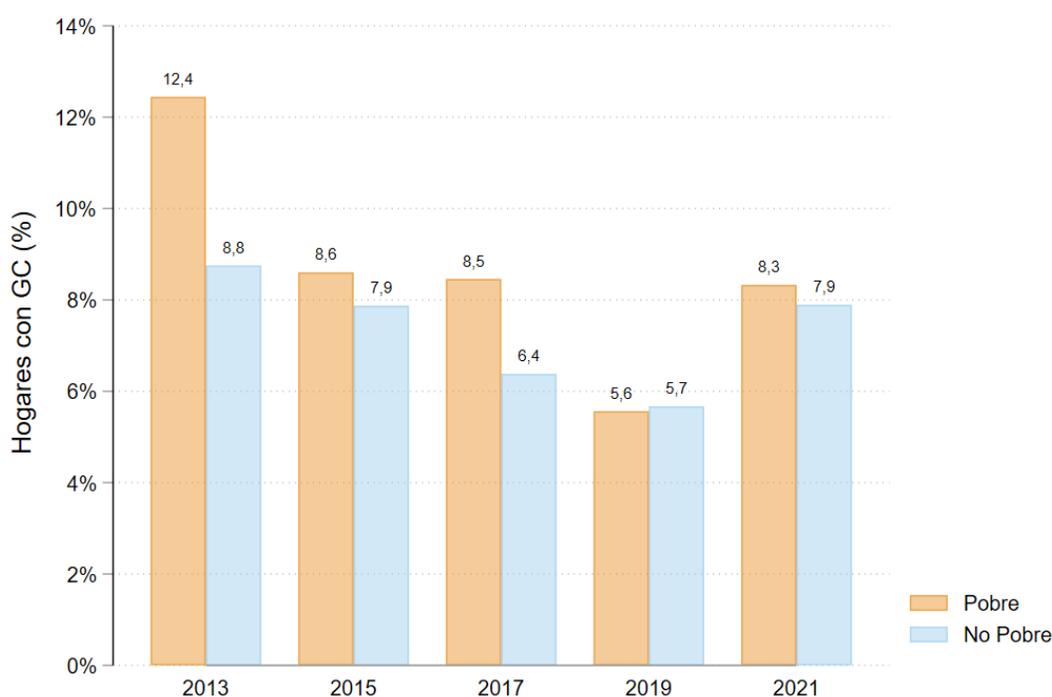


**Figura 16.** Evolución del porcentaje de hogares con GC por nivel de educación del jefe de hogar en el periodo 2013-2021. Elaboración propia

Cabe mencionar que, en todos los casos sin hacer distinción por características seleccionadas, se presentó un incremento de los hogares con GC entre 2019 y 2021, a pesar de que el gasto público en salud de Bolivia se incrementó como consecuencia de la pandemia de COVID-19.

### 10.6.3. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por condición de pobreza

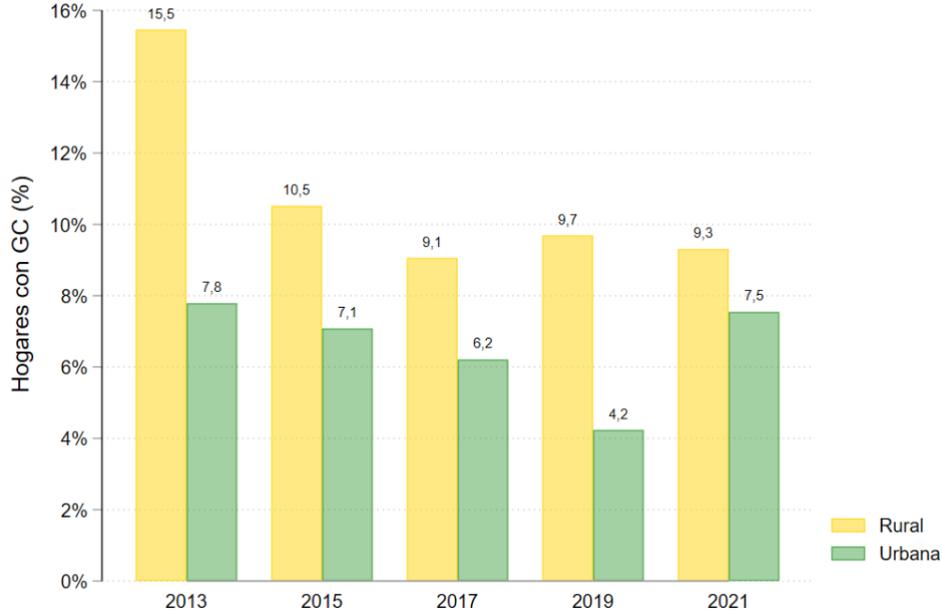
Al desagregar el GC por condición de pobreza, se puede ver que los hogares pobres registran mayores niveles de GC en comparación a los no pobres. Este resultado tiene mucho sentido ya que estos últimos, al tener mayores ingresos, pueden pagar los GBS y no llegar a alcanzar una situación de gasto catastrófico.



**Figura 17.** Evolución del porcentaje de hogares con GC por pobreza en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

### 10.6.4. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por Área de Residencia

Al estimar el gasto catastrófico según área de residencia, se obtiene como resultado que los hogares en el área rural son los que enfrentan mayor gasto catastrófico a lo largo de todo el período analizado. Aunque la diferencia con el área urbana se reduce del 8% en 2013 a 1% en 2021.



**Figura 18.** Evolución del porcentaje de hogares con GC por área en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

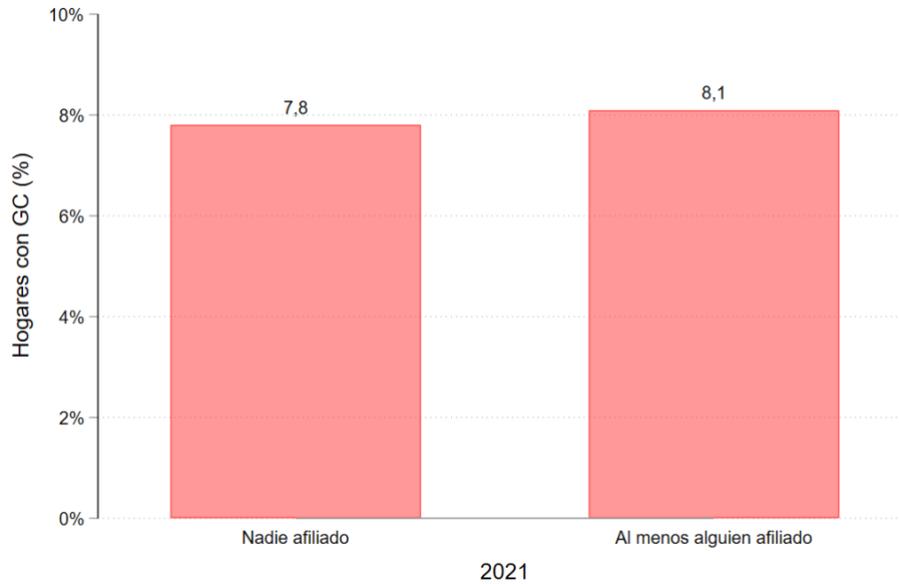
### 10.6.5. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por departamento

El análisis por departamento no muestra una tendencia clara con relación a algún departamento específico que lidere este indicador. Sin embargo, Potosí y Cochabamba alcanzaron altos niveles en 2013 con 17,8% y 13,7% respectivamente, y Oruro alcanzó un 11% en 2021.

