

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
UNIDAD DE POSTGRADO Y RELACIONES INTERNACIONALES**

**DOCTORADO EN GESTIÓN DEL DESARROLLO Y POLÍTICAS
PÚBLICAS**



TESIS DOCTORAL

**POLÍTICAS PÚBLICAS
PARA DISMINUIR LA EXCLUSIÓN EN LOS
SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA**

Postulante: Mg. Norma Amparo Cárdenas Robles

Tutor: PhD. Herland Tejerina Silva

**LA PAZ - BOLIVIA
2024**

DEDICATORIA

A mis papas Jorge y Aurelia, por su inmenso amor, su constante aliento e infinito apoyo durante toda mi vida.

A mi esposo, Marco Antonio, mi compañero de vida, por su amor, ternura, comprensión y paciencia.

A mis hermanos Jorge, Martha, Fernando, Gloria y especialmente a Marina por su perseverante apoyo y la motivación que siempre me inspira.

A mis sobrinos y ahijados Marco y Matías por el cariño incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por estar presente en todo momento de mi vida, por guiarme y protegerme siempre.

Al Dr. Herland Tejerina Silva, profesor tutor, por su colaboración, seguimiento y apoyo en la realización de la presente investigación.

Al Dr. Mario Galindo Soza, Dr. Félix Alberto León Gutiérrez y Hugo Enrique Montaña Nogales, miembros del Tribunal Revisor, por sus observaciones, correcciones y acertadas sugerencias, que fueron un aporte importante en el trabajo realizado. Por su valioso tiempo que le dedicaron en la revisión de la investigación y sus apropiados comentarios.

A la Unidad de Postgrado y Relaciones Internacionales de la Facultad de Derecho y Ciencias Políticas Universidad Mayor De San Andrés, por su valioso y constante apoyo a lo largo de estos años y en la culminación de este trabajo.

Al Lic. Edwin Yujra por sus oportunos consejos y comentarios a lo largo de estos años, que permitieron concluir la presente investigación.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

ALC: América Latina y el Caribe

BCB: Banco Central de Bolivia

BM: Banco Mundial

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CNS: Caja Nacional de Salud

CNFGS: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud

CEPAL: Comisión Económica para América Latina

EBRP: Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza

ECH: Encuesta Continua de Hogares

EPSS: Extensión de la Protección Social en Salud

FPS: Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social

HIPC: Países Pobres Altamente Endeudados

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INE: Instituto Nacional de Estadística

IPC: Índice de Precios al Consumidor

MECOVI: Medición de las Condiciones de Vida MSD

ME: Ministerio de Educación

ONG: Organismos No Gubernamentales

OPS: Organización Panamericana de la Salud

OMS: Organización Mundial de la Salud

PIB: Producto Interno Bruto

SUS: Sistema Único de Salud

SNIS: Sistema Nacional de Información en Salud

TGN: Tesoro General de la Nación

UDAPE: Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales

POLITICAS PUBLICAS PARA DISMINUIR LA EXCLUSIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA

Resumen

La exclusión en salud es un tema de creciente importancia en el ámbito de las políticas públicas, no sólo como un problema que se debe enfrentar y resolver, sino como herramienta de análisis para evaluar las intervenciones destinadas a mejorar el estado de salud de las personas y el desempeño de los sistemas de salud.

Un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud en Bolivia es que en la actualidad no se conoce con exactitud su magnitud, sus factores causales y a quiénes afecta. Tampoco está claro cuáles son las estrategias e intervenciones que han demostrado ser más eficientes, equitativas y sostenibles para combatirla. Esto se debe principalmente a dos razones: al carácter multicausal de la exclusión en salud, que hace que su medición sea compleja y a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

En este caso es un fenómeno multidimensional y complejo que puede presentar variaciones y se relaciona con variables internas y externas relacionadas con el sector. En el caso de la demanda o la dimensión externa toma en cuenta variables como la pobreza, la desigualdad, la discriminación racial, el desempleo y otros.

Esta tesis se centra en estos factores externos, según el análisis realizado en el presente estudio se puede afirmar que el perfil de la población con mayor grado de exclusión está compuesto básicamente por población pobre que reside en zonas rurales y forman parte de la fuerza laboral no asalariada. En términos etarios, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 0 a 25 años; este grupo de riesgo está compuesto por individuos con escaso nivel de instrucción, reflejando problemas culturales para tener acceso a los servicios de salud. Además, las variables para la exclusión en salud se relacionan con factores externos como las barreras

económicas-financieras asociadas al fenómeno de pobreza este problema se encuentra relacionado a la desigualdad de la distribución del ingreso y la informalidad en el empleo que se plantea como otra limitante en la extensión de la protección en salud dado el modelo de aseguramiento formal.

En este sentido, la implementación de una cobertura “universal” gratuita en el punto de atención en Bolivia, fue un gran avance para mejorar el acceso a los servicios de salud. El alcance de la cobertura universal en salud será entonces sujeto a la adopción de múltiples medidas y estrategias de intervención además de la financiera que es primordial, dentro de las cuales deberán ser incluidas políticas de inversión en grupos de población prioritarios mencionados en el presente estudio: área rural, indígenas originarios, personas sin educación, con empleo informal y pobres extremos, entre otros.

Abstract

Health exclusion is a topic of growing importance in the field of public policy, not only as a problem to be addressed and solved, but also as an analytical tool to evaluate interventions aimed at improving the health status of people and the performance of health systems.

One factor that hinders the proper confrontation of health exclusion in Bolivia is that its magnitude, its causal factors, and who it affects are not currently known with accuracy. It is also unclear which strategies and interventions have proven to be more efficient, equitable, and sustainable in combating it. This is mainly due to two reasons: the multicausal nature of health exclusion, which makes its measurement complex, and the scarcity of methodological instruments to characterize and measure the problem.

In this case, it is a multidimensional and complex phenomenon that can present variations and is related to internal and external variables related to the sector. In the case of demand or the external dimension, it takes into account variables such as poverty, inequality, racial discrimination, unemployment, and others.

This thesis focuses on these external factors. According to the analysis carried out in this study, it can be affirmed that the profile of the population with the highest degree of exclusion is basically composed of poor people who reside in rural areas and are part of the non-salaried workforce. In terms of age, the population at high risk of exclusion is in the 0 to 25 age range; this risk group is made up of individuals with a low level of education, reflecting cultural problems in accessing health services. In addition, the variables for health exclusion are related to external factors such as the economic-financial barriers associated with the phenomenon of poverty. This problem is related to the inequality of income distribution and informality in employment, which is presented as another limitation in the extension of health protection given the formal insurance model.

In this sense, the implementation of "universal" free coverage at the point of care in Bolivia was a great step forward in improving access to health services. The scope of universal health coverage will then be subject to the adoption of multiple intervention measures and strategies in addition to the financial one that is essential, within which investment policies must be included for priority population groups mentioned in this study: rural areas, indigenous peoples, people without education, with informal employment and the extremely poor, among others.

INDICE GENERAL

	Pagina
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	iv
POLITICAS PUBLICAS PARA DISMINUIR LA EXCLUSIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA.....	v
Resumen.....	v
Abstract.....	vi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PERFIL GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN	4
1.1 Antecedentes	4
1.2 Problemática	6
1.3 Objetivos	8
1.3.1 Objetivo General.....	8
1.3.2 Objetivos Específicos	8
1.4 Hipótesis.....	8
1.5 Justificación.....	8
a) Justificación Económica	9
b) Justificación Social.....	9
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	10
2.1 Antecedentes	10
2.2 Conceptualización de Salud	11
2.3 Conceptos de Exclusión Social y en los Servicios de Salud	13
2.3.1 Exclusión en Salud	14
2.3.1.1 Conceptualización de la Exclusión en Salud.....	14
2.3.1.1.1 Pobreza, Exclusión Social e Inequidad	17
Bhalla y Lapeyre y Trevor Hancock (1999) establecen ciertos parámetros útiles para la exclusión social y la exclusión en salud como términos incluyentes.	20
2.3.2 Causas de la Exclusión en Salud.....	21
2.3.2.1 Exclusión en Salud por Factores Externos	22
2.3.2.2 Otros factores que determinan la exclusión en salud.....	23
2.4 Accesibilidad de los Servicios de Atención en Salud como Elemento Dual a la Exclusión.....	24
2.5 Importancia de la Salud en el Bienestar.....	28
2.6 Marco Conceptual	29
CAPITULO III: EL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA.....	38
3.1 Antecedentes Históricos	39
3.2 Características del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Bolivia	44
3.2.1 Segmentación del Sistema Nacional (SNS) de Salud en Bolivia	46
3.2.2 Subsector Público	48

3.2.3 Subsector Privado	49
3.2.3.1 El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.....	51
3.2.4 Seguridad Social De Corto Plazo – Cajas De Salud.....	52
3.3 Acceso y Financiamiento	53
3.3.1 Evolución de la Protección y Acceso en Salud en Bolivia	54
3.3.2 Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia.....	59
3.3.2.1 El Sistema Único de Salud como Política de Estado.....	63
3.3.2.1.1 Financiamiento del Sistema Único de Salud y su Administración Fondo Único de Salud del Estado Plurinacional	63
3.3.2.1.2 La Cobertura Universal en el SUS	64
3.3.3 Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico AISEM	64
3.4 Marco Normativo del Sistema de Salud en Bolivia	64
3.4.1 Ley Seguro Universal de Salud SUS	68
3.5 Estado de Salud de la Población Boliviana	69
3.5.1 El SUS como Respuesta del Gobierno para Acceso a Servicios de Salud.....	70
3.5.1.1 Beneficios y Debilidades Del Sistema Único De Salud (SUS)	71
3.6 Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.....	73
3.6.1 Medicina Tradicional y Salud Intercultural.....	74
3.6.2 La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana	75
CAPITULO IV: MARCO PRÁCTICO.....	76
4.1 Metodología	77
4.1.1 Aspectos Metodológicos e Investigativos	77
4.1.1.1 Área de Investigación	77
4.1.1.2 Tipo de Investigación.....	77
a) INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA.....	78
b) INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL.....	78
4.1.1.3 Unidad de Estudio y Decisión Muestral.....	79
4.1.1.4 Selección de Técnicas para la Recolección de Información	79
4.1.1.5 Procesamiento de la Información.....	80
4.1.4 Procedimientos	80
4.2 Análisis Descriptivo de los Datos	81
4.2.1 Acceso a Servicios de Salud y Aspectos Geográficos	82
4.2.1.1 Acceso a Servicios de Salud y Necesidad Percibida	82
4.2.1.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios Geográficos.....	84
4.2.2 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de Genero	85
4.2.2.1 Acceso Institucional y Exclusión según Género	85
4.2.2.2 Lugar de Atención según Criterios de Género	86
4.2.3 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de Edad.....	87
4.2.3.1 Acceso Institucional y Exclusión según Edad	87
4.2.4 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de pertenencia Indígena Originaria	89
4.2.4.1 Acceso Institucional y Exclusión según Pertenencia Indígena Originaria.....	89
4.2.4.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios Pertenencia a Pueblo Indígena	91
4.2.4 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de Nivel de Educación.....	92

4.2.4.1 Acceso Institucional y Exclusión según Criterios de Educación.....	92
4.2.4.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios de Educación.....	94
4.2.5 Acceso a Servicios de Salud según Criterios Laborales.....	95
4.2.5.1 Acceso Institucional y Exclusión según Criterios Laborales.....	95
4.2.6 Acceso a Servicios de Salud según Criterios Económicos (ingresos).....	97
4.2.6.1 Acceso Institucional y Exclusión según Criterios Económicos (ingresos).....	97
4.2.6.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios Económicos (ingresos).....	98
4.3 Análisis de los Resultados Obtenidos	99
4.4 Especificación del Modelo Econométrico.....	103
4.4.1 Definición de las Variables.....	103
4.4.2 Fuentes de información.....	106
4.5 Especificación del Modelo Econométrico para Medir el Nivel de Exclusión en Salud por Factores Externos	106
4.5.1 Estimación del Modelo Econométrico	106
VARIABLE DEPENDIENTE: PROBABILIDAD DE ESTAR EXCLUIDO EN SALUD	107
4.5.2 Análisis de los Resultados Obtenidos en el Modelo.....	107
4.6 Categorización de los Niveles de Exclusión por Factores Externos.....	109
CAPITULO V: IMPLICACIONES DE PROPUESTA.....	111
5.1 Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud.....	111
5.2 Recomendaciones de Política Pública	112
5.2.1 Línea Estratégica 1: Ampliar el Acceso Equitativo a Servicios de Salud, Integrales, de Calidad, Centrados en las Personas y las Comunidades.....	112
5.2.2 Línea estratégica 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza	113
5.2.3 Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, reducir el gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia.....	114
5.2.4 Línea estratégica 4: Actuar intersectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud	114
CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	115
I. Conclusiones	115
II. Recomendaciones: Evaluación del Sistema Único de Salud SUS.....	116
BIBLIOGRAFIA	121
ANEXOS	124

INDICE DE CUADROS

CUADRO N° 1: BOLIVIA: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN Y SUBSECTOR, 2019.....	48
CUADRO N° 2: SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD MATERNO INFANTILES Y DE LA VEJEZ EN BOLIVIA.....	58
CUADRO N° 3: PRINCIPALES INDICADORES DE ESTADO DE SALUD EN BOLIVIA	69
CUADRO N° 4: DIMENSIONES Y VARIABLES UTILIZADAS EXCLUSION EN SALUD	82
CUADRO N° 5: EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CRITERIOS GEOGRÁFICOS, 2019.....	82
CUADRO N° 6: % DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN Y CRITERIOS GEOGRÁFICOS, 2019.....	84
CUADRO N° 7: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SEXO, 2019	85
CUADRO N° 8: % LUGAR DE ATENCIÓN SEGÚN CRITERIOS DE GÉNERO, 2019 ..	87
CUADRO N° 9: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2019	88
CUADRO N° 10: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO EN PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS, 2019.....	90
CUADRO N° 11: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN IDIOMA HABLADO, 2014.....	92
CUADRO N° 12: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CRITERIOS DE EDUCACIÓN, 2019.....	93
CUADRO N° 13: % DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN Y CRITERIOS EDUCATIVOS, 2019.....	94
CUADRO N° 14: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS SEGÚN POBLACIÓN ACTIVA / EDAD DE TRABAJAR, 2019.....	95

CUADRO N° 15: %EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS SEGÚN CRITERIOS ECONÓMICOS, 2019	97
CUADRO N° 16: % DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN Y SEGÚN CRITERIOS ECONÓMICOS (INGRESOS), 2019.....	98
CUADRO N° 17: – RESUMEN DE ACCESO A SERVICIOS INSTITUCIONALES SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN	102
CUADRO N° 18: RESULTADOS DEL MODELO PARA LA PROBABILIDAD DE EXCLUSIÓN EN SALUD.....	107
CUADRO N° 19: CATEGORIAS DE EXCLUSION EN SALUD POR FACTORES EXTERNOS	109

INDICE DE FIGURAS

FIGURA N° 1: INTERACCIÓN DE LA EXCLUSIÓN Y LAS NECESIDADES DE SALUD.....	16
FIGURA N° 2: RELACION ENTRE POBREZA, INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN	19
FIGURA N° 3: EXCLUSIÓN EN SALUD COMO UN COMPONENTE DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL	21
FIGURA N° 4: RELACION ENTRE EXCLUSIÓN SOCIAL Y EXCLUSIÓN EN SALUD.....	21
FIGURA N° 5: FACTORES EXTERNOS PARA LA EXCLUSIÓN EN SALUD	22
FIGURA N° 6: CICLOS QUE SE REFUERZAN MUTUAMENTE: REDUCCION DE LA POBREZA Y PERFECCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS	28
FIGURA N° 7: BOLIVIA-SECTORES DE SALUD	47
FIGURA N° 8: ESTRUCTURA DE INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO.....	49
FIGURA N° 9: ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE LAS CAJAS DE SALUD	52

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO N° 1: EVOLUCIÓN COBERTURA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD GRATUITOS PERÍODO 2010 – 2015	61
GRAFICO N° 2: PORCENTAJE DE PRESTACIONES OTORGADAS POR GRUPO ETARIO A NIVEL NACIONAL PERIODO 2014-2015	62
GRAFICO N° 3: COBERTURA DE SALUD POR ÁREA GEOGRAFICA.....	83
GRAFICO N° 4: COBERTURA EN SALUD Y GÉNERO	86
GRAFICO N° 5: COBERTURA EN SALUD Y RANGO DE EDAD.....	89
GRAFICO N° 6: COBERTURA EN SALUD SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO 2019.....	91
GRAFICO N° 7: COBERTURA EN SALUD Y NIVEL EDUCATIVO	93
GRAFICO N° 8: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL, 2019.....	96
GRAFICO N° 9 : COBERTURA EN SALUD Y OCUPACION	96
GRAFICO N° 10: COBERTURA EN SALUD POR QUINTIL DE INGRESO,.....	98

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1: ENCUESTA A HOGARES	124
ANEXO N° 2: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE BOLÍVIA	125
ANEXO N° 3: CONSTRUCCION DE VARIABLES PARA EL MODELO ECONOMETRICO	126
ANEXO N° 4: SECTOR SALUD-ENCUESTA HOGARES.....	127
ANEXO N° 5: RESULTADOS SPSS.....	130
ANEXO N° 6: MODELO ECONOMÉTRICO	137
ANEXO N° 7: REGRESION PROBIT	138
ANEXO N° 8: RESUMEN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD SUS	140

INTRODUCCIÓN

La inequidad en el acceso a la atención sigue constituyendo uno de los problemas centrales de los sistemas de salud latinoamericanos. Con el objetivo de mejorar la equidad de acceso, y también de la eficiencia, muchos países en la región han llevado a cabo reformas en las estructuras de financiamiento y prestación de sus sistemas de salud durante las tres últimas décadas. Un gran número de estas reformas se han basado en la introducción de mecanismos de mercado, influidas por el paradigma neoliberal.

Dentro de las políticas públicas, entendidas estas como los mecanismos de actuación de los gobernantes sobre la estructura de la sociedad, la política sanitaria constituye una de las principales tanto en lo que respecta a los amplios y diversos recursos dedicados a ella, como por el gran impacto que las políticas de salud tienen sobre el conjunto de la población.

En este contexto, uno de los mayores retos del sistema de salud vigente en Bolivia es el de garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud, puesto que el mismo está condicionado por factores sociales, culturales, económicos, políticos, geográficos y/o demográficos.

Adicionalmente, debe mencionarse que durante los últimos 14 años se ha experimentado un proceso de cambio en los paradigmas de acceso a la salud en Bolivia, en concordancia con la fundación del Estado Plurinacional donde el sector salud ha sido objeto de reformas, con la finalidad de reducir las desigualdades en salud mediante acciones orientadas a garantizar el acceso y financiamiento a la provisión de servicios sanitarios, poniendo énfasis en mejorar las intervenciones de salud pública y ampliar el acceso para satisfacer las necesidades de la población, siendo el proyecto de mayor relevancia el Sistema Único de Salud (SUS).

No obstante, a la importancia de estos cambios no existen investigaciones actuales enfocadas en determinar el grado de acceso a servicios de salud alcanzado en nuestro país en la última década. Por lo tanto, su estudio a profundidad es necesario en cualquier circunstancia y dada su relevancia para la formulación de políticas públicas que contribuyan a la reducción de

la exclusión en salud. Además, se espera que los resultados hallados y la política propuesta sirvan a las diferentes entidades competentes como referente, para diseñar políticas y estrategias en la solución de dicha problemática.