Año	Departamento								
	Chuquisaca	La Paz	Cochabamba	Oruro	Potosí	Tarija	Santa Cruz	Beni	Pando
	GC (%)	GC (%)	GC (%)	GC (%)	GC (%)	GC (%)	GC (%)	GC (%)	GC (%)
2013	9,8	9,7	13,7	7,0	17,8	7,1	7,5	7*	7,5
2015	10,2	6,8	8,8	7,9	12,6	7,7	7,2	8,6	7,6*
2017	10,1	6,4	8,4	9,8	4,6*	7,1	5,9	10,0	5,3*
2019	6,6	4,9*	5,5	8,0	6,5*	6,0	5,7	3,4*	3,9*
2021	7,2	6,7	6,8	11,0	9,1*	9,7	9,1	5,2*	8,6*

**Tabla 17.** Porcentaje de hogares con GC por departamento. **Nota.** (\*) Tomar en cuenta solo como descriptiva, CV mayor a 20%. Elaboración propia

### 10.6.6. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por afiliación al SUS



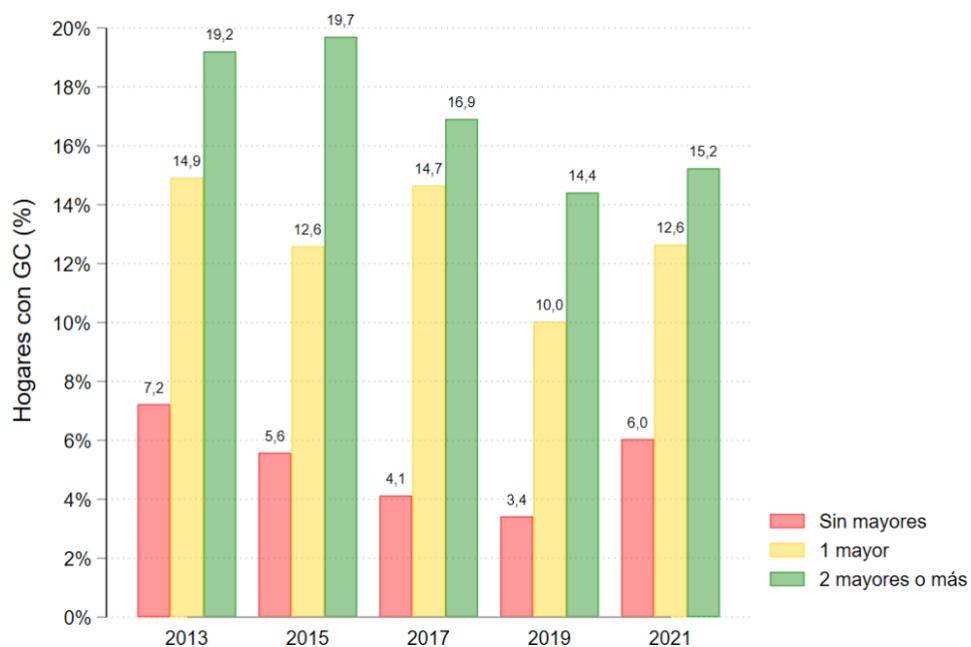
**Figura 19.** Porcentaje de hogares con GC por si al menos alguien estuvo inscrito al SUS en 2021. Elaboración propia

Como se evidenció anteriormente con la relación GBS/Ingreso total, no existen diferencias considerables en el porcentaje de hogares que si presentaron un GC entre familias que tenían o no a alguien asegurado en el SUS. La diferencia es de 1% aproximadamente.

### 10.6.7. Gasto Catastrófico en Salud desagregado por la cantidad de personas mayores de 60 años en el hogar

La cantidad de personas mayores a 60 años en el hogar parece determinar el porcentaje de hogares con GC. A medida que una persona llega a la vejez, se presentan dificultades para mantener una salud adecuada y a la vez implica incurrir en mayores GBS. En general, la tendencia de las categorías presentadas en la Figura 18 es a la baja hasta 2019, posteriormente, en 2021 se presentan incrementos. En datos más precisos, el porcentaje de hogares con GC y que no tenían personas mayores a 60 años se incrementó del 3.4 % a 6 % entre 2017 y 2019. Con relación a los hogares con una persona mayor, el mismo pasó de 10%

a 12.6% y, por último, la subida fue del 1% aproximadamente para los hogares con 2 o más personas mayores.



**Figura 20.** Evolución del porcentaje de hogares con GC por la cantidad de personas mayores dentro del hogar durante el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

## 11. Discusión

Dentro de la literatura que analiza el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico en salud que un hogar realiza, se evidenció que las investigaciones que pueden ser comparables con el estudio son las de Proaño y Bernabé en 2018 y Díaz-González y Ramírez-García en 2017. Se tiene una similitud en lo que respecta a las variables seleccionadas para caracterizar el gasto de bolsillo en salud en ambas investigaciones.

Proaño y Bernabé tomaron en cuenta dentro de su análisis a variables como la cantidad de personas mayores dentro del hogar, la educación del jefe de hogar, área de residencia y los ingresos divididos en quintiles, entre otras. En sus resultados se puede percibir que una mayor cantidad de adultos, menos años de educación por del jefe de hogar, pertenecer al área rural y presentar mayores ingresos afectan positivamente a la probabilidad de incurrir en un GC. Resultados similares se obtuvieron también por parte de Ramírez-García, al incluir las variables de la misma manera que en la presente investigación.

Cabe mencionar que Thi Thuong y otros se destacan por incorporar variables de etnicidad y región, en el caso de etnicidad, se tenía como valor 1 si el hogar pertenecía a una etnia minoritaria y 0 para la etnia Kinh y Hoa. La variable de región fue dividida en delta del río Rojo, Midlands, montañas del norte, costa central norte y sur, tierras altas centrales, sureste y delta del río Mekong (similar al análisis por departamento de la presente investigación).

Además, el estudio encontró que los hogares en áreas urbanas tienen menos probabilidades de sufrir gasto catastrófico en comparación con los de áreas rurales y que también existe una asociación entre la región y la probabilidad de experimentar gasto catastrófico. Asimismo, los hogares en los que el jefe es una minoría étnica tienen una probabilidad 0,694 menor de tener gasto catastrófico

en salud que los hogares en los que el jefe pertenece a las etnias Kinh y Hoa (37).

Las limitaciones en cuanto a las exclusiones que se realizaron en el documento de Proaño y Bernabé son comparables con la presente investigación, en su caso no se tomaron en cuenta a los hogares que no terminaron la encuesta, mientras que esta investigación no se toma en cuenta a los hogares que registraron un gasto de bolsillo en salud igual a cero, aunque se realiza el análisis complementario, incluyendo a un porcentaje de dichos hogares en los que más del 50% de sus miembros declararon no tener un seguro de salud. Por último, no se recopiló información sobre los costos indirectos (como el transporte y las horas de trabajo perdidas). En el caso de Díaz-González y Ramírez-García, también se ajustó la muestra para tomar en cuenta solamente a las familias que reportaron gastos de salud.

## **12. Conclusiones**

La pandemia de COVID\_19 desafió la capacidad de respuesta de todos los sistemas de salud del mundo, y a la vez, provocó que los hogares tengan que realizar mayores gastos de bolsillo en salud para cubrir las necesidades crecientes asociadas a esta enfermedad. En la actualidad aún se registran casos de dicha enfermedad, sin embargo, la situación de crisis que provocó a nivel mundial puso a los gastos de bolsillo en salud de los hogares como temas prioritarios en las economías. Si bien su estudio es importante por sí mismo, se tiene mayor protagonismo actualmente, después que la pandemia incidió sustancialmente en el incremento del gasto directo de los hogares en salud.

Con relación a la realidad boliviana, no se cuenta con estudios publicados que analicen la situación de los hogares bolivianos, sus gastos de bolsillo en salud y tampoco su indicador más alarmante, que es el porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud. Es por esto que se decidió realizar un análisis descriptivo mostrando las diferencias de los hogares bolivianos desagregados por características socioeconómicas seleccionadas.

Las diferencias encontradas respecto al GBS de los hogares bolivianos son evidentes cuando se desagrega el indicador por características socioeconómicas del jefe de hogar y por características socioeconómicas y geográficas de los hogares bolivianos. Los hogares que tienen a un jefe de hogar no indígena o con un mayor grado académico, presentan un gasto de bolsillo en salud mayor, en términos absolutos. Sin embargo, al relacionar el gasto de bolsillo en salud con el ingreso del hogar se puede ver que los gastos de bolsillo en salud representan un peso mayor para los hogares que tienen un jefe de hogar indígena y sin educación, o cuyo nivel de educación es básico.

Al analizar la representatividad del GBS respecto al ingreso del hogar, se puede observar que este indicador es mayor para los hogares pobres respecto a los hogares no pobres, a lo largo de todo el periodo analizado. Cuando se analiza

las diferencias en el gasto de bolsillo en salud entre hogares por área de residencia, se puede apreciar que las brechas absolutas a favor de los hogares del área urbana respecto del área rural persisten a lo largo de los años. Sin embargo, si se relaciona el GBS con el ingreso del hogar, se puede observar que este indicador es mayor para los hogares del área rural respecto a los hogares del área urbana entre 2013 y 2019, y que prácticamente se iguala en 2021.

La desagregación del GBS por departamento muestra que, en 2013, Cochabamba y Santa Cruz registraban el mayor GBS promedio, mientras que en 2015 son Tarija y Santa Cruz, en 2017 son Oruro y Cochabamba, en 2019 son Cochabamba y Pando. Es decir, no hay una tendencia definida por departamento. Para 2021, Santa Cruz y Pando son los departamentos con mayores GBS promedio, mientras que Chuquisaca y Potosí registran los menores GBS promedio.

La diferencia en la media del GBS para los hogares donde al menos hay un miembro del hogar inscrito al SUS en comparación a los hogares donde no hay nadie beneficiado de este seguro universal para 2021 es de 738 Bs.

Al analizar el porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, se puede ver que los hogares con un jefe de hogar indígena presentan mayores porcentajes de GC a lo largo del tiempo. Sin embargo, las diferencias no son tan considerables como en los anteriores casos. En 2019 se tenía una brecha de menos del 1% entre hogares con jefe de hogar indígena y no indígena.

La educación del jefe de hogar es un claro diferenciador de la proporción de hogares con GC, en especial entre los hogares con un jefe de hogar con una educación alcanzada de nivel básico en comparación con una educación alcanzada a nivel superior.

Al estimar el gasto catastrófico según área de residencia, se obtiene como resultado que los hogares en el área rural son los que enfrentan mayor gasto catastrófico a lo largo de todo el período analizado.

El análisis por departamento no muestra una tendencia clara con relación a algún departamento específico que lidere este indicador. Sin embargo, Potosí y Cochabamba alcanzaron altos niveles en 2013 con 17,8% y 13,7% respectivamente, y Oruro alcanzó un 11% en 2021.

Al considerar la cantidad de personas mayores a 60 años en el hogar se observa que el porcentaje de hogares con GC y que no tenían personas mayores a 60 años se incrementó del 3.4 % a 6 % entre 2017 y 2019. Con relación a los hogares con una persona mayor, el mismo pasó de 10% a 12.6% y, por último, la subida fue del 1% aproximadamente para los hogares con 2 o más personas mayores.

La estadística descriptiva muestra en este caso que las diferencias del GBS entre hogares con distintas características geográficas y socioeconómicas se fueron acortando a lo largo de los años.

Por lo tanto, aun es necesario realizar mayores esfuerzos en el sistema de salud público boliviano y específicamente en el gasto público en salud destinado especialmente a cubrir cada vez más a las familias desventajadas, para que se pueda ir reduciendo sus gastos de bolsillo en salud y que cada vez menos hogares bolivianos lleguen a enfrentar gastos catastróficos en salud que en muchos casos los llevan a una situación de pobreza.

De igual manera, se debe poner énfasis en realizar el análisis de la cobertura de los seguros públicos de salud, su impacto y sus beneficios para los hogares en particular y para la sociedad en general, ya que en esta investigación se vio la importancia que tienen las mismas en la reducción de los gastos de bolsillo en salud.

### **13. Recomendaciones**

La problemática identificada en la presente investigación hace notar la importancia que tienen los gastos de bolsillo en salud en general; y los gastos catastróficos en salud en particular, para las familias bolivianas. Es por esto por lo que se recomienda actualizar la forma de identificar los gastos que se consideran para calcular el gasto no alimentario que se constituye en el denominador del gasto catastrófico en salud, en futuras investigaciones.

Por otro lado, sería importante realizar el análisis del gasto de bolsillo en salud a nivel individual, diferenciando por rangos etarios, lo cual sería de mucha utilidad para analizar el impacto de las políticas públicas en el gasto directo en salud que realizan estos grupos etarios.

De la misma forma se puede complementar el análisis con modelos probabilísticos que permitan determinar el efecto de cada una de las variables en la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud.

Asimismo, se recomienda complementar en análisis del gasto de bolsillo de hogares con la utilización de algún deflactor tal como el Índice de Precios al Consumidor, específico para el sector salud, con el fin de comparar todas las variables en términos reales.

## 14. Referencias Bibliográficas

1. Ibarrarán P. Los retos para la salud de una población envejecida [Internet]. BID; 2019. Available from: <https://blogs.iadb.org/salud/es/poblacion-envejecida/>
2. Gaceta Oficial de Bolivia. Decreto Supremo 25265 [Internet]. 1998. Available from: <http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/25265>
3. Gaceta Oficial de Bolivia. DECRETO SUPREMO N° 0066 [Internet]. Bolivia; 2009. Available from: [http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis\\_gob/27476](http://www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/verGratis_gob/27476)
4. ONU. La Asamblea General adopta la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. 2015. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/#:~:text=Además de poner fin a,el crecimiento económico sostenido%3B adoptar>
5. Casalí P, Goldschmit A, Cetrángolo O. Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina [Internet]. OIT; 2021. 48 p. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_768040.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_768040.pdf)
6. Gaceta Oficial de Bolivia. LEY N° 1152 [Internet]. Bolivia; 2019. Available from: <http://gacetaoficialdebolivia.gob.bo/normas/buscar/1152>
7. Amaya J, Ruiz F. Determining factors of catastrophic health spending in Bogota, Colombia. *Int J Health Care Finance Econ* [Internet]. 2011;11(2):83–100. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10754-011-9089-3>
8. OCDE. Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020 [Internet]. 2020 [cited 2021 Dec 16]. Available from: <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/9970a88c-es/index.html?itemId=/content/component/9970a88c-es>
9. Banco Mundial, OECD. Health at a Glance: Latin America and the Caribbean 2020. 2020.
10. OMS. Informe de monitoreo mundial de la protección financiera en relación con la salud 2021 [Internet]. 2021. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352797>
11. Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR, et al. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Heal* [Internet]. 2018;6(2):169–79. Available from: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2817%2930429-1>
12. Banco Mundial, OMS. Banco Mundial y OMS: la mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales y los gastos en salud abocan aún hoy a la pobreza extrema a 100 millones de personas [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news/item/13-12-2017-world->