Por todo lo anteriormente mencionado el propósito del presente estudio es analizar el nivel de exclusión a servicios de salud de dimensión externa¹ para los distintos grupos de la población y proponer políticas públicas para mejorar la cobertura en los fragmentos más desprotegidos. La estrategia que se aplica en la investigación está estructurada en seis capítulos que se detallan a continuación:

- El primer capítulo contiene los antecedentes, el planteamiento del problema, los objetivos que guiaron este estudio, la justificación y la metodología seleccionada.

1 La exclusión en salud es un fenómeno multidimensional y complejo que puede presentar variaciones y se relaciona con variables internas y externas relacionadas con el sector. En el caso de la dimensión externa toma en cuenta variables como la pobreza, la desigualdad, la discriminación racial, el desempleo. Para el caso de la dimensión interna son relevantes aspectos tales como la carencia de los servicios básicos, la segmentación y fragmentación del sistema de protección de salud. La magnitud de este problema es por tanto difícil de estimar por la dificultad en su identificación y porque adopta formas múltiples no necesariamente cuantificables de manera adecuada. En el caso de las variables de dimensión externa el método más certero para medir exclusión es a través de encuestas de hogares. Este método es utilizado en distintos países de Latinoamérica con un elevado grado de éxito en sus evaluaciones de las características de la exclusión en salud. Por los motivos señalados en el presente estudio se aplica el enfoque de variables de dimensión externa de la exclusión social en salud desarrollado por la OPS con el fin de poder caracterizar la exclusión y medir su magnitud. Adicionalmente, como ya se ha mencionado, la dimensión externa está relacionada con aquellos factores que se encuentran fuera del sistema de protección de salud; se trata de factores que de alguna manera condicionan y configuran la demanda por salud, constituyéndose en barreras de acceso de diversa índole. Por su parte, la dimensión interna de la exclusión está vinculada a factores relacionados con la estructura y procesos productivos al interior del sistema de salud, que afectan el acceso y la calidad de los servicios por el lado de la oferta. En el caso de Bolivia, los factores externos al sistema de salud contribuyen más a explicar este fenómeno que los vinculados al mismo sistema de salud (dimensión interna). Estudios anteriores muestran que la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza; la marginalidad; la discriminación racial y a otras formas de exclusión social, así como a patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico, en especial ligado a la ruralidad.

- En el segundo capítulo se describe el marco teórico bajo el cual se desarrolla todo el trabajo; se exponen los aspectos fundamentales de la teoría de acceso y exclusión en salud, teoría de la economía de la salud desde el enfoque económico del capital humano, conceptualización de aspectos referentes a barreras de acceso: económicas, geográficas, laborales, culturales y étnicas.
- En el tercer capítulo se analiza la situación del sector de la salud en Bolivia, se brinda un panorama general a cerca de la estructura del sector y de las reformas implementadas en el país los últimos años.
- En el cuarto capítulo se desarrolla el marco práctico mediante el análisis de estadística descriptiva y un modelo econométrico probit para el cálculo de las probabilidades de exclusión según causas externas.
- En el quinto capítulo se presenta el análisis de los resultados obtenidos en el estudio. Se desarrolla de manera sistemática el análisis descriptivo de los datos. Además de presentar una aproximación al Sistema Único de Salud y cómo ha mejorado la situación en los últimos años.
- Finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones obtenidas a lo largo de toda la investigación.

CAPÍTULO I: PERFIL GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Antecedentes

El tema de análisis ha sido desarrollado bajo distintos enfoques dependiendo de la problemática planteada por el investigador, las herramientas de análisis utilizadas y los objetivos perseguidos. En este sentido, se plantean los principales estudios relacionados al tema a nivel nacional e internacional.

Sapelli (1999) evaluó el acceso a servicios de salud por medio de un análisis econométrico donde la variable dependiente es el acceso a salud y la dicotomía planteada está en si el individuo es atendido o no, esta variable se regresa en función de las variables independientes de características demográficas, edad, sexo y morbilidad. Los hallazgos del estudio permiten establecer que las oportunidades en el acceso a un buen servicio de salud, están sustentadas por las diferencias en las prestaciones y la calidad de las prestaciones recibidas, adicionalmente, el autor encuentra que el ingreso económico tiene un gran peso en el acceso a salud, pues la relación entre ambos es directa.

Vásquez y Velandia (2001), analizaron el acceso potencial y real a los servicios de salud para el departamento de Antioquía en Colombia; utilizando la metodología de estimación de un modelo probit² donde la variable dependiente es el acceso, determinado por si el individuo es atendido o no y las variables independientes son las características socio demográficas de la población. En el estudio se encontró que variables como la edad, el estado de salud y el pago de transporte disminuyen el acceso real a las consultas médicas en el departamento de Antioquia; se concluye, además, que el acceso está determinado por las características del sistema y de la región; además, a

² Modelos Probit, pertenecen a los modelos de respuesta binaria, es decir, la variable dependiente es una variable dicotómica, donde toma 1 para indicar el éxito en la variable de análisis y 0 en caso de no ser así.

la hora de acceder a los servicios de salud, la variable que más peso tiene es el costo del transporte, principalmente para las zonas rurales.

Mejía, Sánchez y Tamayo (2007) realizaron un estudio sobre el análisis del acceso real a servicios de salud en Colombia. Se construye un modelo de variable dependiente discreta³ para conocer los determinantes del acceso real. Las variables explicativas son el estatus socioeconómico, edad, educación, género, ubicación urbana/rural, estado de salud y el tipo de afiliación a la seguridad social. De lo anterior el autor concluye que las variables afiliación, edad y educación son los principales determinantes de la exclusión a servicios de salud, por otra parte, variables que en teoría están asociadas al acceso como el nivel socioeconómico, la ubicación geográfica y el sexo no resultaron ser significativas en esta estimación.

En el caso de los estudios desarrollados en Bolivia se tiene como antecedente los siguientes:

La OMS (2009) en su estudio Exclusión en Salud Estudios de Caso: Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras indica que en Bolivia la incidencia de exclusión en salud alcanzaba a un 77% de la población a la fecha de realización del estudio y fueron los factores externos al sistema de salud los que más contribuyeron en un 60% a explicar el fenómeno, siendo los más relevantes el analfabetismo de las mujeres y la pobreza. Adicionalmente La percepción de enfermedad y la demanda por servicios de salud en las poblaciones de origen indígena que poseen patrones culturales distintos respecto de la relación salud/ enfermedad es un aspecto que sugiere analizar con mayor detalle.

Dupuy Roger Julien (2011) en el trabajo de investigación “Cobertura de seguros y servicios de salud en Bolivia” analizó el nivel de calidad percibida reportada en la encuesta de

³ Una variable discreta es aquella que está en condiciones de adoptar valores de un conjunto numérico dado. Es decir: solo adquiere valores de un conjunto, no cualquier valor. Una variable discreta siempre es numérica. Por ejemplo, el número de quejas de los clientes o el número de fallas o defectos.

hogares 2009, Según el autor en Bolivia el peso relativo de las variables utilizadas en el cálculo del índice de exclusión agrupadas según las categorías del marco conceptual, muestra que en la dimensión externa, los servicios sociales indirectos provistos en educación y en calidad de la vivienda explican en 23% el índice de exclusión en salud, con una fuerte concentración del efecto educación en las mujeres. En segundo lugar, se encuentran las barreras económico-financieras con una contribución del 15% a la exclusión en salud, con una mayor preponderancia del estatus socio-económico respecto al gasto catastrófico. Las barreras geográficas, asociadas a la baja densidad poblacional y el lugar de residencia según región explican en 12% la exclusión en salud y finalmente las barreras culturales provenientes de las diferencias étnicas contribuyen en 9% a la exclusión en salud.

1.2 Problemática

Dentro de la estructura del análisis económico y social en el campo de la salud se inscriben los procesos de reforma de los Estados y particularmente, como es nuestro caso, la reforma del sector salud⁴, que tiene entre otros, como uno de sus principales objetivos y principios de acción el logro de la equidad. Entonces la equidad o imparcialidad en salud será el problema a investigar y sobre todo medir, pero restringido a dos de sus aspectos principales:

⁴ La descentralización de la estructura de gobierno en 1994 tuvo un impacto significativo sobre la organización de la prestación de servicios de salud en el país. El componente central de la descentralización fue la distribución del 20 por ciento de los ingresos del gobierno central (por concepto de impuestos) a los 314 municipios del país. Este 20 por ciento incluía recursos previamente destinados a salud por el gobierno central. En el sector salud, se descentralizó a los gobiernos municipales la propiedad de los establecimientos de salud y la responsabilidad sobre el financiamiento de equipamiento e insumos. Además, se descentralizó a los municipios la “responsabilidad por la salud”. Por otro lado, la administración y gestión de los recursos humanos en salud (RRHH) quedó bajo la responsabilidad de las administraciones regionales del Ministerio de Salud (SEDES). En la última década, Bolivia ha logrado avances en resultados de salud y equidad, gracias a la implementación de una serie de políticas de salud dirigidas principalmente a reducir la mortalidad materna e infantil. Estas políticas son: (i) la introducción de compromisos de gestión que fijan metas anuales en indicadores prioritarios, (ii) la implementación de un seguro público de salud para intervenciones materno infantiles, (iii) el fortalecimiento de los programas verticales de salud pública, (iv) un incremento en el número de trabajadores de salud del sector público, en el contexto de la iniciativa HIPC de alivio de la deuda, y (v) iniciativas dirigidas a empoderar la población indígena en salud y adecuar culturalmente los servicios. Este documento analiza estas reformas de salud, así como las lecciones aprendidas de su implementación.

el acceso a los servicios o en su caso acceso a la atención de salud y el uso de los servicios; estudiándose el problema de porqué determinada población accede y otra no accede a los servicios de salud, explicándolo desde los factores más importantes que constituyen los determinantes del acceso y las barreras del no acceso.

En este contexto las políticas de salud juegan un rol importante en el acceso, y por ello se analizará si los programas de salud implementados en el proceso de reforma están siendo utilizados por la población a la que están dirigidos los principales esfuerzos (gastos y gestión) del gobierno y qué tipo de población está haciendo uso de estos servicios y programas brindados. Allí entra en juego el segundo aspecto del análisis, que es el uso de los servicios, de este modo se estudiará el segundo aspecto de la equidad y esto viene dado por las características socioeconómicas y demográficas del usuario.

Resulta evidente que, al estudiarse la complejidad de la exclusión y el acceso a los servicios de salud, en la que sus principales determinantes no se encuentran en el campo sanitario. Por lo tanto, el problema a estudiar en el presente trabajo es conocer si existe equidad en el acceso o exclusión en el uso de los servicios. De modo que se puedan establecer incentivos para mejorar el acceso de una mayor población a estos servicios y se convierta el estudio en un instrumento para la acción en política social y particularmente en política de salud.

Con estos planteamientos, las preguntas que guían esta investigación son:

- a) ¿Cuáles son los principales determinantes del acceso a los servicios de salud para la población en Bolivia?
- b) ¿Cuál es el peso relativo de cada categoría de variable determinante para explicar el acceso según grupo?
- c) ¿Sobre cuáles de esos factores el sistema de salud tiene control y cuál es su papel en garantizar el acceso?
- d) ¿Qué mejoras en política social pueden implementarse para la atención en salud de grupos con alto nivel de exclusión, que les permitan acceder a avances en su calidad de vida?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

El objetivo principal puede definirse bajo los siguientes términos:

Evaluar, cuantificar y establecer las causas de la exclusión en salud por factores externos y proponer mejoras a las políticas públicas para disminuir el nivel de exclusión en los servicios de salud en Bolivia.

1.3.2 Objetivos Específicos

Se han definido los siguientes objetivos específicos para el presente estudio:

- Determinar un marco teórico referente a exclusión en servicios de salud.
- Desarrollar un modelo para medir el nivel de exclusión en salud por factores externos.
- Extraer lecciones para el manejo de política en el campo de la inclusión social.
- Proponer políticas públicas que reduzcan la exclusión en salud en nuestro país.

1.4 Hipótesis

La exclusión en salud afecta en mayor medida a la población del área rural, de origen étnico indígena con nivel de ingreso bajo, siendo estas las principales causas de exclusión en los servicios de salud por factores externos en Bolivia.

1.5 Justificación

Bolivia forma parte del conjunto de países en los que se busca enfocar prioritariamente sus recursos hacia la identificación e implementación de estrategias de extensión de la cobertura social en educación y salud. Las motivaciones que conducen a la investigación del presente estudio, se presenta de manera sintética bajo los siguientes parámetros.

a) Justificación Económica

Una de las principales razones por la que se pretende llevar adelante la presente investigación es presentar una propuesta de mejora en la cobertura de salud, de forma que se disminuya la brecha en salud lo que generaría una mejora en el bienestar de la población de Bolivia.

Un factor que obstaculiza el entendimiento adecuado de la exclusión en salud en países como Bolivia, es que no existe claridad en cuanto al estado actual de la exclusión y a cuáles son las intervenciones que han demostrado ser más eficientes para combatirla. Esto debido a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

Por tanto, el conocer y cuantificar los niveles de exclusión de los distintos grupos que conforman la sociedad boliviana, se justifica por la importancia de los recursos asignados para el acceso a mejores condiciones en salud para la mayoría de la población que aún se halla por debajo de la línea de pobreza. Mediante la categorización de los factores que impactan negativamente en la accesibilidad a los servicios de salud, es posible desarrollar políticas públicas que permitan mejorar la situación identificada.

La eficiencia de la implementación del SUS es relativamente exitosa, pero la misma puede mejorarse al identificar los factores que influyen en la exclusión en salud. Por tanto, el desarrollo de un modelo que permita identificar el impacto de variables macroeconómicas y microeconómicas en el acceso a servicios de salud, hará que se puedan implementar medidas tendientes a mejorar los niveles de cobertura del sistema de salud.

b) Justificación Social

En este caso en particular el análisis del sector salud se justifica desde el punto de vista de la sociedad por los aumentos en el bienestar que produce el que los habitantes del estado tengan un adecuado servicio de salud, esto repercute de forma directa en el concepto de vivir bien.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes

En el estudio de la OPS Exclusión en Salud Estudios Caso Bolivia, El Salvador, Nicaragua, México y Honduras (2010) indica que en la dimensión externa de problema para Bolivia la razón de no demanda de servicios de salud, señala a las económicas como la mayor causa de no asistencia a estos servicios (42%), luego se encuentra la declaración de que se trataba de un caso leve (33%), el 13% se automedicó, el 9% declaró que la distancia es la mayor barrera para ir a los servicios y el 3% identificó a la mala calidad de los servicios como la causa de no asistencia a los servicios de salud.

Prieto A. Lorena Camilo (BID, 2010) en su trabajo Análisis del Sector Salud de Bolivia establece que el sector más desprotegido son los pobres, las áreas rurales, y la población indígena. Además de la revisión del sector salud destacan los siguientes grandes problemas identificados:

1. La alta tasa de mortalidad materna e infantil;
2. La falta de acceso de los sectores pobres, rurales y población indígena;
3. El sistema de información insuficiente; y
4. Problemas de implementación de las reformas.

Nina Flores Mary Nancy (2011) en su investigación Factores facilitadores y barreras que permiten la articulación de la Medicina Tradicional con la Académica en el Nuevo Sistema de salud concluye la medicina tradicional puede contribuir a romper con los viejos esquemas introducidos por aquella medicina venida desde España, Francia, Inglaterra y Estados Unidos que hicieron creer que lo único válido es la medicina curativa y que lo demás es inútil, despreciando y desconociendo el aporte y los orígenes de la medicina tradicional; y que es necesario aprovechar la disponibilidad de los médicos tradicionales para integrarlos de manera seria a la estructura de atención primaria en la red de salud..

2.2 Conceptualización de Salud

El concepto de salud ha sido ampliamente debatido y su significado ha ido cambiando en función de los valores, las creencias y las tradiciones interpretando el concepto de una forma más o menos singular, dándole un sentido distinto según las condiciones de vida, los conocimientos del grupo y las diferentes ideologías. La percepción individual de la necesidad de salud, también es variable en función del contexto y momento de la historia donde nos ubiquemos. Esta percepción la determina el grupo social al que se pertenece, así como la concepción que dicho grupo tenga de la salud-enfermedad.

En la actualidad, se considera que esta definición en términos negativos no corresponde a la realidad y no es operativa: la salud no es la ausencia de enfermedades de la misma manera que “la paz no es la ausencia de guerra” (Salleras, 1985). La salud puede ser entendida y definida de muchas maneras, tanto desde lo personal como desde lo social, así como ser empleada de modo diferente en diversos contextos. Más aún, se han dado numerosas aproximaciones al concepto salud desde la antropología, la sociología, la medicina, la historia, la filosofía o la religión. Por ello parece razonable comenzar afirmando que es un término equívoco y difícil de encuadrar en una sola y única definición posible. Pero si queremos hablar de qué es "tener salud" o qué significa "estar sano", debemos precisar o intentar adecuarnos lo mejor posible al sentido simbólico o al uso más adecuado del concepto salud.

Ya en 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”; los aspectos innovadores de esta definición hicieron que marcara un hito en su momento con repercusiones importantes que han llegado hasta hoy, en especial el enfoque positivo de la salud. Adicionalmente, en el mismo año la salud es declarada un derecho humano universal, estando presente en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Para la OMS el disfrute del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental, y debe estar al alcance de todos “sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Adicionalmente, otros autores han desarrollado conceptos de salud que se mencionan en la presente investigación.

- Dubos (1956) salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado.
- Dunn (1959) salud es “Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado. Comprende tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social: El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea”.
- Seppilli (1971) “Salud es una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social”.
- Terris (1975) salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad.

Es aquí, entonces, de donde emerge la complejidad de definir e interpretar el concepto de salud en la actualidad, ya que estaría fuertemente relacionada no sólo con las distintas visiones que los autores especializados ofrecen del término, sino también con la época en la cual ellos viven, siendo influenciados, al mismo tiempo, por el contexto cultural de cada grupo social del cual participa, adquiriendo el significado más pertinente de acuerdo con factores socioculturales e históricos que no siempre son compartidos por todas las comunidades humanas. Reforzando lo anterior, Ramos (2003) señala que el concepto de salud, “si no se circunscribe al momento histórico y al contexto cultural en el que se encuentra, adquiere un significado radicalmente diferente”. De lo que se deduce acertadamente a nuestro juicio que “por eso en cada momento

que se vive, existe un pensamiento y unos valores que, unidos a unos conocimientos técnicos y desarrollo tecnológico, lo configuran”.

2.3 Conceptos de Exclusión Social y en los Servicios de Salud

La exclusión social se puede analizar y entender como un proceso multidimensional, que tiende a menudo a acumular, combinar y separar, tantos a individuos como a colectivos, de una serie de derechos sociales tales como el trabajo, la educación, la salud, la cultura, la economía y la política, a los que otros colectivos sí tienen acceso y posibilidad de disfrute y que terminan por anular el concepto de ciudadanía.

Además, la exclusión social es una noción que se origina en el ámbito de la sociología y remite a la falta de integración social o a la inserción. Tiene que ver con la ausencia de membresía, esta última entendida como el formar parte de una red social. La exclusión social corresponde a un estado en el cual el individuo no puede acceder a condiciones de vida que le permitan, al mismo tiempo, satisfacer sus necesidades esenciales (alimentación, educación, salud, etc.) y participar en el desarrollo de la sociedad a la que pertenece por motivos económicos, culturales, de género u otros.

Se debe tener en cuenta además que diversos estudios han planteado las diferencias existentes entre los conceptos de pobreza, exclusión social e inequidad. La exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se relaciona más con la insuficiencia de recursos. Es decir, la pobreza tiene que ver con privación, en tanto la exclusión social tiene que ver con ausencia de membresía, entendiendo membresía como el formar parte de una red social. De este modo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y, al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural.