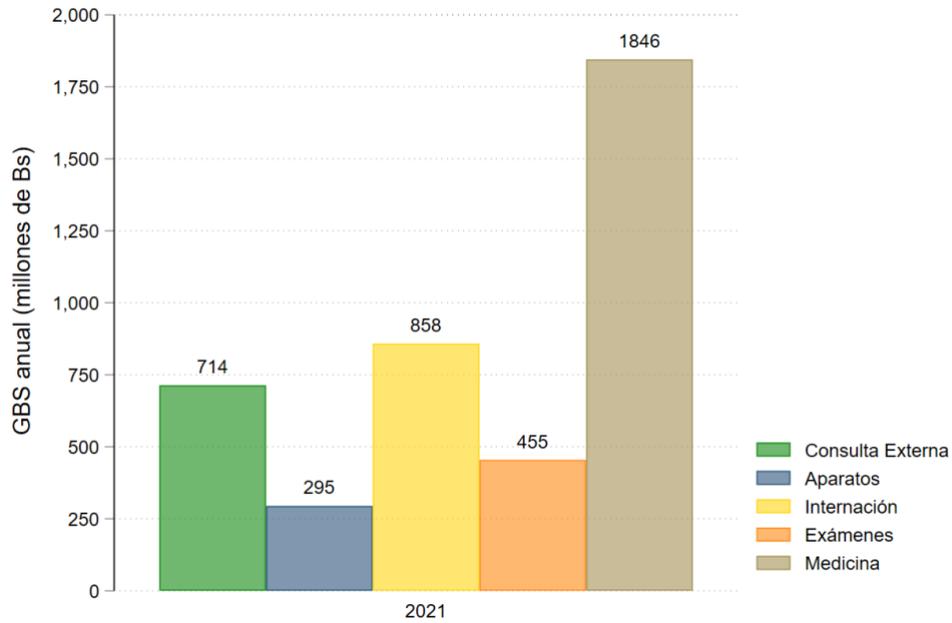
- bank-and-who-half-the-world-lacks-access-to-essential-health-services-100-million-still-pushed-into-extreme-poverty-because-of-health-expenses#:~:text=millones de personas-,Banco Mundial y OMS%3A la mitad
13. OMS. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. [Internet]. Vol. 77. 2005. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>
  14. Wagstaff A, van Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ.* 2003;12(11):921–33.
  15. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* [Internet]. 2003;362(9378):111–7. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=medc&AN=12867110>
  16. CEPAL. Medición de la pobreza por ingresos [Internet]. Metodologías de la CEPAL N° 2. 2018. 1–232 p. Available from: [https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44314/1/S1800852\\_es.pdf](https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44314/1/S1800852_es.pdf)
  17. Figueroa M. Una aproximación a la medición de la pobreza y su importancia en las políticas públicas [Internet]. 2020. Available from: <https://www.undp.org/es/bolivia/blog/una-aproximación-la-medición-de-la-pobreza-y-su-importancia-en-las-políticas-públicas#:~:text=En Bolivia%2C el valor del,urbana y de 1.8 USD>
  18. Sáenz H, Guzmán Á. Gasto catastrófico y utilización de servicios de salud, México 2018. *Rev Econ Fac Econ Univ Autónoma Yucatán* [Internet]. 2021;38(97):65–87. Available from: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2395-87152021000200065](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2395-87152021000200065)
  19. Petretera M, Jiménez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010–2014. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018;42:1–7. Available from: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49033/v42e202018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  20. Giménez E, Araujo J, Quevedo D, Caballero R. Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de menores de 5 años según su condición de pobreza en Paraguay. *Rev salud pública Paraguay* [Internet]. 2020;44–51. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2307-33492020000100044&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?pid=S2307-33492020000100044&script=sci_abstract&tlng=es)
  21. Proaño D, Bernabé E. Determinants of catastrophic healthcare expenditure in Peru. *Int J Heal Econ Manag* [Internet]. 2018;18(4):425–36. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10754-018-9245-0>
  22. Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, de la Rosa FG, Florez-Tanus Á, Moreno-Ruiz D, et al. Out-of-pocket catastrophic health expenditure in households of Cartagena, Colombia. *Rev Salud Publica.* 2018;20(5):591–8.

23. Díaz-González E, Ramírez-García JB. Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles Poblac.* 2017;23(91):65–91.
24. OMS. Global spending on health: Weathering the storm 2020 [Internet]. 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>
25. OMS. Global spending on health: Rising to the pandemic's challenges [Internet]. 2022. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240064911>
26. UNICEF. El derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes [Internet]. 2020. Available from: [https://www.unicef.org/chile/media/6626/file/minuta\\_5.pdf](https://www.unicef.org/chile/media/6626/file/minuta_5.pdf)
27. Banco Mundial. La falta de servicios de salud representa un desperdicio en materia de capital humano: cinco maneras para lograr una cobertura sanitaria universal [Internet]. 2018. Available from: <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>
28. CSEM. El kit para abogacía por una salud para todos. 2008; Available from: [https://csemonline.net/wp-content/uploads/2021/09/HFA-Advocacy-Toolkit\\_ES\\_final-11-11-21.pdf](https://csemonline.net/wp-content/uploads/2021/09/HFA-Advocacy-Toolkit_ES_final-11-11-21.pdf)
29. Giménez C, Valente X. El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: Ideas para un debate en ciernes. *Cuad CENDES* [Internet]. 2010;27(74):51–79. Available from: [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-25082010000200004](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082010000200004)
30. Zeller N. Políticas públicas : marco conceptual metodológico para el estudio de las políticas públicas [Internet]. 2007. Available from: [http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf\\_319.pdf](http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/inap/20171117033554/pdf_319.pdf)
31. OMS. Cobertura sanitaria universal [Internet]. 2022. Available from: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
32. Tobar F. La financiación de la salud [Internet]. *DELS*; 2017. Available from: <https://salud.gob.ar/dels/entradas/la-financiacion-de-la-salud>
33. PNUD. ¿Atrapados? Desigualdad y crecimiento económico en América Latina y el Caribe [Internet]. 2021. Available from: [https://www.undp.org/es/latin-america/publications/capitulo-1-irdh2021#:~:text=América Latina y el Caribe \(ALC\) se encuentra en una,alta desigualdad y bajo crecimiento.&text=A pesar de décadas de,con niveles similares de desarrollo.](https://www.undp.org/es/latin-america/publications/capitulo-1-irdh2021#:~:text=América Latina y el Caribe (ALC) se encuentra en una,alta desigualdad y bajo crecimiento.&text=A pesar de décadas de,con niveles similares de desarrollo.)
34. CAF. Desigualdades heredadas [Internet]. 2022. Available from: <https://scioteca.caf.com/handle/123456789/1981>
35. Wagstaff A. Inequalities in health in developing countries : swimming against the tide? [Internet]. Policy research working papers. 2002. Report

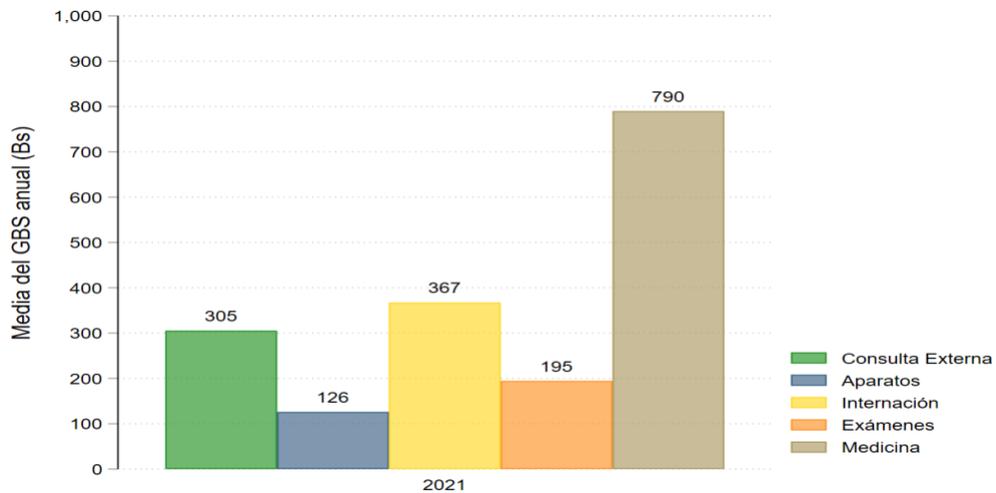
- No.: 2795. Available from: <http://econ.worldbank.org/resource.php?type=5>
36. Lu C, Chin B, Li G, Murray C. Limitations of methods for measuring out-of-pocket and catastrophic private health expenditures. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2009;87(3):238–44. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2654642/>
  37. Thu Thuong NT, Van Den Berg Y, Huy TQ, Tai DA, Anh BNH. Determinants of catastrophic health expenditure in Vietnam. *Int J Health Plann Manage*. 2021;36(2):316–33.

## Anexos

### Anexo 1 – Figuras adicionales



**Figura 21.** Composición del GBS total anual del año 2021



**Figura 22.** Media de los componentes del GBS anual del año 2021

**Anexo 2 – Cuestionarios Encuestas de Hogares 2013, 2015, 2017, 2019 y 2021**

**Cuestionario Encuesta de Hogares 2013 del Instituto Nacional de Estadística**

**Estado Plurinacional de Bolivia**



**ENCUESTA DE HOGARES 2013**

**IMPORTANTE**  
La información solicitada es estrictamente confidencial y su recolección está autorizada por Decreto Ley No. 14100

FOLIO 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UBICACIÓN GEOGRÁFICA					
1	Departamento				
2	Provincia				
3	Municipio				
4	Canton Estadístico				
5	Ciudad/Comunidad				
6	Zona/Localidad				
7	Sector Censal				
8	Segmento Censal				
9	N° de UPM				
10	N° de Manzana				
11	N° de Vivienda				
12	N° de Hogar				

Dirección de la Vivienda						
Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/KM	Piso	N° Dpto.	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización

**RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA**   
(Copia de la contratapa de este cuestionario)

**SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS**

**PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	5. ¿Qué relación o parentesco tiene (...) con el jefe o jefa del hogar? (Nombre)		ENCUESTADOR/A:			7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígenas originarios?			8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?			ENCUESTADOR/A:		PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS	
	1. JEFE O JEFA DEL HOGAR 2. ESPOSA/O O CONVIVIENTE 3. HIJO/A O ENTEMADO/A 4. YERNO O NUERA 5. HERMANO/A O CUÑADO/A 6. PADRES 7. SUEGROS 8. NIETO/NIETA 9. OTRO PARIENTE 10. OTRO QUE NO ES PARIENTE 11. EMPLEADO/O DEL HOGAR 12. PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR		INDAGUE QUIEN ES EL ESPOSA/O O COMPAÑERO/A, PADRE/PADRASTRO O MADRE/MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE. SI NO SE APLICA ANOTE 00 EN LA CELDA RESPECTIVA			ESPECIFIQUE SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE			A. NO HABLA ALGÚN B. NO PUEDE HABLAR			SI EL ENTREVISTADO ES:  1. MENOR DE 12 AÑOS PASE A LA PÁG. 4, SECC. 3, PREG. 1  2. DE 12 AÑOS O MÁS CONTÍNE CON LA PREG. 10		10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?  1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. CONVIVIENTE O CONCUBINO/A 4. SEPARADO/A 5. DIVORCIADO/A 6. VIUDO/A	
			Su esposa/o compañera/o	Su padre/ padrastra	Su madre/ madrastra	1°	2°	3°	Especifique			REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE			
5		6			7			8			9		10		
01	1														
02															
03															
04															
05															
06															
07															
08															
09															
10															
11															
12															

**SECCIÓN 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)**

**PARTE D: SALUD GENERAL**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	18. ¿(...) Tiene alguna enfermedad crónica que haya sido diagnosticada como:  1. Diabetes? 2. Cáncer? 3. Enfermedad renal? 4. Enfermedad del corazón? 5. Tuberculosis? 6. Chagas? 7. Derrame cerebral? 8. Enfermedad del hígado? 9. Otra enfermedad crónica (Especifique) 10. Ninguna?			19. En los últimos 12 meses, ¿se ha enfermado (...) de:  1. Malaria? 2. Dengue? 3. Leishmaniasis? 4. Ninguno?		20. Cuando tiene problemas de salud, ¿acude a ...  A. Cajeros de salud (CNS, COSSMIL u otras)? B. Establecimientos de salud públicos? C. Establecimientos de salud privados? D. Médico tradicional? E. La farmacia?					21. ¿Está (...) registrado o afiliado a alguno de los siguientes seguros de salud?  1. SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) 2. SPAM (Seguro de Salud para el Adulto Mayor) 3. CNS (Caja Nacional de Salud/ Caja de la Banca Privada)/ Banca Estatal/ COSSMIL/ 4. Seguro de Salud del Gobierno Autónomo Departamental o Municipal 5. Seguros privados 6. Otro (Especifique) 7. Ninguno?			22. ¿En los últimos 12 meses, cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:  A. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirieron pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro?  B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.?  C. Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.?  D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.?  SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN				22a. ¿En los últimos 3 meses, cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:  A. Medicinas: Que compró con o sin receta, (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?
	REGISTRE EN ORDEN DE IMPORTANCIA			REGISTRE EN ORDEN DE IMPORTANCIA														
	1°	2°	Especifique	1°	2°	A	B	C	D	E	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	A
					1. Si 2. No								Monto (Bs)				Monto (Bs)	
18			19		20					21			22				22a.	
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		

# Cuestionario Encuesta de Hogares 2015 del Instituto Nacional de Estadística

## ENCUESTA DE HOGARES 2015

**IMPORTANTE**  
La información solicitada es estrictamente confidencial y su recolección está autorizada por Decreto Ley No. 14100

Folio

Espacio de Sticker

--	--	--	--

UBICACIÓN GEOGRÁFICA												
1	Cod. Comunidad/Manzana										-	-
2	N° Vivienda											
3	N° Hogar											

**GEOREFERENCIACIÓN**

N° de Punto		Latitud		Longitud		Altura	Precisión

**CÓDIGO GPS / TABLET**

ECON	-		-		-				
------	---	--	---	--	---	--	--	--	--

Dirección de la Vivienda						
Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/KM	Piso	N° Dpto.	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización

<b>Instancia de selección</b>	
UPM <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>	VIVIENDA <input style="width: 50px;" type="checkbox"/>

1. Vivienda seleccionada
2. Vivienda Omítda
3. Vivienda de UPM adicional
4. Vivienda reemplazo

**RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA**

(Copie de la contratapa de este cuestionario)

**SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS**

**PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	5. ¿Qué relación o parentesco tiene (Nombre) con el jefe o jefa del hogar?	ENCUESTADOR/A:		7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígena originarios?			8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?	ENCUESTADOR/A:	PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS
	1. JEFE O JEFA DEL HOGAR 2. ESPOSA/O O CONVIVIENTE 3. HIJO/A O ENTENADO/A 4. YERNO O NUERA 5. HERMANO/A O CUÑADO/A 6. PADRES 7. SUEGROS 8. NIETO/NIETA 9. OTRO PARIENTE 10. OTRO QUE NO ES PARIENTE 11. EMPLEADO/O DEL HOGAR 12. PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR	<b>INDAGUE QUIEN ES EL ESPOSA/O O COMPAÑERO/A, PADRE/PADRASTRO O MADRE/MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE. SI NO SE APLICA ANOTE 00 EN LA CELDA RESPECTIVA</b>		<b>ESPECIFIQUE SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE</b>  A. NO HABLE AÚN B. NO PUEDE HABLAR  <b>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y PASE A LA PREG. 9</b>			SI EL ENTREVISTADO ES:  <b>1. MENOR DE 12 AÑOS PASE A LA PÁG. 4, SECC. 3, PREG. 1</b>  <b>2. DE 12 AÑOS O MÁS CONTÍNE CON LA PREG. 10</b>	10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?  1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. CONVIVIENTE O CONCLUBINO/A 4. SEPARADO/A 5. DIVORCIADO/A 6. VIUDO/A	
	Su esposa/o compañera/o	Su padre/ padrastra	Su madre/ madrastra	1°	2°	3°	Especifique	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	
	<b>5</b>	<b>6</b>		<b>7</b>			<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
01	1								
02									
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									
11									
12									

**SECCIÓN 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)**

**PARTE A: SALUD GENERAL**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿(...) Tiene alguna enfermedad crónica que haya sido diagnosticada como:	2. En los últimos 12 meses, ¿se ha enfermado (...) de:		3. En los últimos 12 meses, por problemas de salud, ¿cuadrió o se atendió en...:						4. ¿Está (...) registrado o afiliado a alguno de los siguientes seguros de salud?			5. ¿En los últimos 12 meses, cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:					6. ¿Tiene (...) de manera permanente...						ENCUESTADOR/A		
	1. Diabetes? 2. Cáncer? 3. Enfermedad renal? 4. Enfermedad del corazón? 5. Tuberculosis? 6. Chagas? 7. Reumatismo/Artritis/Artrrosis? 8. Enfermedad del hígado? 9. Otra enfermedad crónica (Especifique) 10. Ninguna?	1. Malaria? 2. Dengue? 3. Leishmaniasis? 4. Ninguno?	A. Casas de salud (CNS, COSSMIL, u otros)? B. Establecimientos de salud públicos? C. Establecimientos de salud privados? D. Su domicilio, atendido por el Programa "Mi Salud"? E. Médico tradicional? F. La farmacia?						1. Prestaciones del Servicio de Salud Integral (zonas SUR y SSPM)? 2. CNS (Caja Nacional de Salud/ Caja de la Banca Privada/ Banca Estatal/ COSSMIL/ Seguro Universitario) 3. Seguros de Salud del Gobierno Autónomo Departamental o Municipal 4. Seguros privados 5. Otro (Especifique) 6. Ninguno?			A. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirieron pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro? B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.? C. Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.? D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.? E. Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas					A. Falta o inmovilidad de sus piernas? B. Falta o inmovilidad de sus brazos? C. Sordera? D. Mudez? E. Ceguera? F. Otra limitación? (Especifique)						REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y HAGLA CASO DEL FLUJO SI LA PERSONA ENTREVISTADA ES: 1. MENOR DE 5 AÑOS, PASE A LA PREG. 17 2. DE 5 AÑOS, PASE A LA PREG. 25 3. MUJER DE 6 A 12 AÑOS, PASE A LA PÁG. 9, PREG. 1 4. MUJER ENTRE 13 Y 50 AÑOS, PASE A LA PREG. 8 5. MUJER DE 51 AÑOS O MÁS, PASE A LA PREG. 23 6. HOMBRE ENTRE 6 Y 14 AÑOS, PASE A LA PÁG. 9, PREG. 1 7. HOMBRE DE 15 Y MÁS AÑOS, PASE A LA PREG. 23			
			REGISTRE EN ORDEN DE IMPORTANCIA		REGISTRE EN ORDEN DE IMPORTANCIA		1. Si 2. No						SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN					1. Si 2. No								
1º	2º	Especifique	1º	2º	A	B	C	D	E	F	1º	2º	Especifique	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	F	Especifique	
1			2		3						4			5					6						7	
01																										
02																										
03																										
04																										
05																										
06																										
07																										
08																										
09																										
10																										
11																										
12																										