2.3.1 Exclusión en Salud

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

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

En consecuencia, la exclusión de los servicios de salud se entiende como la imposibilidad de ejercer plenamente su derecho a la salud de un individuo, de acceder a acciones de prevención de riesgo, atención de enfermedades y rehabilitación de personas con discapacidades, mediante de uno o más de los tres subsistemas: seguridad social, el público o el privado. Por otra parte, es la falta de acceso a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros grupos de la sociedad disfrutan, en conclusión, es un fenómeno que trasciende al sector salud.

2.3.1.1 Conceptualización de la Exclusión en Salud

Tal como ocurre con otras formas de exclusión social, a menudo la exclusión en salud no es explícita sino por el contrario, resulta difícil de caracterizar. Una de las razones para ello es que no se trata de un fenómeno absoluto, sino que se manifiesta con diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de listas de espera, el acceso parcial o de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o la autoexclusión dada por mal trato o provisión del servicio en un idioma que no se entiende o dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las

creencias del usuario. En este contexto, la exclusión en salud puede expresarse en alguna de las siguientes situaciones:

1. Falta de acceso a los mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud: cuando no existe la infraestructura mínima que permite proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella debido a barreras geográficas, económicas, culturales o de otro tipo.

2. Falta de acceso a los mecanismos de protección financiera contra los riesgos y consecuencias de enfermar: cuando las personas no pueden acceder a un esquema de seguros de salud.

3. Falta de acceso a los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, independientemente de la capacidad de pago: cuando las personas no pueden acceder a un régimen de protección social en salud.

Desde una perspectiva de derechos, la exclusión en salud se puede definir como la negación del derecho de satisfacer las necesidades de salud a una persona o grupo de personas en una sociedad determinada. Esta negación puede ser total (para todas las necesidades de salud) o parcial (para algunas necesidades de salud) y puede ser temporal o permanente en el tiempo.

A partir de este análisis se desprende que existen diversos grados de exclusión en salud, representados por situaciones en las que el individuo:

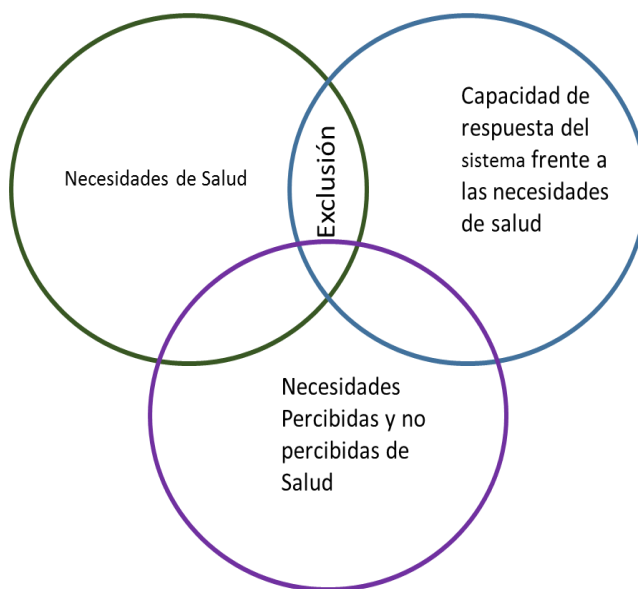
a) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades más básicas de salud.

b) No accede a los mecanismos de satisfacción de sus necesidades de salud en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad.

c) No accede a mecanismos de protección financiera contra los riesgos de enfermar y las consecuencias de estar enfermo.

El fenómeno de la exclusión en salud, por tanto, tiene lugar en la interacción que se produce entre las necesidades percibidas y no percibidas de salud de las personas y la capacidad de respuesta del sistema frente a esas necesidades.

FIGURA N° 1: INTERACCIÓN DE LA EXCLUSIÓN Y LAS NECESIDADES DE SALUD



Fuente: Elaboración Propia

En este contexto se puede decir que, así como el principal objetivo de los sistemas de salud es mejorar el estado de salud de las personas, la principal función del sistema de protección de salud es garantizar que las personas puedan satisfacer sus necesidades percibidas y no percibidas de salud en condiciones adecuadas de oportunidad, calidad y dignidad, sin importar su capacidad de pago.

Dentro de este marco conceptual, “acceso” se entenderá como la capacidad de entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud. Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones:

- a) El individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad.

b) Los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido. Para que ello ocurra, debe operar un conjunto de tres procesos: producción, entrega y disponibilidad del bien o servicio de salud, entendiendo por producción el proceso de elaboración del bien; por entrega, el proceso de transferencia del bien desde el productor al proveedor; y por disponibilidad, el proceso de que el bien o servicio sea puesto físicamente al alcance del usuario, que para estos efectos es el portador de la necesidad de salud.

Existen casos en los que la producción, la disponibilidad y la entrega del bien/servicio se traducen en un solo acto, como en el acto médico. Sin embargo, en la mayoría de los casos se pueden identificar procesos separados de producción, entrega (que para muchos bienes involucra compra y transporte) y disponibilidad, como en el caso de los medicamentos.

Las fallas en la producción, entrega o disponibilidad de los bienes o servicios de salud constituyen causas importantes y frecuentes de exclusión en salud. De acuerdo a lo anterior, se puede decir que la mayor falla de cualquier sistema de protección de salud ocurre cuando éste no es capaz de garantizar que los bienes o servicios de salud o los que indirectamente afectan la salud alcancen a todas las personas que se deberían beneficiar de ellos. Es decir, cuando el sistema no puede garantizar la entrega de estos bienes o servicios para toda la población que, por mandato legal o por afiliación, está teóricamente cubierta por él. Por lo tanto, desde el punto de vista de los sistemas de protección de salud, la exclusión se expresa en el porcentaje de la población que, requiriendo un bien o servicio no accede a él y queda fuera del ámbito de acción del sistema.

2.3.1.1.1 Pobreza, Exclusión Social e Inequidad

Diversos estudios han planteado las diferencias existentes entre los conceptos de pobreza, exclusión social e inequidad. Se hace una distinción importante cuando se plantea que la exclusión social es una noción explorada por la sociología que remite más a la integración y a la inserción, mientras que la pobreza es una categoría utilizada en el ámbito de la economía que se relaciona más con la insuficiencia de recursos.

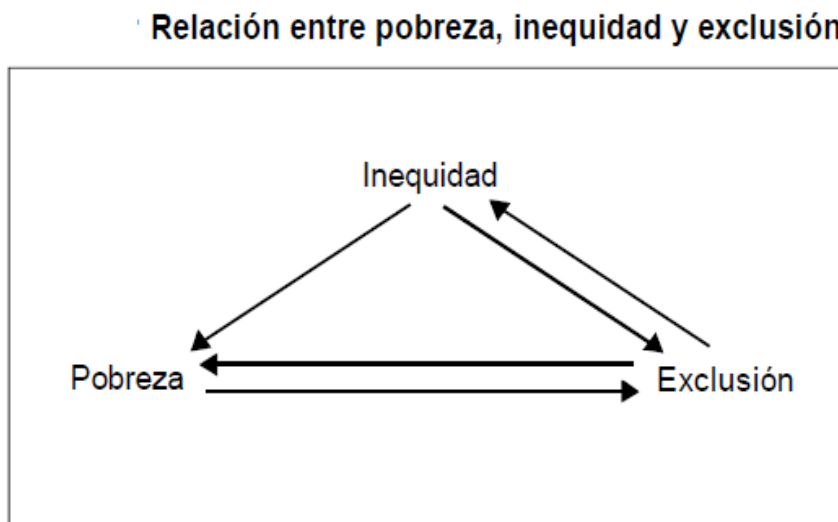
Bhalla y Lapeyre (1999) plantean que el concepto de pobreza, aún en sus desarrollos más recientes que exploran no sólo su dimensión económica sino su dimensión social, como en los trabajos de Amartya Sen, tiene que ver con el aspecto distribucional de los recursos y las oportunidades, mientras que la exclusión social tiene que ver con el aspecto relacional de ellos.

Es decir, la pobreza tiene que ver con privación, en tanto la exclusión social tiene que ver con ausencia de membresía, entendiendo membresía como el formar parte de una red social. De este modo, la pobreza no siempre implica exclusión. Aún más, la pobreza no siempre es un buen indicador de exclusión. Las personas pueden ser pobres y no estar excluidas de la satisfacción de ciertas necesidades básicas y, al revés, las personas pueden no ser pobres y estar excluidas por otros motivos, como aislamiento geográfico o cultural. Por ejemplo, Se demuestra que países con distinto ingreso per cápita poseen el mismo nivel de logros en expectativa de vida y acceso a servicios sociales.

Se ha demostrado consistentemente que la inequidad -entendida como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan, en el caso de salud, en diferencias injustas y evitables en los resultados de salud entre diversos grupos al interior de los países y entre países- es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. La inequidad genera exclusión en salud. Sin embargo, la exclusión en salud puede deberse a causas que no se relacionan con la inequidad, tales como las barreras de ingreso de los trabajadores informales a los regímenes tradicionales de seguridad social dadas por su situación laboral o las barreras idiomáticas que dejan fuera del sistema a millones de personas que no hablan el idioma en el cual se proveen los servicios de salud.

La relación entre pobreza, inequidad y exclusión se podría graficar como sigue:

FIGURA N° 2: RELACION ENTRE POBREZA, INEQUIDAD Y EXCLUSIÓN



Fuente: Elaboración propia en base a Bibliografía consultada

No está clara en la literatura la diferencia entre exclusión social como noción general y exclusión en salud. La exclusión social ha sido objeto de intenso análisis y discusión desde su aparición como concepto en el debate político-social, a comienzos de los años ochenta. El surgimiento de nuevas formas de pobreza y marginalización en Europa a fines de los años setenta y la controversia generada en torno a la caracterización de los “nuevos pobres”, contribuyó a consolidar la noción de que la nueva situación socio-económica era de naturaleza estructural y multidimensional y que los nuevos problemas no sólo tenían relación con la falta de recursos materiales y las conductas antisociales de los individuos, sino con otros fenómenos de carácter macro social, en particular el cambio en las condiciones del empleo, la disminución del acceso al mercado laboral y el llamado “desempleo de largo plazo”; el debilitamiento de los lazos familiares y de la familia como unidad social y económica; el crecimiento de las redes informales de apoyo; el aumento y estabilización de los movimientos migratorios hacia los países de Europa Occidental; y una significativa disminución de la participación social en los procesos de toma de decisión.

De este modo, hacia el final de los años ochenta se produjo en Europa Occidental un giro conceptual desde el concepto de pobreza al concepto de exclusión social, el cual se expandió

ampliamente en las décadas siguientes. Hoy en día, el término es utilizado en diversos contextos y asociado a diversos valores y puntos de vista.

A diferencia de la exclusión social, la exclusión en salud no cuenta con una definición específica. Se podría argumentar que la exclusión en salud es sólo una expresión de la exclusión social. De hecho, gran parte de la literatura en el tema presenta casos de exclusión en salud como un ejemplo, entre otros, de exclusión social. Más aún, en sus definiciones de política algunos gobiernos incorporan el componente de salud dentro de su definición de exclusión social.

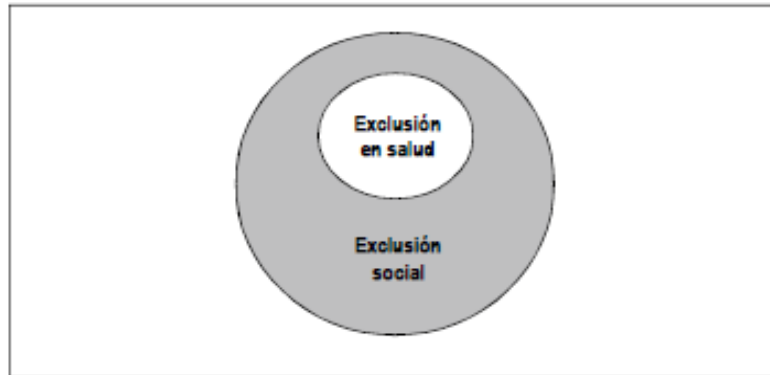
Bhalla y Lapeyre y Trevor Hancock (1999) establecen ciertos parámetros útiles para la exclusión social y la exclusión en salud como términos incluyentes.

- Dimensión económica: aquellos que no poseen los recursos económicos suficientes (y éstos no son necesariamente los pobres), se enfrentan a una barrera de tipo financiero que impide su acceso a diversos servicios, incluidos los servicios de salud.
- Dimensión social: conlleva una pérdida del vínculo de solidaridad en una comunidad.
- Dimensión política: implica el no ejercicio o la pérdida de un derecho.
- Dimensión temporal: Un proceso más que de un estado que compromete la supervivencia y calidad de vida de las generaciones futuras.

De este modo, se puede concebir la exclusión en salud como una componente de la exclusión social (ver figura N°3).

Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central a la idea de exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de provisión de servicios, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios de los servicios. La asimetría de información, que es un elemento determinante de la relación entre los agentes en salud, resulta particularmente importante como barrera de acceso cuando el sistema se compone de confusos mecanismos de interrelación entre usuarios, aseguradores y proveedores.

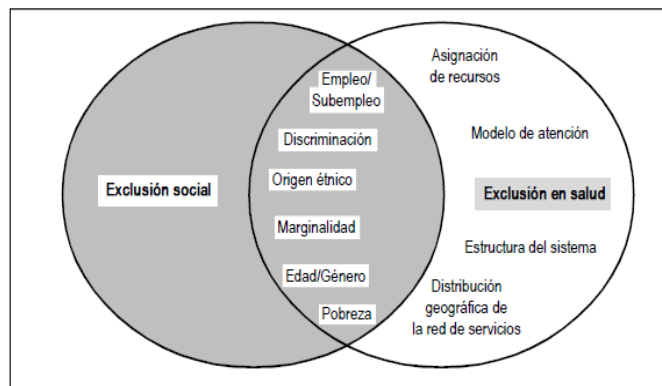
FIGURA N° 3: EXCLUSIÓN EN SALUD COMO UN COMPONENTE DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL



Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada

Teniendo en cuenta estas diferencias, la relación entre exclusión social y exclusión en salud se podría concebir como aparece en el siguiente grafico:

FIGURA N° 4: RELACION ENTRE EXCLUSIÓN SOCIAL Y EXCLUSIÓN EN SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a bibliografía consultada

De este modo se puede concebir la exclusión en salud como una entidad distinguible, que no es posible explicar sólo a través de la pobreza, la inequidad o la exclusión social.

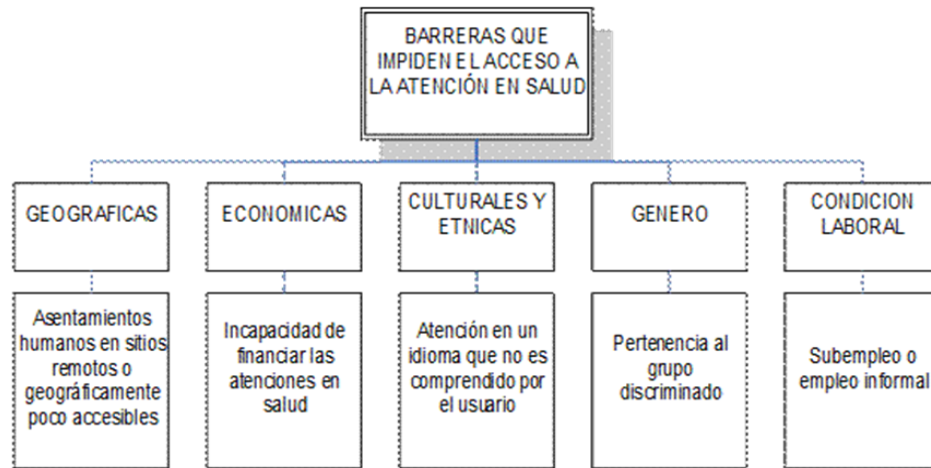
2.3.2 Causas de la Exclusión en Salud

El marco conceptual elaborado por la OPS (2003) plantea que, si bien la exclusión en salud es un componente de la exclusión social, tiene aspectos que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central en la idea de la exclusión social y que parecen depender de variables más propias del sector salud. En este sentido la exclusión en salud es un fenómeno multicausal y complejo que presenta grandes variaciones entre países y al interior de los países y cuyas causas se encuentran dentro y fuera del sector salud. Uno de los aspectos que es necesario estudiar con profundidad es la relación entre la exclusión en salud y otros fenómenos sociales como la pobreza; la desigualdad entre grupos sociales; la discriminación racial; el desempleo, subempleo y empleo informal; la insuficiencia de la red de apoyo que otorga el Estado y el debilitamiento de la familia y de las redes de protección social de las comunidades. También resulta necesario analizar el impacto que algunos factores propios del sector salud tienen sobre la exclusión, tales como el gasto en salud y la estructura de los sistemas de protección de salud, etc.

2.3.2.1 Exclusión en Salud por Factores Externos

La exclusión en salud está caracterizada por ser un problema multifactorial, determinada por factores externos e internos al sistema de salud. Los factores internos están constituidos por fallas o déficit en cobertura, de estructura, de procesos y de impacto o resultado. Entre los factores externos se encuentran las barreras de acceso tales como económicas, geográficas, laborales, culturales y étnicas.

FIGURA N° 5: FACTORES EXTERNOS PARA LA EXCLUSIÓN EN SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a Caracterización de la exclusión social en Bolivia

Finalmente, la exclusión en salud no es un fenómeno explícito debido a que presenta diversos grados de intensidad, desde la exclusión absoluta de los servicios básicos hasta la exclusión determinada como la existencia de listas de espera, el acceso parcial o de menor calidad a un tratamiento o a una tecnología o a la autoexclusión por maltrato o por la provisión del servicio en un idioma que no se entiende, dentro de un contexto cultural que entra en conflicto con las creencias del usuario.

2.3.2.2 Otros factores que determinan la exclusión en salud

Como se explica en la investigación la Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe realizado por la OPS (2004), un factor que obstaculiza el enfrentamiento adecuado de la exclusión en salud es que en la actualidad no se conoce con exactitud su magnitud, sus factores causales y a quienes afecta. Tampoco está claro cuáles son las estrategias e intervenciones que han demostrado ser más eficientes, equitativas y sostenibles para combatirla. Esto se debe principalmente a dos razones: al carácter multicausal de la exclusión en salud, que hace que su medición sea compleja y a la escasez de instrumentos metodológicos para caracterizar y medir el problema.

Como se presentó en la sección anterior, la exclusión en salud aparece fuertemente ligada a la pobreza; la marginalidad; la discriminación racial y a otras formas de exclusión social, así como

a patrones culturales incluyendo el idioma; a la informalidad en el empleo, al subempleo y al desempleo; al aislamiento geográfico, en especial ligado a la ruralidad; a la falta de servicios básicos como electricidad, agua potable y saneamiento básico; y a un bajo nivel de educación o información de los usuarios de los servicios.

Sin embargo, existen dimensiones de la exclusión en salud que parecen depender de variables más propias del sector salud, tales como el modelo de provisión de servicios; el déficit de infraestructura adecuada para responder a la demanda de salud y la asignación de recursos al interior de la red de provisión. Adicionalmente, el no contar con un seguro de salud parece ser una barrera importante de acceso a las atenciones de salud.

2.4 Accesibilidad de los Servicios de Atención en Salud como Elemento Dual a la Exclusión

Desde el ámbito conceptual existen diversos acercamientos al término de acceso a los servicios de salud. Barrenechea (2006), plantea la accesibilidad de los servicios de salud como un concepto complejo e integrado por varias categorías, entre ellas: la distancia y el tiempo que existe entre la población que requiere los servicios y las instituciones prestadoras del servicio de salud. Otra consideración que tiene en cuenta el autor, es que la oportunidad de prestación del servicio de salud tenga relación continua con la demanda y el tiempo. Siguiendo con el planteamiento, el autor considera la funcionalidad como el objetivo de la atención pertinente y eficaz con el tipo de demanda; por su parte, el costo del servicio, incluye el precio determinado por la atención, relacionado con medicamentos, transporte hasta el lugar de la atención y finalmente la aceptación por el usuario, entendida como la característica con que se ofrece el servicio.

Adicionalmente, Frenk (1985), hace referencia a tres principios:

1. Accesibilidad como el grado de ajuste entre las características de una población determinada y los recursos destinados para la atención de la salud.
2. Disponibilidad de los recursos para la atención y capacidad de producir servicios de salud.

3. Considera el acceso como un conjunto de características de la población que le permiten buscar y obtener la atención, con cuatro variables consideradas como los criterios que facilitan o dificultan el acceso a los servicios: poder de compra, pobreza, prioridad socialmente establecida y ciudadanía.

También se tiene en cuenta a Donabedian (1973) que define la accesibilidad como un valor agregado a la disponibilidad del recurso en un cierto lugar y en un determinado momento. A su vez, percibe la característica del recurso como el medio que facilita o dificulta el uso de los servicios por parte de los usuarios. De esta forma, el acceso se entiende como la posibilidad de entrar o ingresar a utilizar un servicio de salud y se debe abordar en un sentido más amplio, analizando las características de la población (factores determinantes) y de los recursos disponibles (oferta de servicios: uso de servicios).

En el presente trabajo accesibilidad se refiere a la capacidad y posibilidad de hacer uso de un determinado recurso sanitario previamente disponible, entendiendo dicha capacidad o posibilidad en función del grado de ajuste entre las características de los recursos y las capacidades del potencial usuario, en donde la accesibilidad reflejaría la complementariedad de la ecuación población recursos con el objetivo de conseguir el equilibrio entre ambos, y donde la accesibilidad abarcaría todo lo que acontece en la fase previa al acceso, su dominio abarcaría desde el surgimiento de la necesidad y la provisión de un recurso hasta el momento en que el potencial usuario se halla de en la consulta médica y hacer un uso estándar de los servicios sanitarios.

Este enfoque se orienta a analizar las distintas restricciones de accesibilidad de los sistemas de salud. Se consideran cinco dimensiones: financiera, geográfica, género, étnico/cultural y de calidad laboral.

Por lo tanto, el análisis de las distintas dimensiones de la accesibilidad permite aproximarse con mayor precisión a la exclusión real, sobre la cual no existen datos precisos.

i) Accesibilidad económica/financiera

La accesibilidad financiera es función directa del nivel económico que presentan las personas, es decir, a mayor ingreso mejor cobertura en atención en salud. Como afirma el informe en exclusión en salud la barrera económica se halla relacionada a la baja capacidad de generar ingresos que presentan las personas, que no les permiten atender sus necesidades básicas entre las cuales se encuentra la atención en salud. Por lo tanto, el nivel de ingreso es uno de los elementos utilizados en el análisis.

La barrera descrita, también, está relacionada, directa o indirectamente, con este determinante, y las enfrentan, principalmente, las personas que ocupan los niveles más bajos de la pirámide social. La situación más evidente se relaciona con la falta de capacidad de pago. En consecuencia, esta falta de capacidad de pago retrasa la atención, puesto que es imposible para muchos de ellos, cubrir los costos para la realización de exámenes diagnósticos o del tratamiento inicial.

ii) Accesibilidad geográfica

Para definir la accesibilidad geográfica se considera el concepto de “acceso a servicios de salud” del PNUD⁵ “es el porcentaje de la población que puede recabar servicios locales de salud, en un tiempo máximo de una hora de marcha a pie o de desplazamiento en medios de transporte locales”.

Además, las barreras geográficas se mueven en dos escenarios, las que se experimentan en las grandes urbes y las que se presentan en la ruralidad. Esta situación obliga a las personas a realizar desplazamientos excesivos dentro de la ciudad o entre diferentes municipios. En esta subcategoría se mezclan las restricciones económicas, las grandes distancias recorridas, las dificultades de transporte y las condiciones de salud de las personas.

⁵ PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano. (1997)

Este principio de accesibilidad tiene que ver con la distribución y la localización de los establecimientos de salud, supone la existencia de una oferta oportuna y sistemática de los servicios adecuados a la cantidad y a las características de las necesidades de la población, y a la naturaleza de las necesidades de la población en materia de salud.

iii) Accesibilidad por género

La accesibilidad por género se relaciona a las barreras de servicios de salud por causa de la discriminación sexual, esto supone un menor nivel de asistencia hacia algún grupo ya sea el femenino o el masculino. En el caso del grupo femenino este presentaría un menor nivel de exclusión considerando la implementación de los seguros públicos gratuitos, que tienen la finalidad de alcanzar al grupo madre-niño. Por tanto, no se puede descartar un nivel de exclusión en salud relacionado al género de manera que esta variable debe ser tomada en cuenta en el estudio.

iv) Accesibilidad étnico/cultural

La accesibilidad étnica/cultural se refiere a los hábitos y prácticas de los individuos respecto al cuidado y auto cuidado de la salud y las limitaciones que éstas imponen en el acceso a los servicios de salud. En esta clasificación pueden incluirse variables como las características socio sanitarias de las distintas etnias respecto a la población total, así como también la utilización de la medicina tradicional, el curanderismo y la automedicación, entre otras modalidades que deben ser estudiadas a título complementario. Es difícil el hallar una proporción cuantitativa. Por aproximación, se considera la proporción de población perteneciente a grupos étnicos con relación a la población total, reconociendo que los pueblos indígenas presentan condiciones de salud significativamente más precarias que la media de población.

v) Accesibilidad de calidad laboral

Dentro de la dimensión externa de la exclusión de salud, uno de los factores más importantes que contribuye a explicarla tiene que ver con el modelo de aseguramiento vigente en el país.

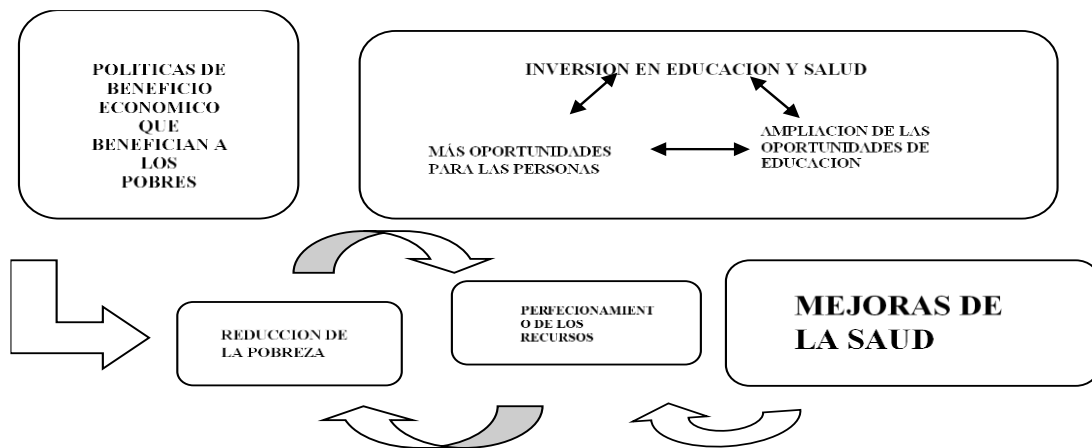
Las barreras laborales están relacionadas con el entorno de trabajo, la informalidad laboral, el acceso a condiciones laborales estables y la posibilidad de acceder a un seguro, entre otros. El empleo se convirtió, en la mayoría de los casos, en una barrera para acceder servicios sanitarios

En Bolivia el seguro social obligatorio es un modelo que se basa en la premisa de que debe existir una relación formal obrero/patronal para que el trabajador sea protegido. Lamentablemente, el trabajo en la economía en Bolivia es altamente informal, donde el 64% de la población ocupada en el área urbana es informal, y se halla excluida del seguro social obligatorio.

2.5 Importancia de la Salud en el Bienestar

El análisis de la salud no solo involucra políticas sociales que buscan satisfacer las necesidades básicas de la población, sino también ver su efecto en el bienestar; brinda una perspectiva diferente de la salud como parte de una combinación de políticas, en la cual se privilegian aquellas políticas económicas que favorecen no solo el crecimiento, sino también la equidad.

FIGURA N° 6: CICLOS QUE SE REFUERZAN MUTUAMENTE: REDUCCION DE LA POBREZA Y PERFECCIONAMIENTO DE LOS RECURSOS HUMANOS



Fuente: Informe sobre el desarrollo mundial, 1993 Invertir en salud, Banco Mundial

Mejorar la salud eleva el bienestar de la población y genera un círculo virtuoso entre la salud, transformación productiva y equidad. Elevar las condiciones de salud de la población en especial la de quienes tienen mayores necesidades y superar las inequidades más importantes en ese campo es factible en plazos breves, debe formar parte del esfuerzo sistémico para aumentar la productividad y competitividad de la economía, como se muestra.

2.6 Marco Conceptual

En el marco conceptual se presenta una definición resumida de las principales palabras utilizadas en esta investigación.

1. Políticas Públicas: Las políticas públicas son acciones de gobierno con objetivos de interés público que surgen de decisiones sustentadas en un proceso de diagnóstico y análisis, para la atención efectiva de problemas públicos específicos, en donde participa la ciudadanía en la definición de problemas y soluciones. También se puede entender como las acciones, medidas regulatorias, leyes, y prioridades de gasto sobre un tema promulgadas por una entidad gubernamental⁶. (Franco 2014). *La política social* es una disciplina científica y una intervención política dedicada a estudiar e intervenir públicamente (a nivel estatal o comunitario) en las consecuencias materiales y morales del siempre desigual desarrollo de las sociedades modernas,

⁶ Escrito por: Mtro. Julio Franco Corzo 22 de septiembre de 2014.

mediante un sistema político público (Estado social y de derecho, o formas comunitarias de autoorganización). Se concreta en un sistema público de protección de dichos derechos sociales a nivel general (asistencia sanitaria, educación formal y protección socio laboral) y a nivel específico (servicios sociales)⁷.

2. Equidad: Se conoce como equidad a la justicia social por oposición a la letra del derecho positivo. Como tal, la equidad se caracteriza por el uso de la imparcialidad para reconocer el derecho de cada uno, utilizando la equivalencia para ser iguales. Por otro lado, la equidad adapta la regla para un caso concreto con el fin de hacerlo más justo⁸. La equidad social, como tal, es la aplicación de los derechos y obligaciones de manera justa y equitativa a las personas, independientemente de la clase social a la que pertenezca. Por ejemplo; ofrecer educación a los individuos, sin distinción de sexo, clase social, religión, entre otros. La equidad social no pretende eliminar las diferencias existentes, sino de valorarlas y ofrecer un trato equivalente para superar las desigualdades sociales existentes en la sociedad.

3. Extensión de Cobertura en Salud: En contraste con el enfoque tradicional de extensión de la cobertura de servicios en términos numéricos y proporción porcentual de la población servida con respecto a la población total, el enfoque actual parte de un reconocimiento político de la salud como un derecho del individuo y de la comunidad en general; de hacer viable la accesibilidad de toda la población a los servicios de salud. La aplicación de esta noción de universalidad reconoce prioridades para los grupos hasta ahora no cubiertos y subatendidos, especialmente en las áreas rurales y zonas periurbanas. En recientes reuniones técnicas de OPS/OMS, se ha expresado que la extensión de cobertura es “la relación que existe entre la

⁷ Wikipedia Enciclopedia Libre.

⁸ www.significados.com/equidad.

población y sus demandas de salud, y la oferta y los recursos disponibles para satisfacer esa demanda”. (Vargas, 1977)⁹

4. Protección Social en Salud: Se entiende por protección social en salud a “la garantía que la sociedad otorga, por medio de los poderes públicos, para que un individuo o un grupo de individuos, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”¹⁰. La protección social en salud constituye un marco de referencia para la concreción del acceso a niveles adecuados de cuidados de la salud entendiendo a ésta como un derecho o un bien preferencial que la sociedad ha consagrado. Las políticas de protección social en salud deben orientarse a la universalidad, garantizando el acceso, la calidad, la oportunidad y la protección financiera de las personas, familias y comunidad. Sin embargo, aunque universales, estas políticas deben estar atentas a producir respuestas especiales para necesidades especiales, siendo permeables al enfoque de género y proactivas en la atención de las necesidades de las minorías étnicas y culturales. La protección social en salud no es un concepto estático. Por el contrario, se encuentra en evolución, y las políticas que la componen se consolidan progresivamente, acrecentando el alcance efectivo del bien común en el campo de la salud. Para dar sostén al enfoque de protección social en las políticas públicas de salud es necesario lograr un cierto grado de acuerdo social. A su vez estos procesos de diálogo y acuerdo social aportan a la cohesión social basada en valores democráticos mediante la apropiación social del concepto de derecho a la salud y los roles del estado y los ciudadanos en la concreción de tales derechos. El enfoque de protección social en salud, es, además, absolutamente congruente con el objetivo de cobertura universal, entendida como la situación en la cual cada ciudadano es objeto de los servicios de cuidado de la salud que necesita sin incurrir en riesgo financiero.

⁹ Fortunato Vargas Tentori (Asesor Servicios de Salud OPS). Trabajo presentado al grupo técnico de la Extensión de Cobertura en salud. México 1977.

¹⁰ OPS. 152.a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA, del 17 al 21 de junio del 2013. CE152/12, Rev. 1 Protección social en salud.

5. Cobertura Universal: El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar. (OPS/OMS, 2014). La Cobertura Universal de Salud significa que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales y garantizados de salud, que necesitan a lo largo del curso de vida, con calidad cuando los necesitan y sin sufrir dificultades financieras que los empobrezcan para obtenerlo. Debe fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar, con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad¹¹. (Cobertura Universal de Salud y la OPS/OMS, 2014).

6. Seguro Público de Salud: Es un esquema de aseguramiento público de la salud que asocia y vincula derechos con prestaciones y servicios. Explicita cobertura de salud para su población objetivo respecto de un conjunto de prestaciones priorizadas, promoviendo desde una perspectiva de equidad, mejores condiciones de acceso a servicios de salud, y favoreciendo el efectivo ejercicio del derecho a la salud¹².

7. Gasto Público en Salud: El gasto público en salud consiste en gastos de capital y recurrentes de los gobiernos central y locales, incluyendo transferencias a otras instituciones

¹¹ Silvia Cassiani, Cobertura Universal de Salud y la OPS/OMS, 2014.

¹² https://es.wikipedia.org/wiki/Sector_salud

gubernamentales, préstamos y donaciones externas, además del gasto en salud de los sistemas de seguridad social 13 (Cárdenas, 2004).

8. Necesidad de Atención Percibida: Aparece cuando el individuo nota que le falta algo para tener lo que él considera como salud. Equivale a una carencia subjetiva. La necesidad expresada aparece cuando el individuo transforma la necesidad percibida en demanda de atención sanitaria, por ejemplo, acudiendo al médico. La necesidad comparada (satisfecha) aparece cuando un individuo o grupo social con unas determinadas características de salud no recibe la prestación sanitaria, mientras que otros individuos o grupos si la reciben. Por lo tanto, este concepto permite comparar si se satisface o no la necesidad en función de la riqueza, la región, el género u otras características 14 (Oteo, 2006). Una de las grandes ventajas de las Encuestas de Hogares es que permiten obtener estimaciones según características y grupos poblacionales (grupos geográficos, económicos, etc.), para determinar cuáles son los grupos de población que tienen más probabilidades de enfermarse (necesidad percibida), cuales no demandaron atención, cuales lograron acceder a atención institucional en mayores proporciones, cuales percibieron mayor calidad, etc.

9. Bienestar: La noción de bienestar hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien. Dinero para satisfacer las necesidades materiales, salud, tiempo para el ocio y relaciones afectivas sanas son algunas de las cuestiones que hacen al bienestar de una persona. Cabe mencionar que se entiende por salud al estado de completo bienestar, tanto físico como mental, a nivel personal y en un contexto social¹⁵. En otro sentido, se conoce como Estado de bienestar al sistema social que busca eliminar las injusticias de la economía capitalista mediante la redistribución de la renta y la prestación de servicios sociales estatales para las clases sociales bajas.

¹³ Cárdenas Marina, “Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en salud en Bolivia”. La Paz, 2004.

¹⁴ Oteo Ochoa Luis Ángel, “Gestión clínica: desarrollo e instrumentos”. Madrid, 2006.

¹⁵ <http://definicion.de/bienestar/>.

10. Servicios de Atención en Salud: Conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud¹⁶. "El tipo de servicio que representa la atención sanitaria se puede diferenciar en base a una serie de condicionantes, que son, por una parte, el objeto y la condición de servicio, por otra parte, el motivo de consulta y el tiempo previsión de la actividad con requerimiento de urgencia o sin él. Otra distinción del servicio se basa en el lugar en dónde se realiza la atención. Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones. La provisión organizada de tales servicios puede constituir un sistema de asistencia sanitaria¹⁷.

11. Seguridad social de corto plazo: Son los seguros que gestionan las contingencias inmediatas de la vida y del trabajo, otorgándoles el derecho a recibir la atención médica que se considere indispensable para su curación y rehabilitación por: Enfermedad Común, Maternidad y Riesgos Profesionales (Accidente de Trabajo y Enfermedad Profesional), con el soporte financiero del aporte patronal del 10% sobre el promedio mensual de cada trabajador¹⁸ (Cáceres, 2015) .

12. Área de residencia: Residencia es un término que procede del latín *residens* y que hace mención a la acción y efecto de residir (estar establecido en un lugar). puede ser: *Área urbana:* se caracteriza por estar conformada por conjuntos de edificaciones y estructuras contiguas agrupadas en manzanas, las cuales están delimitadas por calles, carreras o avenidas, principalmente. Cuenta por lo general, con una dotación de servicios esenciales tales como acueducto, alcantarillado, energía eléctrica, hospitales y colegios, entre otros. *Área rural:* se caracteriza por la disposición dispersa de viviendas y explotaciones agropecuarias existentes en ella. No cuenta con un trazado o nomenclatura de calles, carreteras, avenidas, y demás.

¹⁶ Norma oficial mexicana NOM-168-SSA1-1998, del expediente clínico.

¹⁷ La Declaración Universal de Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en París, el 10 de diciembre de 1948 en su Resolución 217.

¹⁸ Cáceres Roberto, "Sistemas de Seguridad Social, seguro a corto y largo plazo". La Paz, 2015.

Tampoco dispone, por lo general, de servicios públicos y otro tipo de facilidades propias de las áreas urbanas¹⁹.

13. Origen étnico: Étnico es el grupo de personas que pertenece a una misma nación o etnia. La palabra étnico es de origen griego “ethnos” que significa “nación, pueblo²⁰”. Se puede considerar como grupo étnico al conjunto de personas que comparten las mismas costumbres, tradiciones, cultura, música, alimentación, idioma, habilidades, entre otras características provenientes del mismo territorio.

14. Ingresos Económicos: Los ingresos, en términos económicos, hacen referencia a todas las entradas económicas que recibe una persona, una familia, una empresa, una organización, un gobierno, etc. El tipo de ingreso que reciben depende del tipo de actividad que realice (un trabajo, un negocio, una venta, etc.). El ingreso es una remuneración que se obtiene por realizar una actividad²¹.