# Cuestionario Encuesta de Hogares 2017 del Instituto Nacional de Estadística

## ENCUESTA DE HOGARES 2017

**IMPORTANTE**  
La información solicitada  
es estrictamente  
confidencial y su  
recolección está  
autorizada por Decreto Ley  
No. 14100

Folio 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

UBICACIÓN GEOGRÁFICA																																
<b>1</b>	Cod. Comunidad/Manzana																															
<b>2</b>	N° Vivienda																															
<b>3</b>	N° Hogar																															

**GEOREFERENCIACIÓN**

N° de Punto		Latitud		Longitud		Altura		Precisión	
-------------	--	---------	--	----------	--	--------	--	-----------	--

**CÓDIGO GPS / TABLET**

ECOM											
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dirección de la Vivienda							
Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/KM	Piso	N° Dpto.	N°Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización	

**Instancia de selección**

UPM  1. UPM seleccionada  
2. UPM de reemplazo  
3. UPM adicional

VIVIENDA  1. Vivienda seleccionada  
2. Vivienda Omitida  
3. Vivienda de UPM adicional

**RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA**

(Copie de la contratapa de este cuestionario)

**SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS**

**PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	5. ¿Qué relación o parentesco tiene (...) con el jefe o jefa del hogar?	ENCUESTADOR/A:			7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígena originarios?	8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?	ENCUESTADOR/A:	PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS		
	1. JEFE O JEFA DEL HOGAR 2. ESPOSO O CONVIVIENTE 3. HIJO(A) O ENTENADO(A) 4. HERMANO(A) O CUÑADO(A) 5. PADRES 6. SUEGROS 7. NIETO(NIETA) 8. OTRO PARIENTE 9. OTRO QUE NO ES PARIENTE 10. EMPLEADO(A) DEL HOGAR 11. CAMA ADETRON 12. PARIENTE DE LA EMPLEADO(A) DEL HOGAR	<b>INDAGUE QUIEN ES EL ESPOSO/A O COMPAÑERO/A, PADRE/PADRASTRO O MADRE/MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.</b>			<p><b>ESPECIFIQUE SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; width: fit-content; margin: 0 auto;">           A. NO HABLE AÚN            B. NO PUEDE HABLAR         </div> <p>REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y PASE A LA PREG. 9</p>			SI EL ENTREVISTADO ES:	10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?	
		Su esposa/o compañera/o	Su padre/ padrastrro	Su madre/ madrastra	1°	2°	3°	Especifique	1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. CONVIVIENTE O CONCUBINO/A 4. SEPARADO/A 5. DIVORCIADO/A 6. VIUDO/A	
	<b>5</b>	<b>6</b>			<b>7</b>			<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>
<b>01</b>	<b>1</b>									
<b>02</b>										
<b>03</b>										
<b>04</b>										
<b>05</b>										
<b>06</b>										
<b>07</b>										
<b>08</b>										
<b>09</b>										
<b>10</b>										
<b>11</b>										
<b>12</b>										

**SECCIÓN 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)**  
**PARTE A: SALUD GENERAL**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿(,)Tiene alguna enfermedad crónica que haya sido diagnosticada como:													2. En los últimos 12 meses, ¿se ha enfermado (...) de:						3. En los últimos 12 meses, por problemas de salud, ¿acudió o se atendió en...							4. ¿Está (...) registrada/o o afiliada/o a alguno de los siguientes seguros de salud?							5. ¿En los últimos 12 meses, cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:																						
	1. Diabetes? 2. Cáncer? 3. Enfermedad renal? 4. Enfermedad del corazón? 5. Tuberculosis? 6. Chagas? 7. Reumatismo/Artritis/ Artrosis/Osteoporosis? 8. Enfermedad del hígado? 9. Hipertensión arterial? 10. Otra enfermedad crónica (Especifique) 11. Ninguna?																			1. Malaria? 2. Dengue? 3. Leishmaniasis? 4. Chikungunya? 5. Zika? 6. Gripe A(H1N1) u otra influenza? 7. Otras (Especifique) 8. Ninguna?						A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)? B. Establecimientos de salud públicos? C. Establecimientos de salud privados? D. Su domicilio, atendido por el Programa "Mi Salud"? E. Su domicilio? F. Médico tradicional? G. La farmacia sin receta médica (automedicación)?							1. Prestaciones del Servicio de Salud Integral (antes SUMI y SPAM) 2. CNS (Caja Nacional de Salud/ Caja de la Banca Privada/Banca Estatal/COSSMIL / Seguro Universitario) 3. Seguros de Salud del Gobierno Autónomo Departamental o Municipal 4. Seguros privados 5. Otro (Especifique) 6. Ninguno							A. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirió pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro? B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.? C. Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.? D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.? E. Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?																
	1°	2°	Especifique											1°	2°	Especifique				A	B	C	D	E	F	G	1°	2°	Especifique			A	B	C	D	E																				
REGISTRE EN ORDEN DE GRAVEDAD																			REGISTRE EN ORDEN DE GRAVEDAD						1. Si 2. No							SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN																								
01																																																								
02																																																								
03																																																								
04																																																								
05																																																								
06																																																								
07																																																								
08																																																								
09																																																								
10																																																								
11																																																								
12																																																								

# Cuestionario Encuesta de Hogares 2019 del Instituto Nacional de Estadística

## ENCUESTA DE HOGARES 2019

**IMPORTANTE**  
La información solicitada es estrictamente confidencial y su recolección está autorizada por Decreto Ley No. 14100

Folio  -  -

UBICACIÓN GEOGRÁFICA										
<b>1</b>	Cod. Comunidad/Manzana	<input type="text"/>								
<b>2</b>	N° Vivienda	<input type="text"/>								
<b>3</b>	N° Hogar	<input type="text"/>								

### GEOREFERENCIACIÓN

N° de Punto  Latitud  Longitud  Altura  Precisión

### CÓDIGO GPS / TABLET

ECOM

Dirección de la Vivienda						
Zona/Barrio/Localidad	Calle/Avenida/Km.	Piso	N° Departamento	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

### Instancia de selección

UPM  1. UPM seleccionada  
2. UPM de reemplazo  
3. UPM adicional

VIVIENDA  1. Vivienda seleccionada  
2. Vivienda Omitida  
3. Vivienda de UPM adicional

### RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA

(Cople de la contrapata de este cuestionario)