15. Grupo Ocupacional: Los grupos ocupacionales son categorías que permiten organizar a los servidores en razón a su formación, capacitación o experiencia reconocida. Esto ha hecho evolucionar las Clasificaciones Ocupacionales desde un modelo jerárquico, gremial basado en categorías hacia un modelo organizativo, funcional basado en los puestos de trabajo. Los grupos ocupacionales son: Profesional, Personal de Apoyo y Personal Gerencial. El grupo profesional está constituido por servidores con título profesional o grado académico reconocido por la Ley universitaria. El grupo Personal de Apoyo está constituido por servidores que tienen educación secundaria y experiencia o calificación para realizar labores de apoyo. El grupo Personal Gerencial realiza trabajos de dirección, dirige, administra²².

²⁰ Morales Alejandro, “Raza y Origen étnico” La Paz, 2013.

²¹ Subgerencia Cultural del Banco de la República. (2015). Recuperado Subgerencia Cultural del Banco de la República. (2015).

²² LAS PRÁCTICAS EMPRESARIALES DE GESTIÓN DE LA MANO DE OBRA EN LOS DIFERENTES GRUPOS OCUPACIONALES. Octubre 2011. Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS). Informe elaborado por: Ernest Cano, Amat Sánchez. (ECOLAB) Universitat de València. Paralelo Edición, SA

16. Actividad laboral: Se refiere a la labor de las personas, o a su trabajo o actividad legal remunerada. El hombre para satisfacer sus necesidades debió, desde su aparición sobre la Tierra, emplear su fuerza o su capacidad creativa, para extraer de la naturaleza los recursos necesarios, o modificar lo que el medio le ofrecía, para su provecho²³. El trabajo, una de las categorías centrales de la sociología, puede definirse como la ejecución de tareas que implican un esfuerzo físico o mental y que tienen como objetivo la producción de bienes y servicios para atender las necesidades humanas. El trabajo es por tanto la actividad a través de la cual el hombre obtiene sus medios de subsistencia por lo que tiene que trabajar para vivir o vive del trabajo de los demás²⁴.

17. Población económicamente activa (PEA): Corresponde a la fuerza laboral efectiva de un país, al estar constituida por las Personas en Edad de Trabajar (PET) que están laborando o buscan trabajo. En otras palabras, corresponde a los individuos que participan del mercado de trabajo, ya sea que hayan encontrado un empleo o no. Mide la cantidad de personas que están interesadas en participar activamente en el mercado de trabajo. Está compuesta por ocupados y desempleados no debe interpretarse como la tasa de ocupación o desempleo (INE, 2015).

18. Pobreza: se refiere a la incapacidad de las personas de vivir una vida tolerable, entendiéndose por ésta la posibilidad de contar con una alimentación adecuada, un lugar donde vivir y gozar de salud, además de tener educación y disfrutar de un nivel de vida decente, así como la posibilidad de contar con otros elementos como la seguridad personal, la libertad política y de asociación, el respeto a los derechos humanos, la garantía de poder tener acceso a un trabajo productivo y bien remunerado y la participación en la vida comunitaria (PNUD,1997). Sen (1999) define a la pobreza como una carencia o privación de las capacidades básicas que permitan a un individuo funcionar dentro de una sociedad, hace referencia a la posibilidad que tiene una persona de alcanzar diversas condiciones de vida a partir de sus capacidades (Boltvinik, 1999), es decir, desempeñarse y realizarse de acuerdo a sus

²³ Lee todo en: Concepto de laboral - Definición en De Conceptos.com, <http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/laboral#ixzz4bbWCGTuX>

²⁴ Enric Sanchis, Trabajo y paro en la sociedad postindustrial, Tirant Lo Blanch, Valencia, 2011, ISBN 978-84-9004-105-5.

oportunidades. Adicionalmente, la **Pobreza extrema** se da cuando una inadecuada nutrición o una salud endeble llegan a generar deterioro orgánico se considera que la pobreza es extrema dado que no se alcanza una eficiencia biológica (Boltvinik,1999).

19. Pobreza relativa: La pobreza relativa se refiere a aquellas carencias que, aunque no generan detrimento físico, sí impiden a un individuo integrarse al entorno social (Boltvinik,1999).

20. Participación Social: La Salud Familiar Comunitaria Intercultural, asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación- control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud.

21. Interculturalidad: La Interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales los usuarios y otros), donde cada una ellos se predispone al diálogo horizontal basados en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de la atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes.

22. La Integralidad: La Integralidad de la salud, está orientada a que el servicio de salud conciba el proceso de salud-enfermedad de las personas como una totalidad, es decir, desde la persona como ser bio-psico-social, su relación con la familia, la comunidad y el entorno. Aquí la integralidad asume la promoción, prevención, rehabilitación y recuperación del usuario/a de manera completa y no separada.

23. La intersectorialidad: Asume la intersectorialidad como la intervención coordinada entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud, en alianzas estratégicas y programáticas con educación,

saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social y otros, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas y optimizando recursos.

CAPITULO III: EL SISTEMA DE SALUD EN BOLIVIA

Se entienden como un *sistema de salud*, todas las actividades cuyo principal objetivo sea el promover, restaurar o mantener la salud. En general, los sistemas de salud tienen la responsabilidad no sólo de mejorar la salud de las personas sino protegerlas contra los costos financieros de la enfermedad, además de tratarlas con dignidad. En este contexto en esta sección

se presenta las características del Sistema de Salud de Bolivia (SNS) para un adecuado análisis del acceso y la exclusión a los servicios sanitarios.

3.1 Antecedentes Históricos

A continuación, se presenta un resumen de los principales hechos determinantes en el sector salud.

- 1923 comenzó a comisionarse expertos en salud pública para el servicio de campo de la OPS. El primero fue el Dr. John D. Long, llamado el "representante viajero" por realizar misiones a los países de Chile, Perú Ecuador, Panamá, Cuba y Bolivia. Su recorrido tenía como objetivo evaluar con las autoridades nacionales, las condiciones de salud de esos países y formular un plan para ampliar la utilidad de la organización. Por más de una década, sus viajes se convirtieron en la base principal de las actividades de la OPS²⁵.
- En 1929, Bolivia se adhiere al Código Sanitario Panamericano. Este fue un instrumento de legislación sanitaria completa, destinada a prevenir la difusión de enfermedades entre los países de la Región.
- 1938 - 1951 Constitución política del Estado de 1938, reconocía como deberes del estado a la protección de la salud. El 31 de Agosto del mismo año se crea el Ministerio de Higiene y Salubridad. Código de la Seguridad Social. Con la creación del Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en 1938 y con una atención centralista y hospitalaria se inicia en Bolivia el Sistema Nacional de Salud (SNS). Más tarde en 1953 se implementaría el sistema solidario de seguridad social que se limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizan en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la economía boliviana. Esta situación obligó a reformar el SNS en la década de los 70's,

²⁵ Hasta 1911, la Organización Panamericana de la Salud, ya había celebrado su Quinta conferencia Sanitaria Internacional. Fue precisamente en ésta última, realizada en Santiago de Chile que Bolivia por primera vez participa con un representante, el Dr. Claudio Sanjinés Tellería.

bajo el impulso de las tendencias en América Latina a enfatizar los gastos sectoriales y a forzar la reevaluación de prioridades como consecuencia de la crisis económica, buscando la eficiencia y la efectividad en la intervención del Estado, y la reducción del complejo médico industrial; así el SNS adopta un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales.

- En 1940, surgió el Código de Seguridad Social de Bolivia como resultado del trabajo de una serie de comisiones técnicas de la OPS que llegaron al país y un grupo de técnicos bolivianos. Este Código se promulgó en 1956.
- En 1948 nace la Organización Mundial de la Salud (OMS). El Dr. Morales Ugarte, entonces ministro de Salud de Bolivia dicta resolución de adhesión al acta de la Conferencia Internacional de Salud que había aprobado la constitución de la OMS.
- En el año 1958 es promulgado el Código Sanitario, mismo que entre otras consideraciones dice: "Es responsabilidad del Estado velar por medidas sanitarias y sociales...Bolivia es miembro de la organización Panamericana y Mundial de la Salud... es necesario coordinar la legislación sanitaria de la República con las disposiciones del Reglamento Internacional y el Código Panamericano...".
- En 1957, la OPS designa el Dr. José Ramón Quiñónez médico salubrista venezolano, primer Representante en Bolivia.
- 1952-1969 Constitución de 1967, reconoce el derecho a la salud individual y colectiva. Creación del Ministerio de Salud Pública. En 1969 la OPS convoca una reunión de ministros, a la cual asistieron el Dr. Julio Bustillos y el Dr. Francisco Torres Bracamonte por Bolivia. Producto de esta reunión y en el marco de la Carta de Punta del Este (documento firmado por Bolivia, pretendía aumentar la esperanza de vida y mejorar la salud individual y colectiva) se establecieron las bases y grupo de medidas de orden práctico, destinadas a alcanzar los

propósitos de la Organización Panamericana: "combatir las enfermedades, y prolongar la vida, y estimular el mejoramiento físico y mental de los habitantes"²⁶.

- 1970 – 1981: Se presenta el Plan Nacional de Salud. En la década de los 70', la Organización Panamericana de la Salud, acompañó el que hacer de la salud pública en el país en base al Plan Decenal de Salud para las Américas. Los principales temas de trabajo estuvieron en relación a la protección de la salud y el control de las enfermedades transmisibles, la Tuberculosis, el programa ampliado de Inmunizaciones, el Saneamiento Básico, la III, IV, V y VI Conferencia Nacional de Salud, el Plan Nacional de Salud Pública, el desarrollo del sistema de servicios de salud, la enseñanza de la salud pública, la participación a la Asamblea Mundial de la Salud, y a la reunión de Alma Ata, identificación de la meta "Salud para todos en el año 2000". En 1979 se pone en vigencia el código nacional de salud, tiene la finalidad del Código de Salud en la regulación jurídica de las acciones para la conservación, mejoramiento y restauración de la salud de la población mediante el control del comportamiento humano y de ciertas actividades, a los efectos de obtener resultados favorables en el cuidado integral de la salud de los habitantes de la República de Bolivia.

- 1982 – 1985: Se establecen como prioridades desarrollar programas de acción rápida sobre el binomio madre – niño, el trabajador y el saneamiento del medio, profundizando la cobertura institucional a través de un programa de regionalización de servicios. Más tarde en 1984 se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y en una perspectiva más técnica, economicista y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80's y al aumento de las desigualdades²⁷.

²⁶ En los años 60', diferentes temas prioritarios de salud pública fueron apoyados por la OPS en Bolivia. Así por ejemplo: el control y la erradicación de la malaria, la erradicación de la viruela, la fiebre Hemorrágica Boliviana, la lepra, la primera Campaña Nacional de Vacunación Antipoliomielítica, el desarrollo de infraestructura sanitaria, salud ocupacional, estadísticas vitales y sanitarias, la creación de la Sociedad Boliviana de Salud Pública, la primera Conferencia Nacional de Salud Pública.

²⁷ Desde los 80' hasta la fecha, la meta Salud para todos se constituyó en la base para el desarrollo de políticas y estrategias de salud, la atención primaria de salud, la participación de la ciudadanía, la participación de las Fuerzas Armadas de la nación a fin de realizar movilizaciones patrióticas en tareas de salud, la regionalización del país, la creación de mecanismos de coordinación y control, el enfoque multisectorial, el desarrollo institucional del

- 1985 Gobierno de UDP: Se logró implementar la estrategia de responsables populares de salud que involucro a la comunidad organizada en actividades de prevención; las campañas de vacunación con una participación masiva de la ciudadanía; y el Plan Integral de Actividades de Áreas de Salud (PIAAS), se hallaba organizado en un contexto regionalizado de servicios, cuyo actor principal es el área de salud, este plan contemplo niveles institucionales de activación, fortificados por las organizaciones populares; el fortalecimiento de los programas verticales; la implementación de los comités populares de salud y la participación social.
- 1985 – 1989 Se elaboró el Plan Global de Salud, Plan de Acciones Inmediatas (1986), Plan Trienal de Salud, 1987-1989. Modelo de regionalización. El primero de mayo de 1986 se inició en 16 centros el Programa de Atención Gratuita Perinatal. El año 1989, se elaboró el Plan Nacional de Supervivencia Desarrollo Infantil y Salud Materna
- 1989 – 1993. Modelo Sanitario. Distritos de Salud como expresión de los Sistemas Locales de Salud (SILOS). Apertura programática.
- 1993 – 1997 El Plan General de Desarrollo Económico y Social “CAMBIO PARA TODOS” Ministerio de Desarrollo Humano, en el que se creó la Secretaría Nacional de Salud. Ley de Participación Popular. Ley de Descentralización. Modelo de gestión compartida con participación Popular. Seguro de Salud de Maternidad y Niñez.
- 1997 – 2002 Se elabora el Plan Estratégico de Salud. Implementación del Seguro Básico de Salud. Escudo Epidemiológico
- 2003 Se crea el Ministerio de Salud y Deportes. Se aprueba la Ley del Seguro Universal Materno infantil.

ministerio e Salud, el potenciamiento de recursos humanos, la información gerencial en salud, tecnología de diagnóstico y tratamiento, atención a nuevos problemas que afectan la salud.

- 2006 Bases para el Plan Estratégico de salud. El año 2006, en Bolivia la política social dio un giro sustancial, la generación de mayores ingresos a través del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) que, de acuerdo al Decreto Supremo 28899, debe utilizarse para mejorar las condiciones de vida de la población boliviana y en especial de la niñez, permitió una menor dependencia del financiamiento externo. A esta coyuntura económica favorable se suma con el fin de establecer un nuevo patrón de desarrollo, la creación del Ministerio de Planificación y Desarrollo (Ley 3351 de Organización del Poder Ejecutivo del 26 de febrero del 2006), el cual se hace cargo de elaborar el “Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien 2006-2011” (DS 29272, 12 de septiembre de 2007).

- 2006-2016 Plantea el cambio de paradigma de salud, de un modelo asistencial a un modelo basado en las determinantes de la salud, promoción y prevención. En febrero de 2009, la nueva Constitución Política del Estado fue aprobada mediante referéndum el 25 de enero de 2009 y entró en vigencia el 7 de febrero de 2009, las bases fundamentales del ahora Estado Plurinacional de Bolivia donde se señala los derechos, deberes y garantías de la población, la estructura y organización del estado a través de 5 partes y 411 artículos, de los cuales varios se refieren a salud. La Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, establece que se debe implementar el Sistema Único de Salud, como medio para el logro del servicio universal de salud, el mismo que se constituye en un resultado dentro del Plan de Desarrollo Económico Social PDES 2016 - 2020.

- 2016 Publicación de las Bases del Plan Salud 2006-2010. Bolivia firma el tratado intencional conocido como las metas del milenio por el se ha comprometido ante las Naciones alcanzar las metas del Milenio en el año 2015, a saber:

Objetivo 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre.

Objetivo 2: Lograr la enseñanza primaria universal

Objetivo 3: Promover la igualdad entre los sexos

Objetivo 4: Reducirla mortalidad de los niños menores de cinco años.

Objetivo 5: Mejorar la salud materna

Objetivo 6: Combatir el VIH/SIDA, EL Paludismo y otras enfermedades

Objetivo 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.

Objetivo 8: Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

- 2018 Seguro de Salud Universal. La Ley 1152 establece un servicio médico gratuito y universal que beneficiará a todas las personas que no están protegidas por la seguridad social de corto plazo. Algunas de sus determinaciones son: que 1.200 "prestaciones" serán cubiertas, entre apendicitis, infartos, fisioterapia, diabetes, odontología, vesícula, cirugías y medicamentos. El SUS no asume gastos de cáncer en adultos. Solo si se trata de cáncer de próstata, mama y cuello uterino, que son los de mayor incidencia en el país, solo cáncer en niños y niñas, además de tres tipos de cáncer en adultos.

3.2 Características del Sistema Nacional de Salud (SNS) en Bolivia

El sistema de salud de Bolivia está dividido en tres subsectores: privado, la seguridad social de corto plazo y el público. “El sector privado funciona en un esquema de libre mercado con 15 empresas de seguros de salud que compran servicios a través de convenios de proveedores privados de la misma aseguradora o a través de convenios con otros proveedores privados. Entre los proveedores privados se encuentran aquellos administrados por la Iglesia, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y otros

El SNS se define como el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del Ministerio de Salud (MS).

El Modelo de Gestión del SNS establece la existencia de tres niveles de atención en salud, Los niveles de atención se definen por su capacidad técnica e instalada, son responsables de la solución de los problemas de salud y deben trabajar de manera coordinada, complementaria y corresponsable. Los tres niveles de atención se establecen de acuerdo a su capacidad resolutive descritos en la Norma de Caracterización de Establecimientos de Salud, Primer, Segundo y Tercer Nivel.:

- **Primer Nivel de atención**, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito y está conformado por la medicina tradicional, brigada móvil de salud, puesto de salud, centro de salud, policlínicas y poli consultorios.

- **Segundo Nivel de atención**, comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología; su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo.
- **Tercer Nivel de atención**, que está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y sub especialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad, sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

El MS es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; las cuales son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) que dependen técnicamente del MS y administrativamente del Gobierno Departamental (la máxima autoridad del SEDES es nombrada por el Gobernador). Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y de los programas de salud considerados prioritarios en el municipio, el DILOS está conformado por el alcalde Municipal, el director técnico del SEDES y el presidente del Comité de Vigilancia²⁸. Y en el ámbito local corresponde a los establecimientos de salud de área y a las brigadas móviles hacerse cargo de la prestación de los servicios. Estas instancias de gestión y los establecimientos de salud conforman tres Redes de Salud, la primera es la Red de Salud Municipal conformada por los establecimientos de Primer y Segundo Nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Gerente de Red nombrado por el respectivo DILOS.

²⁸ El Comité de Vigilancia es un órgano conformado por un representante del Distrito Municipal y por las Organizaciones Territoriales de Base, y tiene las atribuciones de vigilar que los recursos municipales sean invertidos equitativamente entre la población urbana y rural, de pronunciarse en la elaboración de presupuestos y en la rendición de cuentas del Gobierno Municipal.

La Red de Salud Departamental conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del Tercer Nivel de atención del departamento, la responsabilidad de esta red recae sobre el director técnico del SEDES. La Red Nacional de establecimientos de salud está conformada en total por los 3844 establecimientos de salud de Bolivia, de estos el 93% corresponden al primer nivel de atención, el 5% al segundo nivel y el 2% al tercer nivel.

Los que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONG.

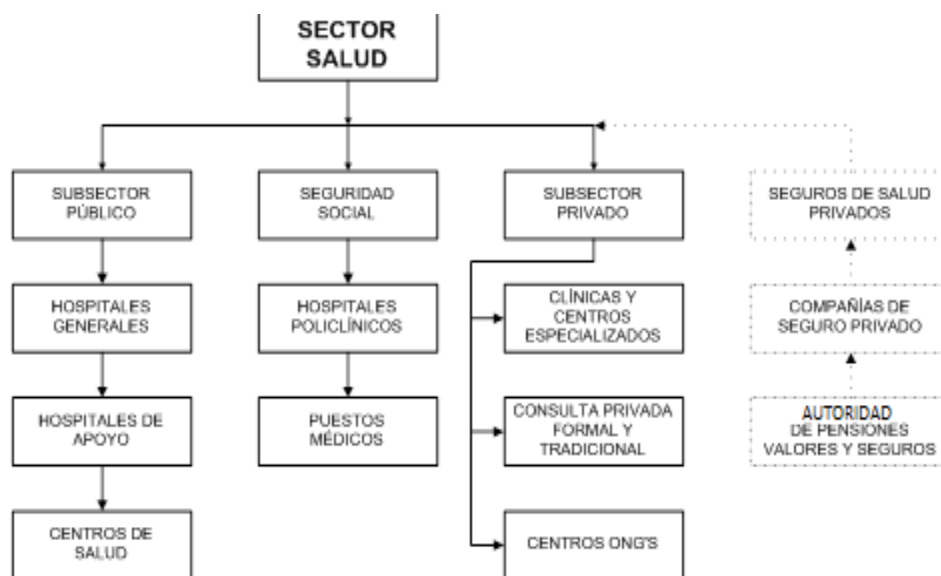
3.2.1 Segmentación del Sistema Nacional (SNS) de Salud en Bolivia

Según Prieto A. Lorena (2010) el sistema de salud boliviano es altamente segmentado, con una gran diferencia del gasto per cápita en salud de acuerdo al tipo de aseguramiento, donde el Seguro Social gasta un 40% del presupuesto total del sector y afilia a un 27% de la población dando atención efectiva sólo a alrededor de un 16%, mientras que el sector público de salud gasta alrededor de un 30% del presupuesto y debe atender a toda la población no afiliada a las Cajas de salud del Seguro Social, además de hacerse cargo de los esquemas públicos de protección social en salud y financiar los programas nacionales de salud pública. En este contexto, cabe destacar que la mayoría de los afiliados a las Cajas son castellano-parlantes y pertenecen al quintil más alto de ingresos. Una de las consecuencias más visibles de la existencia de la segmentación es la magnitud y regresividad del gasto de bolsillo en salud.

En Bolivia, el 28% del gasto total en salud sale del bolsillo de las personas; para la población que se encuentra en el segundo quintil de ingresos este gasto representa el 9,3% del ingreso del hogar, lo que lo acerca a un gasto catastrófico, en tanto que, para el quinto quintil, este gasto compromete sólo el 5,2% del ingreso total del hogar. La población perteneciente al primer quintil de ingresos por su parte (la más pobre) tiene un gasto de bolsillo de 5,8% del total del ingreso del hogar, lo cual se asocia a una fuerte contención de la demanda por salud cuya consecuencia se refleja en cifras desproporcionadamente elevadas de mortalidad para este grupo. Según este mismo marco de definiciones el sistema es fragmentado, debido a que el subsistema público tiene su propia red de provisión de servicios al igual que el Seguro Social,

las ONGs, la Iglesia y los proveedores privados y no existen enlaces funcionales ni operativos entre estas distintas redes de atención.

FIGURA N° 7: BOLIVIA-SECTORES DE SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a Estudio CNFGS.

Dentro del subsistema público existe también una profunda fragmentación, que se manifiesta en que el nivel central del Ministerio de Salud y Deportes es responsable de las políticas, programas y normas; los SEDES están a cargo de la asignación de los recursos humanos; y los municipios son dueños de la infraestructura de salud, en un escenario de divorcio entre el nivel central, el departamental y el municipal. Ello conduce a un funcionamiento desarticulado y no sistémico. La dimensión territorial de este problema se expresa en una muy baja articulación de los niveles central y departamental del MSD con los niveles municipales.

Desde la perspectiva del aseguramiento, a pesar de que se han establecido convenios público- Seguro Social (MSD-Cajas de salud) y público-privados (MSD-ONGs e Iglesia) para atender el SUMI y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV), aún no existe una integración real de los subsistemas.

La fragmentación operativa genera duplicación de acciones de salud para algunas poblaciones y en algunos territorios geográficos específicos, mientras deja otros grupos de

población y espacios territoriales sin atención de salud. Adicionalmente, el funcionamiento fragmentado determina la duplicación de procesos administrativos y la existencia de múltiples intermediarios, elevando de manera importante los costos de transacción.

CUADRO N° 1: BOLIVIA: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD SEGÚN NIVEL DE ATENCIÓN Y SUBSECTOR, 2019

SUBSECTOR	1er NIVEL	2do NIVEL	3er NIVEL	TOTAL
Público	3087	74	29	3190
Seguridad Social (CAJAS)	166	31	22	219
ONG's	107	10	1	118
Iglesia	69	14	4	87
Fuerzas Armadas	10	3	0	13
Sector Privado	120	87	10	217
TOTAL GENERAL	3559	219	66	3844

FUENTE: Elaboración propia con datos del SNIS

El subsector de la seguridad social a corto plazo está constituido por las diferentes Cajas de Salud que prestan servicios de salud a sus beneficiarios, estas Cajas de Salud a su vez sus funciones son coordinadas, controladas y supervisadas por el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), ahora Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS), que depende del Despacho del Ministerio de Salud.

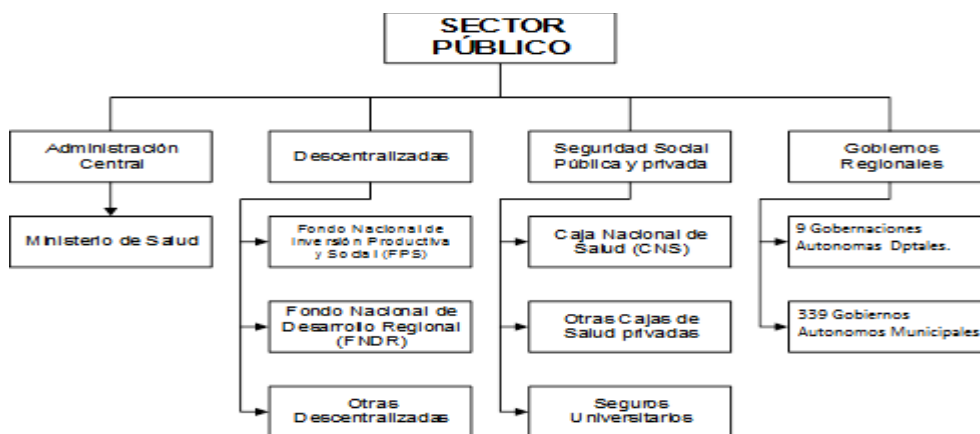
3.2.2 Subsector Público

El subsector público está organizado en tres niveles, el nivel nacional a la cabeza del MS, el nivel departamental liderado por las gobernaciones que son las responsables de la administración de los recursos humanos de este subsector, y el nivel municipal en donde el Gobierno Municipal es responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos. Este subsector está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no sean parte del subsector de la seguridad social, por lo que cuenta con 3190 establecimientos de salud en los diferentes niveles de atención.

También se indica que el sector está encabezado por el Ministerio de Salud (MS), responsable de las normas e implementación de políticas nacionales, que se constituye en la Autoridad Sanitaria. En el ámbito regional, se encuentran los Gobiernos Autónomos Departamentales, responsables de la administración de los recursos humanos en salud necesarios para coadyuvar a lograr metas establecidas a nivel nacional. En el ámbito local los Gobiernos Autónomos Municipales son los encargados de la infraestructura, equipamiento y la administración de los establecimientos de salud. Los servicios de salud en el subsector público son competencia concurrente de responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Municipales en cuanto al primer y segundo nivel de atención, y de responsabilidad de los Gobiernos Autónomos Departamentales sobre el tercer nivel de atención.

Existen otras instituciones que realizan actividades complementarias a las del sector, tales como el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS), cuyo objetivo es apoyar en la inversión para el desarrollo de las redes de servicios de salud a nivel local, a fin de facilitar el acceso de la población, en especial a la de mayor riesgo.

FIGURA N° 8: ESTRUCTURA DE INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO RELACIONADAS CON SALUD



Fuente: Elaboración propia en base a Estudio CNFGS, con información de Clasificadores Anuales del Ministerio de Hacienda

3.2.3 Subsector Privado

Las organizaciones consideradas privadas, desde el punto de vista de la oferta de servicios de salud, son las compañías de seguro, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) y los consultorios privados. Cada cual refleja una característica particular: las compañías de seguros intermedian recursos para ofertar servicios, mientras que la ONGs con una visión más bien preventiva de promoción y asistencial.²⁹

La Medicina Tradicional, forma parte también del subsector privado y en general es la menos estructurada y con menor información en el Sistema de Salud Nacional. Desde el año 2006, el Ministerio de Salud y Deportes hace esfuerzos por articular a la Medicina Tradicional al enfoque de interculturalidad como componentes importantes del subsector público de salud. En esa dirección se ha creado el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, responsable de articular la medicina tradicional a la medicina académica.

Adicionalmente, el carácter multicultural de nuevo Estado Plurinacional se pone de manifiesto en el Preámbulo de la Nueva Constitución Política del Estado: Bolivia como país multicultural plurilingüe (37 etnias) tiene como mayor riqueza la diversidad cultural y por ende un “Capital Social” sólido conformado por organizaciones locales de base territorial, centrales, subcentrales, capitanías, indígenas de tierras bajas y altas, confederaciones y federaciones, regionales y provinciales de campesinos, juntas vecinales, organizaciones de mujeres campesinas, y otros.

El carácter pluricultural de Bolivia también se expresa en formas de atención en salud culturalmente estructurada en un Sistema Médico Tradicional/Etnomédico la medicina facultativa/académica/occidental. El carácter holístico de la medicina tradicional/etnomedicina hace que se desarrollen mecanismos de comunicación dialógica y práctica en salud dirigidos a la persona como un todo biopsicosocial.

²⁹ Para mayores detalles sobre el sector privado ver Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Marina Cárdenas (2004).

3.2.3.1 El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad

El Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, es la instancia gubernamental responsable de promover, proteger, velar por la preservación y fortalecimiento de las medicinas tradicionales, de acuerdo al conocimiento y sabiduría de las culturas originarias, transversalizar la temática de la interculturalidad en salud en el diseño e implementación de políticas públicas sectoriales del nivel central y en el nivel descentralizado, formular políticas de modo que se articulen con el sistema público de salud, en un modelo de gestión y atención con un enfoque intercultural en salud. La Ley Organizativa del Poder Ejecutivo “LEY LOPE”, reglamenta las funciones del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad del Ministerio de Salud como sigue:

- Diseñar la política de promoción de la medicina tradicional y su articulación con la medicina académica o universitaria, en el marco de la interculturalidad y adecuación étnico-cultural de los servicios de salud.
- Diseñar unos modelos de atención integral de promoción y fomento de la salud familiar y comunitaria, respetando la interculturalidad en las comunidades, suyus, marcas, ayllus, tentas, capitanías y otras territorialidades y formas de gestión política en el país.
- Incorporar prácticas de medicina tradicional, en el sistema nacional de salud e implementar un sistema de registro y codificación de terapéutica tradicional y alternativa, e incorporarla a la farmacopea nacional de medicamentos.
- Acreditar los recursos humanos que llevan adelante la práctica de la medicina tradicional y establecer protocolos de normas y procedimientos de la asistencia sanitaria tradicional y alternativa.

- Fomentar la investigación en medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud y articular las redes de servicios y redes sociales con la práctica de la medicina tradicional.
- Fomentar los procesos de enseñanza-aprendizaje de las medicinas tradicionales a fin de asegurar su fortalecimiento y consolidación en cada región de Bolivia.
- Defender las plantas medicinales como parte de la Biodiversidad, así como el derecho de las culturas que han usado con exclusividad dichas especies de la flora medicinal, evitando la Biopiratería.

3.2.4 Seguridad Social De Corto Plazo – Cajas De Salud

La estructura institucional del sistema de cajas de salud en Bolivia, considerada en el presente estudio, incluye a las cajas de salud, seguros universitarios y al Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), ahora la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). Las cajas de salud son las prestadoras de servicio del sistema de seguridad social de corto plazo en Bolivia y dependen del despacho del ministro/a de Salud en el MS. La ASUSS es la institución de coordinación, control y fiscalización de cajas de salud.

FIGURA N° 9: ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE LAS CAJAS DE SALUD



Fuente: Estudio CNFGS.

3.3 Acceso y Financiamiento

El acceso de la población a la atención en salud ocurre de tres maneras:

- i) Por medio de la afiliación a la seguridad social a corto plazo, para lo cual se debe cotizar el 10% de los ingresos; si este es el caso el asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos)³⁰ acceden a la atención en las Cajas de Salud y por tanto cuentan con los seguros de enfermedad³¹, maternidad³² y riesgo profesional³³ con prestaciones en dinero y en especie.

- ii) A través de la atención en el subsector público, el cual está abierto a las personas preferentemente no aseguradas en la seguridad social a corto plazo y no cuenten con un seguro público de salud, pagando un precio por la consulta médica, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. Los precios de estas prestaciones se determinan considerando, solamente el costo de operación del establecimiento de salud, en tanto que el Estado cubre los costos del recurso humano.

³⁰ Se refiere a la esposa o conviviente inscrita en los regímenes de las Cajas de Salud, que viva en el hogar del asegurado y/o a sus expensas o al esposo dependiente, reconocido por la Comisión de Prestaciones de las Cajas de Salud. A todos los hijos dentro y fuera del matrimonio hasta los 19 años o 25 si se encuentran estudiando, sean solteros, dependan del asegurado y no trabajen, o sin límite de edad si son declarados inválidos por la Comisión de Prestaciones; entre los 19 y 25 años del hijo solo se cubre el 50% del costo de las prestaciones. A los padres del asegurado siempre y cuando dependan de este y no perciban ninguna renta. Se incluyen como beneficiarios aquellos hermanos que cumplan con las mismas condiciones que los hijos, siempre y cuando sean huérfanos de padre y madre.

³¹ El seguro de enfermedad cubre aquellas situaciones morbosas no provenientes de accidente de trabajo ni de enfermedad profesional, protegiendo contra el riesgo de pérdida o disminución de las facultades plenas de la persona.

³² El seguro de maternidad tiene por propósito cubrir las contingencias provenientes del proceso de gestación, precautelando la salud de la madre y su hijo.

³³ El seguro contra riesgos profesionales protege al asegurado de infortunios que tengan indiscutida relación de causa y efecto, que en ocasión del trabajo pudiera sobrevenirle, provocándole una ostensible morbosidad por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

iii) Acudiendo a los servicios de salud privados o aquellos que tengan algún tipo subvención no gubernamental como ocurre con los establecimientos de salud de la iglesia y de las ONG's. Los subsectores público y de la seguridad social a corto plazo atienden, además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: la promulgación del Decreto Supremo Reglamentario N° 1984 del 30 de Abril de 2014 que reglamenta la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (Ley 475), dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años y a las mujeres entre los 5 a 60 años; el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), dirigido a las personas mayores de 60 años; y también la atención a los discapacitados. Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos de Coparticipación Tributaria, IDH municipal y recursos externos.

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

3.3.1 Evolución de la Protección y Acceso en Salud en Bolivia

Los seguros públicos en Bolivia, fueron creados a partir del año 1996, con el objetivo de reducir las tasas de mortalidad materna e infantil. Son prestaciones gratuitas otorgadas por el Estado, con recursos de coparticipación tributaria y que son administrados por los municipios. Posteriormente se incluye al grupo de la tercera edad y a los discapacitados, como otro grupo vulnerable de la población. En la última década la evolución de los seguros fue la siguiente:

a) SEGURO NACIONAL DE MATERNIDAD Y NIÑEZ

El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN) fue establecido el 24 de mayo de 1996 mediante Decreto Supremo No. 24303. Este seguro estuvo vigente hasta el 31 de diciembre de 2008, fecha en la que es sustituido por el Seguro Básico de Salud. Como su nombre lo indica, este seguro estuvo dirigido a la protección de la salud del binomio madre-niño, con el objetivo

de reducir las tasas de mortalidad infantil y de la niñez y la razón de mortalidad materna. La población beneficiaria del Seguro Nacional fueron los niños menores de 5 años y las mujeres gestantes. Los niños menores de cinco años recibían, en forma gratuita, atención médica, farmacéutica y hospitalaria en casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAs) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRAs). Mientras que las mujeres gestantes recibían, en forma gratuita, atención médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básico de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas. Inicialmente, el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez ofreció un total de 26 prestaciones que más tarde se incrementaron a 39.

Las prestaciones del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez fueron financiadas con:

- El 3.2%, del 85% de coparticipación tributaria municipal, es decir de los recursos municipales de coparticipación destinados a inversiones. Este 3.2% constituía el Fondo Local Compensatorio de Salud (FLCS) y estaba destinado a cubrir los costos de los medicamentos, los insumos y la hospitalización.
- Los recursos humanos estaban financiados por el Tesoro General de la Nación y administrados por las prefecturas.
- La inversión, el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos de salud, estaban bajo la responsabilidad de los municipios.
- Los créditos y donaciones de origen externo, también formaban parte del financiamiento del SNMN.

El SNMN fue la primera experiencia nacional en la implementación de los seguros de salud desde el subsector público. Estuvo en vigencia hasta diciembre de 1998.

b) SEGURO BÁSICO DE SALUD

El Seguro Básico de Salud se pone en vigencia mediante Decreto Supremo N° 25265, promulgado el 31 de diciembre de 1998. Este seguro, al igual que el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Seguro Universal Materno Infantil y el Seguro de Salud Para el Adulto

Mayor focaliza sus prestaciones al binomio madre – niño, incorporando, además, acciones dirigidas a la lucha contra la desnutrición y las enfermedades de mayor prevalencia en la población boliviana. La población beneficiaria con las prestaciones del Seguro Básico de Salud fue: Niños y niñas menores de 5 años: con atención al recién nacido, promoción de la nutrición y desarrollo infantil, atención de EDAs, IRAs, sepsis, meningitis y vacunación preventiva. Mujeres embarazadas, con prestaciones de control prenatal, atención de parto y del recién nacido; control postparto, prevención y atención de complicaciones en el embarazo; transporte de emergencia, obstetricia e información, educación y comunicación acerca del parto institucional. Diagnóstico y tratamiento gratuito de las enfermedades de mayor prevalencia. Las prestaciones del Seguro Básico de Salud llegaban a 92 estaban a cargo, en forma obligatoria, de los establecimientos de salud del Subsector Público y del Subsector de Seguridad Social. En cambio, las obras sociales de la iglesia y las ONGs sin fines de lucro podían entrar al Seguro Básico mediante la firma de convenios. Los Comités de Vigilancia, como representantes de la sociedad civil, ejercía el control social sobre el Seguro Básico de Salud. El financiamiento del Seguro Básico de Salud provenía de las siguientes fuentes:

- El 6,4% del 85% de los recursos de Coparticipación Tributaria Municipal, destinados a cubrir la reposición de medicamentos e insumos usados en las prestaciones del Seguro.
- Saldos de los Fondos Locales Compensatorios de Salud generados por el SNMN.
- Recursos del Tesoro General de la Nación (TGN) destinados al pago de la remuneración al personal de salud, administrados por las Prefecturas y a los programas nacionales.

c) SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI)

El año 2002 el gobierno tiene la tarea de diseñar como parte del plan Bolivia, una Nueva Política Nacional de Salud, de tal forma que, el 21 de noviembre del 2002, se promulga la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con el propósito de afectar de manera sostenible la morbi-mortalidad materna e infantil que afecta al país y se implementa en todo el territorio nacional a partir del 1 de enero de 2003, para todas las personas que no están protegidas

por el régimen del seguro social de corto plazo. La población beneficiaria con las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil fue:

- Niños y niñas menores de 5 años: con atención integral en los tres niveles de atención. Mujeres embarazadas, con prestaciones de control prenatal, atención del parto y del recién nacido; control postparto, prevención y atención de complicaciones en el embarazo, hasta seis meses después del parto.
- Diagnóstico y tratamiento gratuito de las enfermedades de los programas nacionales.
- Mujeres en edad fértil y prestaciones en salud sexual y reproductiva, que se incluyeron a partir del año 2005.