SECCIÓN 2 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS													
PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS													
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	5. ¿Qué relación o parentesco tiene (...) con el jefe o jefa del hogar?	ENCUESTADOR/A:				ENCUESTADOR/A:	6b. En la presente gestión 2019, ¿principalmente que persona dedicó más horas al cuidado de (...)?			7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígena originarios?	8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?	ENCUESTADOR/A:	PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS
	1. JEFE O JEFA DEL HOGAR 2. ESPOSA/O O CONVIVIENTE 3. HIJO/A O ENTELENOVA 4. HIJO/A ADOPTADO/A 5. YERNO O NIERNA 6. HERMANO/A O CUÑADO/A 7. PADRES 8. SUEGROS 9. NIETO/NIETA 10. OTRO PARIENTE 11. OTRO QUE NO ES PARIENTE 12. EMPLEADO/O DEL HOGAR CAMA ADENTRO 13. PARIENTE DE LA EMPLEADA/O DEL HOGAR	INDAGUE QUIEN ES EL ESPOSA/O COMPAÑERO/A, PADRE/PADRASTRO/TUTOR/GUARDADOR O MADRE/MADRASTRA/TUTORA/GUARDADORA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CASILLA CORRESPONDIENTE.  SI NO SE APLICA ANOTE 00 EN LA CELDA RESPECTIVA				SI EL ENTREVISTADO ES:  1. MENOR DE 6 O DE 60 AÑOS O MÁS SIGA CON LA PREGUNTA 6b  2. DE 6 A 59 AÑOS CONTINUAR CON LA PREG. 7	SE EL PRINCIPAL CUIDADOR ES ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR ANOTAR EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA.  21. Padre o madre de (...) que vive en otro hogar 22. Abuelo(o) de (...) que vive en otro hogar 23. Tios u otro pariente de (...) que vive en otro hogar 24. Empleado/instituz 25. Guandera 26. Otro no pariente 27. Hija(o) de (...) que vive en otro hogar 28. Nieta(o) u otro familiar de (...) que vive en otro hogar 29. Se cuida solo	ESPECIFIQUE SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE  A. NO HABLA AÚN B. NO PUEDE HABLAR  REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y PASE A LA PREG. 9	SI EL ENTREVISTADO ES:  1. MENOR DE 12 AÑOS PASE A LA PÁG. 4, SECC. 3, PREG. 1  2. DE 12 AÑOS O MÁS CONTINUE CON LA PREG. 10	10. ¿Cuál es su estado civil o conyugal actual?  1. SOLTERO/A 2. CASADO/A 3. CONVIVIENTE O CONCUBINO/A 4. SEPARADO/A 5. DIVORCIADO/A 6. VIUDO/A			
5	6				6a	6b			7	8	9	10	
01	1												
02													
03													
04													
05													
06													
07													
08													
09													
10													
11													
12													

**SECCION 4 SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)**

**PARTE A: SALUD GENERAL**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿(....) Tiene alguna enfermedad crónica que haya sido diagnosticada como:		2. En los últimos 12 meses, ¿se ha enfermado (...) de:		3. En los últimos 12 meses, por problemas de salud, ¿acudió o se atendió en...:							4. ¿Está (...) registrada/o o afiliada/o a alguno de los siguientes seguros de salud:		5. ¿En los últimos 12 meses, cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:								
	1. Diabetes? 2. Cáncer? 3. Enfermedad renal? 4. Enfermedad del corazón? 5. Tuberculosis? 6. Chagas? 7. Reumatismo/Artritis/ Artrosis/Osteoporosis? 8. Enfermedades del hígado? 9. Gastritis crónica 10. Hipertensión arterial? 11. Otra enfermedad crónica (Especifique) 12. Ninguna?		1. Malaria? 2. Dengue? 3. Leishmaniasis? 4. Chikungunya? 5. Zika? 6. Gripe A(H1N1) u otra influenza? 7. Otras (Especifique) 8. Ninguna?		A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)? B. Establecimientos de salud públicos? C. Establecimientos de salud privados? D. Su domicilio, atendido por el Programa "Mi Salud"? E. Su domicilio? F. Médico tradicional? G. La farmacia sin receta médica (automedicación)?							1. Sistema Único de Salud (SUS) - Ley 1152 (Antes prestaciones del Servicio de Salud Integral - Ley 475, SUMI y SSPAM)? 2. Cajas de salud (Caja Nacional de Salud/Caja de la Banca Privada/Caja Petrolera/Banca Estatal/COSSMIL/ Seguro Universitario u otras Cajas)? 3. Seguros de Salud del Gobierno Autónomo Departamental o Municipal? 4. Seguros privados? 5. Otro (Especifique) 6. Ninguno?		A. Servicios médicos por consulta externa: Por todas las visitas hechas a médicos, enfermeras, dentistas, etc. que no requirieron pasar la noche en un hospital, excluyendo costo de medicinas o costos pagados por el seguro? B. Aparatos: Aparatos o equipos ortopédicos, lentes, audífonos, placas dentales, etc.? C. Internación hospitalaria: Todos los gastos por las noches que tuvo que pasar en un hospital o clínica, incluyendo cirugía, medicamentos, alimentación, etc.? D. Exámenes o servicio de ambulancia: Exámenes de laboratorio, como rayos X o análisis de sangre, ambulancia, etc.? E. Medicinas: Que compró con o sin receta (no incluye las medicinas pagadas por el seguro, ni las medicinas pagadas como parte de pasar la noche en un hospital o clínica)?								
	REGISTRE EN ORDEN DE GRAVEDAD		REGISTRE EN ORDEN DE GRAVEDAD		1. Si 2.No							SI NO PAGÓ NADA ANOTE 00 Y PASE A LA SIGUIENTE OPCIÓN		A	B	C	D	E				
1°	2°	Especifique	1°	2°	Especifique	A	B	C	D	E	F	G	1°	2°	Especifique	Monto (Bs)						
1			2			3							4					5				
01																						
02																						
03																						
04																						
05																						
06																						
07																						
08																						
09																						
10																						
11																						
12																						

# Cuestionario Encuesta de Hogares 2021 del Instituto Nacional de Estadística

## ENCUESTA DE HOGARES 2021

**IMPORTANTE**  
 La información solicitada es estrictamente confidencial y su recolección está autorizada por Decreto Ley No. 14100

Folio

UBICACIÓN GEOGRÁFICA										
1	Cod. Comunidad/Manzana	<input style="width: 20px;" type="text"/>								
2	N° Vivienda	<input style="width: 20px;" type="text"/>								
3	N° Hogar	<input style="width: 20px;" type="text"/>								

**GEOREFERENCIACIÓN**

N° de Punto  
 Latitud  °  '  "
 Longitud  °  '  "
 Altura  m
 Precisión

**CÓDIGO GPS / TABLET**

ECON

Dirección de la Vivienda						
Zona/Barrío/Localidad	Calle/Avenida/Km.	Piso	N° Dpto.	N° Puerta	Teléfono	Otras referencias de localización
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			

<b>Instancia de selección</b>	
UPM <input style="width: 40px;" type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. UPM seleccionada</li> <li>2. UPM de reemplazo</li> <li>3. UPM adicional</li> </ul>	VIVIENDA <input style="width: 40px;" type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>1. Vivienda seleccionada</li> <li>2. Vivienda Omitida</li> <li>3. Vivienda de UPM adicional</li> </ul>

**RESULTADO FINAL DE LA ENTREVISTA**

(Copie de la contratapa de este cuestionario)

**SECCIÓN 1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOGAR Y SUS MIEMBROS**  
**PARTE A: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOCRÁTICAS**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	ENCUESTADOR/A			6. En la presente gestión 2021 ¿Principalmente que persona dedicó más horas al cuidado de (...)?			7. ¿Qué idiomas habla, incluidos los de las naciones y pueblos indígenas originarios?			8. ¿Cuál es el idioma o lengua en el que aprendió a hablar en su niñez?			9. Como boliviana o boliviano ¿A que nación o pueblo indígena originario campesino o afro boliviano pertenece?			ENCUESTADOR/A			PERSONAS DE 12 AÑOS O MÁS		
	INDIQUE QUIEN ES EL ESPOSO/A O COMPAREÑO/A, PADRE/MADRASTRA O MADRE/MADRASTRA DE CADA UNO DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR. ANOTE EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE ESTAS PERSONAS EN LA CUESTA CORRESPONDIENTE. SI NO SE APLICA ANOTE 00 EN LA CELDA RESPECTIVA.			SI EL ENTREVISTADO ES: 1. MENOR DE 6 O MAYOR DE 60 AÑOS O MÁS, SIGA CON LA PREGUNTA 6 2. DE 6 A 59 AÑOS CONTINUAR CON LA PREGUNTA 7			SI EL PRINCIPAL CUIDADOR ES ALGUN MIEMBRO DEL HOGAR ANOTAR EL CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA. SI EL PRINCIPAL CUIDADOR NO ES MIEMBRO DEL HOGAR, ANOTAR LAS SIGUIENTES OPCIONES DE RESPUESTA: 21. Padre o madre de (...) que vive en otro hogar 22. Abuelo(a) de (...) que vive en otro hogar 23. Tío u otro pariente de (...) que vive en otro hogar 24. Empleada/Institutz 25. Guardería 26. Otro no pariente 27. Hija(o) de (...) que vive en otro hogar 28. Nieto(a) u otro familiar de (...) que vive en otro hogar 29. Se cuida solo			ESPECIFIQUE SEGÚN ORDEN DE IMPORTANCIA PARA EL INFORMANTE, COMENZANDO POR EL MÁS FRECUENTE A. NO HABLE AÓN B. NO PUEDE HABLAR REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE Y PASE A LA PREG. 9			1. Pertenece... ¿A cuál? 2. No pertenece 3. No soy boliviana o boliviano			SI EL ENTREVISTADO ES: 1. MENOR DE 12 AÑOS PASE A LA PARTE B, PREG. 11 2. DE 12 AÑOS O MÁS CONTINUE CON LA PREG. 10			1. SOLTERÍA 2. CASADÍA 3. CONVIVIENTE O CONCUBINARIA 4. SEPARADÍA 5. DIVORCIADÍA 6. VIUDA		
	Su esposa/compareño	Su padre/padrastro	Su madre/madrastra	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE	Cód.	1*	2*	3*	Especifique	Cód.	NPIOC	REGISTRE EL CÓDIGO CORRESPONDIENTE									
	5	5a	6a	6	7	8	9	10a	10												
01																					
02																					
03																					
04																					
05																					
06																					
07																					
08																					
09																					
10																					
11																					
12																					