A la finalización del SUMI se otorgaban aproximadamente 800 prestaciones de atención en salud y prevención de enfermedades en los subsectores público. El financiamiento del SUMI fue:

- Recursos de coparticipación tributaria municipal equivalentes al 10% del 100 de estos ingresos, para medicamentos esenciales e insumos.
- Recursos del Tesoro General de la Nación destinados al pago de los recursos humanos y los programas nacionales.

e) SEGURO DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR (SSPAM)

La Ley 3323 de 16 de enero de 2006, crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en todo el territorio nacional, de carácter integral y gratuito. Otorga prestaciones de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud. Los beneficiarios eran ciudadanos mayores de 60 años de edad con radicatoria permanente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud en el sistema público. Las prestaciones del SSPAM están enmarcadas dentro del Código de Seguridad Social, es decir incluye: consulta médica y de especialidad, cirugía, hospitalización, exámenes de laboratorio, medicamentos, rehabilitación. Siendo excepción las prótesis y órtesis. Todos los establecimientos de salud sean:

Públicos, Medicina Tradicional, Seguridad Social, ONGs, Iglesias, Privados con y sin fines de lucro, otros, pueden participar del SSPAM. El financiamiento del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), se hace a través del pago de una prima anual, equivalente a Bs.580 con mantenimiento de valor de las UFVs, por persona afiliada, pagada por el Gobierno Municipal a los establecimientos de salud según niveles de atención por afiliado, pagada integralmente por recursos municipales, los recursos humanos son financiados por TGN, Seguro Social de Corto Plazo y otros subsectores según convenios.

CUADRO N° 2: SEGUROS PÚBLICOS DE SALUD MATERNO INFANTILES Y DE LA VEJEZ EN BOLIVIA

Seguro	Beneficiarios	Vigencia	Prestaciones y atención	Financiamiento
Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)	Menores de 5 años y mujeres embarazadas	mayo 1996 a dic. 1998	32 prestaciones en el subsector público: 18 prest. de diagnóstico, 12 prest. para mujeres embarazadas y 9 prest. para menores de 5 años	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (3,2% del 90% de CP tributaria municipal), RRHH financiados por TGN
Seguro Básico de Salud (SBS)	Menores de 5 años, mujeres embarazadas y familias (grandes endemias)	marzo 1999 a 2003	92 prestaciones en el subsector público: 14 prest. de diagnóstico, 35 prest. para mujeres embarazadas, 33 prest. para menores de 5 años y 13 prestaciones universales a la familia (Tb, malaria, cólera e ITS)	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (6,4% del 85% de CP tributaria municipal), RRHH financiados por TGN
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 1)	Menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores al parto	2003 a dic. 2005	500 prest. de atención a la enfermedad y prevención de la enfermedad en los subsectores público, del Seguro Social y subsector privado (con convenio)	Recursos municipales para medicamentos, insumos y servicios no personales (10% del 100% de la CP tributaria municipal), transferencias eventuales del FSN, RRHH financiados por TGN y fondos del Seguro Social de Corto Plazo
Ampliación del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 2)	Beneficiarios SUMI 1 + mujeres en edad fértil	Desde diciembre 2005	Prestaciones SUMI 1 + 27 prestaciones de salud reproductiva a todas las mujeres en edad fértil en los subsectores público, de la Seg. Social y subsector privado (con convenio)	Mismas fuentes de financiamiento SUMI 1
Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	Agosto 1998 a enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seg. Social), únicamente en los establecimientos de la Seg. Social de CP	Prima anual para establecimientos de salud de \$56 por afiliado (repartida entre los 3 niveles de atención), pagada a 60% por TGN y 40% por Gobiernos Municipales (CP tributaria)
Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	desde enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seguridad Social) Atención en los subsectores público y del Seguro Social, y en otros subsectores con convenios	Prima anual de Bs.580 (3 niveles de atención) por afiliado pagada integralmente por recursos municipales (provenientes de la CP tributaria municipal, IDH municipal e ingresos propios), RRHH financiados por TGN, Seguro Social de Corto Plazo y otros subsectores según convenios

Fuente: Ministerio de Salud Deportes, Plan de Desarrollo Sectorial 2010-2020.

3.3.2 Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia

El régimen de “Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia” fue aprobado con la promulgación de la Ley N° 475 del 30 de diciembre de 2013 y puesto en vigencia a partir del mes de mayo 2014, con la promulgación del Decreto Supremo Reglamentario N° 1984 del 30 de abril de 2014 que reglamenta la Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia (Ley 475).

Los objetivos explícitos de la Ley 475, son dos y están registrados en su primer artículo, de disposiciones generales, puntualmente expresa:

1. Establecer y regular la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria descrita en la presente Ley que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto Plazo.
2. Establecer las bases para la universalización de la atención integral en salud.

El Artículo 5, de la Ley 475 establece que “son beneficiarias y beneficiarios de la atención integral y protección financiera de salud, todos los habitantes y estantes del territorio nacional que no cuenten con algún seguro de salud y que estén comprendidos en los siguientes grupos poblacionales:

1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto.
2. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad.
3. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años.
4. Mujeres en edad fértil respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva.
5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas según el Sistema Informático del Programa de Registro Único Nacional de Personas con Discapacidad — SIPRUNPCD.

6. Otros que se determinen por Resolución del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, refrendado y aprobado por Decreto Supremo, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 12 de la presente Ley.

Los grupos etarios beneficiarios son los establecidos en el punto anterior. Vale la pena destacar que los beneficiarios son los mismos establecidos en el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y en el Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM), a los que se han agregado a las personas con discapacidad, que son un grupo social minoritario, aunque importante desde el punto de vista de sus reivindicaciones. Las prestaciones de la Ley 475, son de aplicación nacional, tanto en el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y los subsectores de salud pública, de la seguridad social de corto plazo y privado bajo convenio y otras entidades reconocidas por el Sistema Nacional de Salud. (Art. 4° de la Ley 475).

La Ley 475, en su artículo 3° de definiciones, introduce por primera vez las categorías de Protección Financiera en Salud, gasto de Bolsillo en Salud, Gasto Catastrófico en Salud y otras que tienen importancia en Economía de la Salud.

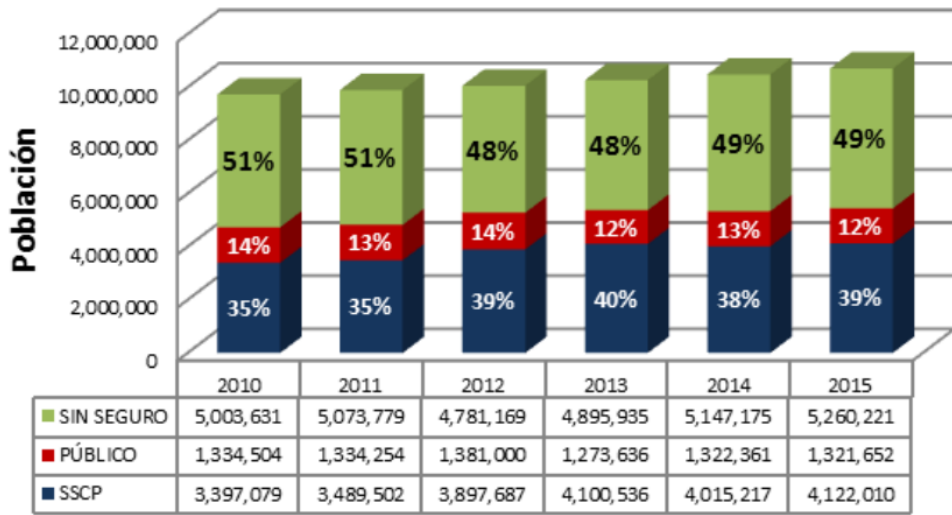
Las prestaciones de la Ley 475, son financiadas por las siguientes fuentes:

- Fondos del Tesoro General del Estado: Destinados a financiar los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud.
- Recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000: Hasta su cierre en el año 2015, que luego será sustituido por fondos del Tesoro general de la Nación. Estos recursos forman parte del Fondo Compensatorio de Salud (COMSALUD).
- Recursos de la Coparticipación Tributaria Municipal, equivalentes al 15.5% de los mismos y que son administrados a través de la llamada “Cuenta Municipal de Salud”, destinados a financiar las prestaciones que sean demandadas en establecimientos del primer, segundo y tercer nivel existentes en la jurisdicción municipal, por toda beneficiaria y beneficiario que provenga de cualquier municipio.

- Recursos del Impuesto Directo a los Hidrocarburos. Los artículos 13 y 14 de la Ley 475, autoriza a los Gobiernos Autónomos Departamentales y a los Gobiernos Autónomos Municipales a usar recursos provenientes del Impuesto Directo a los Hidrocarburos para la creación de ítems adicionales para personal de salud de los establecimientos de salud de su ámbito territorial. Autoriza, asimismo, a asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, dentro de su ámbito territorial, que no estén establecidas en la Ley 475.

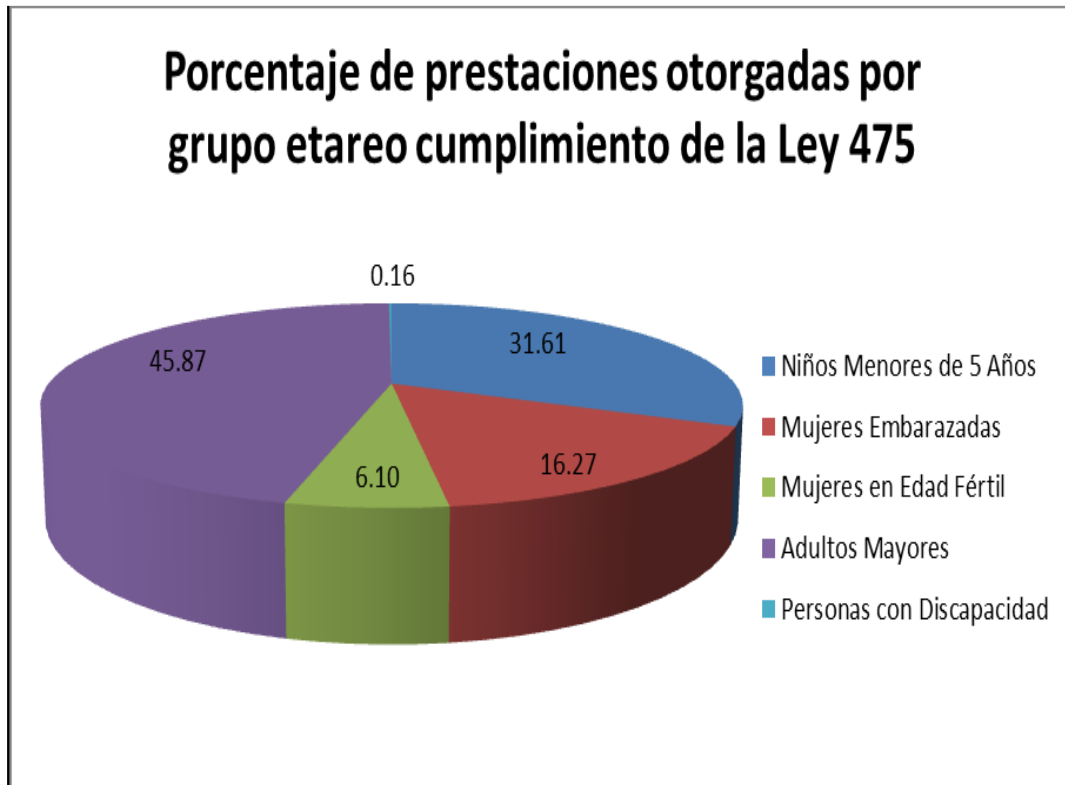
Finalmente, bajo el título de “Bases para la universalización de la atención integral en salud”, la Ley 475, en su artículo 12° (Ampliación o inclusión de fuentes de financiamiento, beneficiarias, beneficiarios y prestaciones), establece que el “Ministerio de Salud, y las entidades territoriales autónomas, a través del Consejo de Coordinación Sectorial de Salud, podrán acordar el incremento de los porcentajes de las fuentes de financiamiento asignados a las Cuentas Municipales de Salud y al Fondo Compensatorio Nacional de Salud - COMSALUD, o la inclusión de otras adicionales destinadas a la ampliación de las prestaciones, de beneficiarias y beneficiarios de acuerdo a priorización del sector y disponibilidad financiera.”

GRAFICO N° 1: EVOLUCIÓN COBERTURA DE ACCESO A SERVICIOS DE SALUD GRATUITOS PERÍODO 2010 – 2015



Fuente: Dirección General de Seguros - Ministerio de Salud

GRAFICO N° 2: PORCENTAJE DE PRESTACIONES OTORGADAS POR GRUPO ETARIO A NIVEL NACIONAL PERIODO 2014-2015



Fuente: Dirección General de Seguros - Ministerio de Salud

3.3.2.1 El Sistema Único de Salud como Política de Estado

En el caso de Bolivia se plantea el Sistema Único de Salud está constituido por el conjunto de acciones y servicios públicos nacionales, departamentales, municipales e indígena originario campesinos, de la medicina tradicional y de otras instituciones públicas orientadas a la investigación, control de calidad y producción de insumos.

El alcance del Sistema Único de Salud comprenderá a todos los estantes y habitantes en todo el territorio del Estado Plurinacional de Bolivia, garantizando el acceso universal a las acciones integrales de promoción, prevención, curación y rehabilitación en los servicios de salud en sus diferentes niveles de atención.

3.3.2.1.1 Financiamiento del Sistema Único de Salud y su Administración Fondo Único de Salud del Estado Plurinacional

La administración y gestión del Fondo Único de Salud es responsabilidad del Ministerio de Salud. El Fondo Único de Salud del Estado Plurinacional estará constituido por:

- a) Recursos nacionales, departamentales, regionales y municipales que a la fecha de la Promulgación de esta Ley están destinados a la atención de la salud.
- b) Recursos adicionales del Tesoro General de la Nación, de tal manera que la asignación total al SUS alcance progresivamente a Sus 70 por persona no asegurada por año.
- c) Recursos provenientes de impuestos especiales a crearse.
- d) Se mantiene inalterable el aporte patronal equivalente al 10% del total ganado por cada trabajador bajo dependencia laboral y 3% del aporte de los jubilados y rentistas, destinado al financiamiento de la atención de salud del universo de asegurados de la Caja Nacional de Salud y de otras Cajas Sectoriales dependientes del Código de Seguridad Social.

3.3.2.1.2 La Cobertura Universal en el SUS

El Cobertura Universal en el SUS es el mecanismo mediante el cual el Estado garantizará el derecho a la salud de todos los bolivianos y las bolivianas bajo los Principios de universalidad, gratuidad, solidaridad, integralidad, interculturalidad y equidad. Pretende garantizar el acceso a los servicios de salud sin costo en el punto de atención, asegurando prestaciones integrales que cubran las necesidades esenciales en salud a la población que no se beneficia de un seguro de salud. Busca eliminar la barrera económica de acceso, evitando el gasto de bolsillo y sobre todo el gasto catastrófico en salud de la población. Plantea nuevos modelos de financiamiento de la salud.

3.3.3 Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico AISEM

En fecha 24 de agosto de 2017 mediante D.S. N° 3293, se dispone la creación de la Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico cuya sigla es “AISEM” como una institución pública descentralizada de derecho público, con personalidad jurídica, autonomía de gestión administrativa, financiera y legal, bajo tuición del Ministerio de Salud y Deportes, con la finalidad de ejecutar programas y/o proyectos de Establecimientos de Salud Hospitalarios de Segundo Nivel de Salud, en el marco de las competencias otorgadas al Ministerio de Salud y Deportes.

La Agencia de Infraestructura en Salud y Equipamiento Médico, es una nueva entidad descentralizada bajo tuición del Ministerio de Salud, cuya finalidad es la ejecución de programas y/o proyectos hospitalarios de segundo, tercer nivel e institutos de Cuarto Nivel en el marco de las competencias otorgadas al Ministerio de Salud.

3.4 Marco Normativo del Sistema de Salud en Bolivia

La nueva Constitución Política del Estado promulgada en febrero de 2009, en su Artículo 158, en concordancia con el artículo 2 del Código de salud de la República de Bolivia; establece que

la salud es un bien de interés público que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general y garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de edad, raza, sexo o condición económica.

- Ley 1178 de Administración y Control Gubernamental, (SAFCO), formula los sistemas de administración pública y control, precisa el concepto de responsabilidad del servidor público en las funciones y utilización de los recursos del Estado y los productos de esa inversión.
- Ley 1551 de Participación Popular, transfiere la propiedad a los Gobiernos Municipales de los establecimientos de salud.
- Ley 1654 de Descentralización Administrativa, otorga la administración de los recursos económicos y financieros a los Departamentos, administrar y supervisar los recursos humanos y las partidas presupuestarias de los servicios de personales del sector salud.
- Ley 2028 de Municipalidades, el Gobierno Municipal planifica y promueve el desarrollo humano; supervisa el desempeño del personal de salud; construye, equipa y mantiene la infraestructura del sector salud; administra el equipamiento y mantenimiento de los recursos materiales y de medicamentos.
- Ley 2235 del Dialogo Nacional, destina el 10% de los recursos HIPC para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en los municipios. Establecimiento de los mecanismos de control social.
- En mayo de 1996, se lanza el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), mediante el Decreto Supremo 24303; contaba con 32 prestaciones aplicadas al grupo de mujeres y niños menores de 5 años.

- La Ley N° 3.323 del Seguro de Salud Para el Adulto Mayor – SSPAM y su Decreto Supremo reglamentario N° 28.968, aseguraba atención integral a todos los adultos mayores de 60 años que no tuvieran ningún otro seguro de salud.
- La Ley N° 475 de Prestaciones Integrales de Salud ha reemplazado al Seguro Universal Materno Infantil – SUMI y al Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM y ha incluido a las personas con discapacidad, ha logrado la implementación de un solo sistema de administración, que permite la gestión de prestaciones de salud de forma integral, eficiente y controlada.
- La Ley No 031 Marco de Autonomías y Descentralización Regula el régimen de autonomías de acuerdo con lo establecido en el artículo 271 de la Constitución Política del Estado y define las bases de la organización territorial del Estado boliviano. Su alcance comprende lo siguiente: bases de la organización territorial del Estado, tipos de autonomía, procedimiento de acceso a la autonomía y procedimiento de elaboración de Estatutos y Cartas Orgánicas, regímenes competencial y económico financiero, coordinación entre el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, marco general de la participación y el control social en las entidades territoriales autónomas.
- El Decreto Supremo N° 066 del Bono Madre Niño/a “Juana Azurduy” tiene como objetivo el de coadyuvar en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, de la mujer y el niño/la niña, desde el embarazo hasta los dos años de edad del niño y niña.
- Decreto Supremo N° 2.480 de 2015 “Subsidio Universal Prenatal por la Vida” mediante el para la madre gestante que no está registrada en ningún Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo. Este Subsidio consiste en la entrega de cuatro (4) paquetes de productos en especie equivalentes cada uno a un monto de Bs 300.- (Trescientos 00/100 bolivianos).

- La Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de diciembre de 2013 y el Decreto Supremo N° 2.436, otorgan los lineamientos de la Medicina Tradicional para su revalorización e incorporación en el sistema único de salud. Se han inscrito en el Registro Único de Médicos Tradicionales a 1.666 Médicos Tradicionales a Nivel Nacional.
- Ley N° 1069. Descripción: Ley modificatoria a la ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de prestaciones de servicios de salud integral del estado plurinacional de Bolivia.

El marco legal de la seguridad social de corto plazo es el Código de Seguridad Social, sancionado el 14 de diciembre de 1956, fundado en los principios de solidaridad económica y social, universalidad en el campo de aplicación y contingencias cubiertas y personas protegidas, unidad legislativa y de gestión. Este Código contiene un conjunto de normas que tienden a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, aplicación de las medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar, incluida la vivienda de interés social.