**SECCIÓN 2. SALUD (PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR)**  
**PARTE A: SALUD GENERAL**

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	1. ¿Está (...) registrada/o o afiliada/o a alguno de los siguientes seguros de salud?			2. ¿Por qué (...) no se registró o afilió a algún seguro de salud?			3. En los últimos 12 meses, ¿cuánto tuvo que pagar el hogar por los cuidados de salud de (...) por concepto de:					4. En los últimos 12 meses, por problemas de salud, ¿cuándo o se atendió en...							
	1*	2*	Especifique	Cód.	Especifique	A	B	C	D	E	A	B	C	D	E	F	G	H	
						Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)	Monto (Bs)									
01																			
02																			
03																			
04																			
05																			
06																			
07																			
08																			
09																			
10																			
11																			
12																			

### Anexo 3 – Inclusión de un porcentaje de hogares con Gasto de Bolsillo en Salud igual a cero

Los hogares con GBS iguales a 0 que fueron incluidos en este ejercicio debían cumplir con la condición de que al menos un 50% de sus integrantes no hayan respondido tener algún tipo de seguro. De esta manera, al presentarse este hecho se podía concluir que un hogar realmente no presentó un GBS igual a 0. En caso de que los hogares tengan muchos integrantes asegurados y presenten un GBS igual a 0, el mismo podía darse debido a que el seguro cubrió esos gastos y no es un GBS registrado por la decisión voluntaria del hogar.

Si bien en las preguntas referidas al GBS en **A. Servicios médicos por consulta externa** y **E. Medicinas** se especifican que se excluyen los gastos cubiertos por un seguro, en las opciones **B. Aparatos**, **C. Internación hospitalaria** y **D. Exámenes o servicio de ambulancia** no se cuenta con la misma aclaración. Este último punto también fue consultado con el Manual del/la encuestador/a en las encuestas en las que se realizó el mismo y no se encontró información relacionada.

Una vez realizado el ejercicio, la muestra se incrementa a 85.3%, con un incremento del 10% aproximadamente. Aspecto que es visible en la columna de porcentaje en la Tabla 16.

Año	Muestra		Muestra expandida		Porcentaje
	Total hogares	N. Hogares	Total hogares	N. Hogares	
2013	9.553	8.858	2.845.632	2.637.470	93%
2015	10.171	9.485	3.012.441	2.817.816	94%
2017	11.136	10.032	3.347.098	3.004.553	90%
2019	11.869	9.933	3.453.743	2.893.631	84%
2021	12.847	8.673	3.637.461	2.548.120	70%
Total	55.576	46.981	16.296.375	13.901.590	85,30%

**Tabla 18.** Número de hogares por encuesta y hogares con GBS iguales a 0 incluidos en el análisis entre 2013 y 2021. Elaboración propia

Por su parte, la Tabla 17 muestra la media ajustada del GBS por año que también se presentó en la Tabla 4, pero en esta ocasión con la inclusión de un porcentaje de los hogares que presentaron un GBS igual a 0. Comparando ambas tablas, se observa que la media disminuyó en comparación a dicha situación inicial, y la máxima diferencia se presenta en 2017 con un valor de Bs. 290 y la mínima con valor de Bs. 106 el año 2019.

<b>Año</b>	<b>GBS (media ajustada en Bs)</b>	<b>IC (95%)</b>	<b>CV</b>
2013	1182 (1095,1270)	(1095,1270)	3,8
2015	1199 (1089,1308)	(1089,1308)	4,7
2017	1175 (1070,1280)	(1070,1280)	4,6
2019	1195 (1100,1290)	(1100,1290)	4,1
2021	1635 (1478,1793)	(1478,1793)	4,9

**Tabla 19.** Media ajustada del GBS anual en el periodo 2013-2021. Elaboración propia.

## **Anexo 4 – Metodología del Instituto de Investigaciones Socioeconómicas para el cálculo de gasto de bolsillo en salud, gasto no alimentario y gasto catastrófico en salud**

A continuación, se incluye de manera textual, la explicación de la metodología utilizada por el Instituto de Investigaciones Socioeconómicas (IISEC)<sup>14</sup> para el cálculo de gasto de bolsillo en salud, gasto no alimentario y gasto catastrófico en salud:

A partir de lo propuesto por O' Donnell et al. (2008) Se calcula el gasto de bolsillo que realiza un hogar y posteriormente si incurrió o no en un gasto catastrófico. Se procede a formar y agregar el gasto de bolsillo de un hogar y su gasto no alimentario a partir de los datos de la Encuesta de Hogares (2011-2015). Se toman en cuenta las observaciones de cada hogar realizadas dentro del módulo de gastos y gastos del hogar.

La formación del gasto de bolsillo se obtiene al utilizar datos de las observaciones de la sección de gastos, gastos del hogar (excluyendo cualquier gasto alimentario). Entonces se suman para cada hogar los gastos realizados en salud los últimos tres meses que corresponden a los gastos en medicamentos y productos farmacéuticos; los gastos realizados en salud los últimos 12 meses que incluyen servicios médicos por consulta externa, exámenes médicos (radiografías, de laboratorio, etc.), intervención hospitalaria y aparatos médicos (ortopédicos, bucales, etc.). Cada uno de estos gastos fue anualizado realizando la conversión correspondiente para cada caso.

Para construir el gasto del hogar no alimentario, se consideran las secciones de gasto y gastos del hogar de la encuesta. Se suma para cada hogar los gastos realizados en el último mes en artículos de limpieza del hogar, servicios de transporte público, servicios y artículos de espaciamento y cultura, artículos y servicios de uso personal, servicios doméstico, gastos mensuales en educación, gastos en educación y otros gastos; se excluyen los gastos en tabaco, los gastos en alimentos y bebidas consumidas fuera el hogar, transferencias a otros hogares y gastos realizados en comunicaciones. Los gastos realizados en los últimos tres meses en comunicaciones, vestidos y calzados, artículos textiles y de plástico, salud y servicios a hogares. Los gastos realizados en los últimos doce meses en salud, equipamiento del hogar, distracción, educación y otros gastos; se excluyen los gastos en joyerías, financieros, de turismo y misceláneos<sup>6</sup>.

En todos los casos se excluyen cualquier gasto en alimentos.

Posteriormente se calcula el porcentaje de hogares que se encuentran por encima del umbral definido. Se utiliza un umbral de 40% sugerido por la OMS y O'Donnell et al. (2008) para el cálculo el gasto catastrófico respecto a la capacidad de pago o gasto del hogar no alimentario.

---

<sup>14</sup> Fuente: Instituto de Investigaciones Socioeconómicas (IISEC)  
[https://odsb.ucb.edu.bo/assets\\_ods/recurso/salud\\_catastrofico1.pdf](https://odsb.ucb.edu.bo/assets_ods/recurso/salud_catastrofico1.pdf)