En el Código de Seguridad Social Boliviano, se consignan ocho de las nueve contingencias recomendadas por el Convenio 102 de la OIT, relativo a la norma mínima de la Seguridad Social: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social. La seguridad social de corto plazo, es el seguro que gestiona las contingencias inmediatas de la vida y del trabajo como ser enfermedad, maternidad y riesgos profesionales (enfermedad y accidentes de trabajo) encontrándose bajo la administración de las Cajas de Salud.

Las disposiciones del Código regulan las prestaciones del Seguro Social Obligatorio y las Asignaciones Familiares. El Seguro Social Obligatorio comprende los Seguros de Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales. Las Asignaciones Familiares, los subsidios: prenatal, de natalidad y de lactancia.

El Decreto Supremo No. 25798 en el marco del Código de la Seguridad Social, tiene aplicación obligatoria en el INASES, los Entes Gestores, Seguros delegados, Seguros Médico Gratuito de la Vejez y Seguro Universal Materno-Infantil. Para ello, el INASES fiscaliza los siguientes Entes Gestores del Sistema de Seguros de Salud:

- Caja Nacional de Salud
- Caja Petrolera de Salud
- Caja Bancaria Estatal de Salud
- Caja de Salud de la Banca Privada
- Caja de Salud de Caminos
- Caja de Salud CORDES
- Seguro Social Universitario
- COSSMIL
- Seguros delegados
- SINEC.

Mediante Decreto Supremo N° 268, 26 de agosto de 2009 se autoriza los Entes Gestores de Salud de Corto Plazo a prestar atención médica asistencial a todos los hijos e hijas de los asegurados, hasta que alcancen la edad de veinticinco (25) años, que estudien o que se hallen en trabajo de aprendizaje sin percepción de remuneración alguna, previa certificación.

3.4.1 Ley Seguro Universal de Salud SUS

La Ley 1152 establece un servicio médico gratuito y universal que beneficiará a todas las personas que no están protegidas por la seguridad social de corto plazo. El presidente del Estado Plurinacional, Evo Morales, promulgó la Ley 1152 “Hacia el Sistema Único de Salud” que garantiza atención en salud gratuita en Bolivia. El SUS busca materializar el derecho a servicios de salud gratuitos para un 51% de personas en situación de alta vulnerabilidad que carecen de cobertura sanitaria

3.5 Estado de Salud de la Población Boliviana

El grupo objetivo de las políticas establecidas por el Ministerio de Salud incluye a todas las bolivianas y todos los bolivianos, con prioridad en grupos vulnerables y excluidos históricamente como mujeres en edad fértil, niños, adultos mayores, naciones indígenas originarias, personas con discapacidad, poblaciones rurales aisladas, etc. A continuación, se presentan un resumen de indicadores de salud de la población, estos constituyen los parámetros que guían el accionar del sector salud.

CUADRO N° 3: PRINCIPALES INDICADORES DE ESTADO DE SALUD EN BOLIVIA

INDICADOR	DATO
Esperanza de vida	La esperanza de vida al nacer (estimación año 2014 INE) es de 70,6 años , (Mujeres 73,8 y 67,5 para hombres) (Fuente: UDAPE, con información de Encuestas de Hogares, Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, Registros Administrativos).
Mortalidad materna	La razón de mortalidad materna estimada para el año 2011 es de 160 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. (Fuente: Estudio Nacional de Mortalidad Materna 2011, SNIS-VE/MS).
Mortalidad infantil / niñez	La tasa de mortalidad infantil estimada para el periodo 2013 es de 44 defunciones para cada 1.000 n.v., la tasa de mortalidad en la niñez e de 56 por 1.000 n.v. (Fuente: UDAPE, con información de Encuestas de Hogares, Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, Registros Administrativos). La tasa de mortalidad neonatal para el periodo 2003 a 2008 es de 27 por 1.000 n.v. (Fuente: ENDSA).
Desnutrición	En 2012, 18,1% de los menores de 5 años sufrían de desnutrición crónica y 3,6% de desnutrición global. (Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición ESNUT – 2012, UDAPE/MS) En 2008, las mujeres adultas sufren más de sobrepeso y obesidad (50%) que de bajo peso (2%) (Fuente: ENDSA).
Infecciones respiratorias y diarreas	En 2015, la tasa de incidencia reportada de IRAS con o sin neumonía fue de 1781.2 por cada 1.000 menores de 5 años; de IRAS 1708,8 ; la tasa de Neumonía de 72,4 , mientras que la tasa de incidencia de EDAS fue de 773.3 por cada 1.000 menores de 5 años (Fuente: SNIS-VE/MS).
Violencia intrafamiliar	En 2008, el 28% de las mujeres unidas declararon haber sufrido violencia física o sexual, y 38% violencia psicológica. El 17% de los hombres declaró haber sufrido violencia física y se castiga a los niños en 80% de los hogares (Fuente: ENDSA)
Chagas	Para el 2015, estarían infectados con T. Cruzi; 17.870 mujeres embarazadas con una tasa de prevalencia de 17,8% ; 207 recién nacidos con una tasa de transmisión materno – fetal de 1,9% ; 204 niños de 1 a <5 años, con una tasa de prevalencia de 4,3% ; 1.067 niños de 5 a<15

	años, con una tasa de prevalencia de 4,9% y 30.454 >de 15 años con una tasa de prevalencia de 36,7% . (Fuente: Programa Chagas/MS).
Tuberculosis	En 2014, la tasa de incidencia reportada de tuberculosis en todas su forma es de 70,8 por 100.000 hab. y de 51,4 para BAAR+ (Fuente: UDAPE, con información de Encuestas de Hogares, Encuestas Nacionales de Demografía y Salud, Registros Administrativos).

Fuente: Elaboración Propia en base a ENSA 2015.

3.5.1 El SUS como Respuesta del Gobierno para Acceso a Servicios de Salud

Como se ha mencionado anteriormente, aún no se ha eliminado la exclusión social de la atención en salud; todavía un 60% de la población entre 5 y 59 años no tiene cobertura de salud del sector público o de la seguridad social. En respuesta a ello enfatizamos que el Sistema Único de Salud es un mandato constitucional y una demanda social que beneficiará la atención integral de salud gratuita en el subsector público de salud a bolivianos(as) que no están protegidos en la seguridad social de Corto plazo, a las personas extranjeras y los que están protegidos de acuerdo a la Ley 475. La atención en salud universal y gratuita se prestará a la población beneficiaria en los establecimientos públicos.

Todos los titulares del derecho a la salud deben tener la misma oportunidad de mantener y recuperar su salud mediante el acceso equitativo a los servicios que el Estado Plurinacional de Bolivia pueda ofrecer, incluyendo el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género.

El Estado debe asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías adecuadas, eficaces, seguras y de calidad, prescritos, dispensados y utilizados correcta y racionalmente, contemplando la medicina tradicional

Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, y mediante referencia a Hospitales de Segundo y Tercer Nivel. Las Emergencias serán atendidas en cualquier nivel de atención de manera oportuna y prioritaria.

Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financiarán la atención a su población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con los recursos provenientes del quince punto cinco por ciento (15.5%) de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH.

El nivel central del Estado pagará a los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos por atenciones en Salud de Tercer Nivel de Atención brindados por establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, sujeto a Reglamentación específica del Ministerio de Salud

Hay algunos grupos específicos de población que sufren aún la exclusión en salud: los niños y niñas en situación de calle, mujeres de toda edad que sufren violencia, y los adultos mayores indígenas.

A estas barreras de accesibilidad podemos agregar otras como la que surge por Discriminación, cualquiera sea la causa; y la barrera de acceso a la información que debe brindarse a la población sobre cuestiones de salud.

3.5.1.1 Beneficios y Debilidades Del Sistema Único De Salud (SUS)

Los bolivianos inscritos podrán acceder de forma gratuita a las atenciones médicas. Las modificaciones a la Ley 475 de Prestaciones de Servicios de Salud, que dará paso al Sistema Único de Salud (SUS), sigue el debate de su aplicación entre los sectores involucrados, autoridades y ciudadanos.

a) Beneficios

- **Atención gratuita a todos**, se amplía la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia al SUS. Su aplicación será paulatina.

- **Extranjeros reciben salud**, así como los bolivianos recibirán atenciones gratuitas de salud en los centros públicos, los extranjeros sin seguro de salud y bajo el principio de reciprocidad también serán beneficiarios.
- **Acceso al servicio de salud**, los pacientes deberán acceder obligatoriamente a los servicios de salud a través de los establecimientos de salud públicos del primer nivel, sin una transferencia de ese nivel no podrán pasar al segundo, tercer o cuarto nivel.
- **Atención médica en los centros**, la atención en salud universal y gratuita se prestará de forma progresiva. Arranca con 1.200 prestaciones englobadas en 460 productos, como atenciones, exámenes de laboratorio, cirugías y otros.
- **Disponibilidad de medicamentos**, es prioridad del Estado asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias adecuadas, eficaces, seguras y de calidad. Se contempla además la medicina tradicional.
- **La designación de presupuesto**. Las alcaldías financiarán la atención de su población en el primer y segundo nivel, el Gobierno las atenciones en tercero y cuarto nivel. Al inicio del SUS se podrá adquirir productos de salud del sector privado hasta fortalecer el sector público.
- **Contratación de profesionales**. Ante la falta de especialistas en el país, entre 2019 y 2021 se suscribe contratos adicionales por medio tiempo más de lo que tienen los profesionales que prestan servicios en centros de salud del subsector público.

b) Debilidades

- **Colapso de los hospitales**. Con la atención gratuita en todos los servicios, los centros de salud, hospitales de primer y de tercer nivel estarán colapsados por la población que buscará un servicio completamente gratuito.

- **Sostenibilidad del seguro gratuito.** En la norma no indica cuánto de presupuesto se tiene para que el Sistema Único de Salud (SUS) avance y no se desplome en el tiempo. Sólo indica que el Estado cubrirá esa atención de acuerdo con las políticas públicas
- **Recursos humanos.** El Tesoro General de la Nación financiará los recursos humanos en salud del subsector público, entre médicos y técnicos.
- **Dotación de los medicamentos.** La compra de medicamentos será sin convocatoria a licitación.
- **Costo del servicio de salud.** Cada servicio tendrá un valor muy bajo.
- **Infraestructura de los centros.** Se comprará productos de salud del sector privado que no hay en hospitales de tercer nivel, de segundo y centros de salud de primer nivel para garantizar la atención de los pacientes.
- **Migración de profesionales.** Los especialistas y subespecialistas que trabajan en el sector público no están dentro de la Ley General del Trabajo, debido a ello la mayoría de los profesionales que se titulan en el país migran al exterior en busca de mejores salarios.
- Se atenderán gratis cirugía, exámenes complementarios y atención médica.

3.6 Medicina Tradicional Ancestral Boliviana

La Ley N° 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana de diciembre de 2013 y el Decreto Supremo N° 2.436, otorgan los lineamientos de la Medicina Tradicional para su revalorización e incorporación en el sistema único de salud. Se han inscrito en el Registro Único de Médicos Tradicionales a 1.666 Médicos Tradicionales a Nivel Nacional.

El Programa Nacional de Salud Intercultural, creado en junio de 2014, depende de la Dirección de General de Medicina Tradicional e Intercultural, por las características de intervención de tipo cualitativo, hacia el posicionamiento y articulación al sistema de salud

mediante el reconocimiento de los médicos tradicionales. En este contexto, para la articulación se tiene: 9 responsables del programa en los SEDES, más 1 en la regional de la ciudad del El Alto; 2 responsables en servicios de segundo nivel y 31 en servicios de primer nivel.

3.6.1 Medicina Tradicional y Salud Intercultural

La Cosmovisión Andino Amazónica considera que la vida abarca a todo lo que existe, incluyendo obviamente al Cosmos y a nuestra Madre Tierra. (Aspectos que, por otra parte, tienen un fuerte respaldo en las ciencias modernas principalmente la Física Cuántica y de la Relatividad; las Matemáticas, Biología, Ecología, Teoría de Sistemas, Psicología Transpersonal y otras).

1. La Interculturalidad en salud

Salud, desde la cosmovisión de las culturas y naciones y pueblos indígenas originarios campesinos y afro bolivianos, es sentirse y encontrarse bien y compartir en equilibrio con uno mismo, la familia, la comunidad y su entorno social cultural con la naturaleza y la espiritualidad.

“La interculturalidad, que se entiende como la interrelación, la interacción, la reciprocidad, la aceptación, la cohesión, la convivencia, el aprendizaje, la enseñanza, la participación, el encuentro y el dialogo entre las culturas en igualdad de condiciones”, en nuestro Estado Plurinacional, es el principio, es la sangre que debe llenar nuestras venas, es el pensamiento que debe guiar nuestros actos.

Debemos reconocer la diferencia cultural como la oportunidad de aprender y la posibilidad de integrarnos, debemos empezar a educarnos en la interculturalidad, en nuestros hogares, en las universidades y en nuestros puestos de trabajo. Podemos rescatar saberes unos de los otros para el beneficio de la de todos.

“La aplicación del principio de Interculturalidad en la política sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural está orientada, entre otros, a eliminar la barrera cultural en el acceso

a la atención de salud y a promover la participación social efectiva en la toma de decisiones”
Ministerio de Salud y Deportes. PSD 2010-2020.

3.6.2 La Medicina Tradicional Ancestral Boliviana

La Medicina Tradicional no es única, son concepciones propias de cada nación del Estado Plurinacional de Bolivia. La Medicina Tradicional es la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales. “Es un conjunto de conceptos, conocimientos, saberes prácticos milenarias ancestrales, basadas en la utilización de recursos materiales y espirituales para la prevención y curación de las enfermedades, respetando la relación armónica entre las personas, familias y comunidad con la naturaleza y el cosmos, como parte del Sistema nacional de Salud”.

Los principios de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana recuperados por la Ley 459 son:

- Ama Qhilla, Ama Llulla y Ama Suwa (no seas flojo, no seas mentiroso, ni seas ladrón).
- Ayni, por el que las médicas y los médicos tradicionales ancestrales bolivianos, deben practicar la reciprocidad para ayudarnos unos con otros.
- Taypi, es el encuentro de conocimientos y saberes de las médicas y los médicos tradicionales, a través de la práctica de la reciprocidad, de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afrobolivianos.
- Suma Qamaña, Ñandereko, Teko Kavi, Ivi Maraei, Qhapaj Ñan, como principios ético-morales del “Vivir Bien” en la sociedad plural, asumidos en el ejercicio y la práctica de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.
- Equilibrio, como ente rector de la vida y salud vital, es una relación estrecha de la persona con la sociedad, con el medio ambiente, la naturaleza y el cosmos.

- Complementariedad, es el apoyo mutuo para conseguir un objetivo común con la práctica de la intra e interculturalidad. o Honestidad, es una expresión ética de la calidad humana, es decir la verdad todo el tiempo, es el simple respeto a la verdad, implica la relación entre las personas y los demás, y de la persona consigo misma.
- El trabajo comunitario, es el que se realiza en forma complementaria entre las entidades del Estado, médicas y médicos tradicionales, y entidades autónomas territoriales y organismos de cooperación, para el desarrollo y fortalecimiento de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana.

CAPITULO IV: MARCO PRÁCTICO

El principal objetivo de la investigación es analizar, cuantificar y proponer políticas públicas para disminuir el nivel de exclusión en los servicios de salud en Bolivia, que de mejor forma explican el grado de exclusión por causas externas, por lo que se recurre a instrumentos estadísticos y econométricos complementarios. En este contexto, el desarrollo del marco práctico se desagrega en tres secciones complementarias.

- En la primera parte se presenta el diseño metodológico seleccionado para alcanzar los objetivos planteados, se exponen las herramientas estadísticas utilizadas y el enfoque general del capítulo.
- En la segunda parte se desarrolla un análisis estadístico preliminar mediante el análisis descriptivo del sector en estudio que permite tener una idea del grado de acceso y exclusión en los servicios de salud.
- En la tercera parte se desarrolla un modelo econométrico que permita un mayor grado de conocimiento de las causales de la exclusión en salud.
- En la cuarta parte se especifican los resultados para establecer el grado de exclusión en Bolivia.

4.1 Metodología

Hernández Sampieri (2001) indica que la metodología del proyecto incluye el método seleccionado, el tipo de investigación, las técnicas que serán utilizados para llevar a cabo la indagación y aspectos relevantes de la forma en que se realizará en el estudio para responder al problema planteado.

4.1.1 Aspectos Metodológicos e Investigativos

4.1.1.1 Área de Investigación

Las áreas de investigación en las cuales se desarrolla la presente investigación son tres:

a) Economía de la Salud: La economía de la salud integra las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas a fin de estudiar los mecanismos y factores que determinan y condicionan la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud.

b) Políticas para la Salud: Las políticas de salud se despliegan a partir de una planeación sanitaria institucional, que formula e implementa intervenciones sanitarias sin reconocimiento, aceptación y legalización social, teniendo distintas expresiones como: políticas de aseguramiento individual, o persistencia de programas focalizados.

c) Econometría: Al estimarse una función econométrica, la cual es parte del área de econometría aplicada, adicionalmente se debe tener en cuenta los instrumentos econométricos utilizados, por lo que se desarrollan conceptos estadísticos y econométricos.

4.1.1.2 Tipo de Investigación

El estudio será de tipo descriptivo y cuantitativo y correlacional, es decir, que se buscará durante la investigación dar explicación a las causas y consecuencias del problema, procediendo además en una retroalimentación hasta la verificación de la hipótesis. Adicionalmente se utilizan como herramientas la investigación descriptiva e investigación correccional.

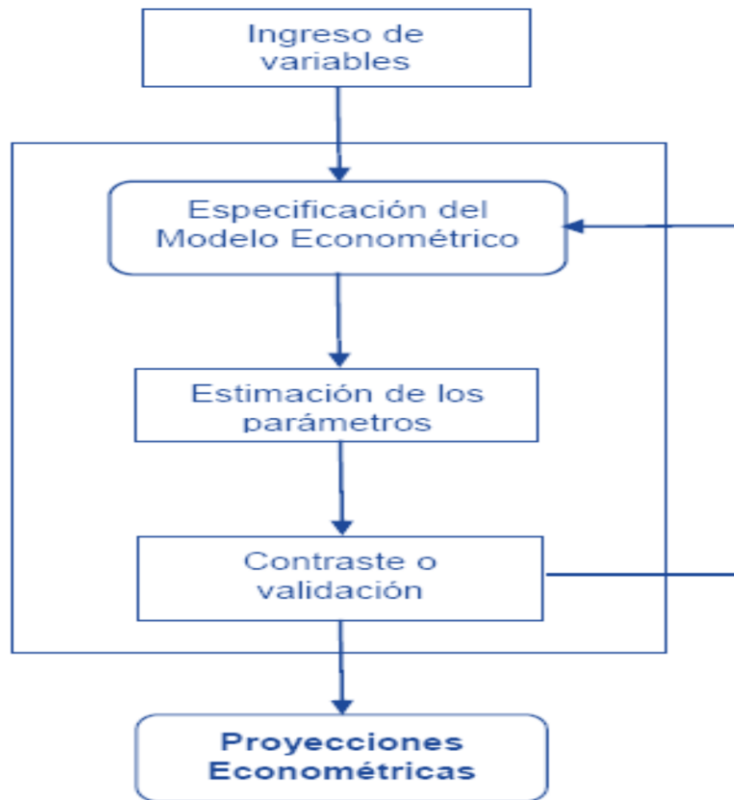
a) INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA

La investigación descriptiva busca especificar las prioridades importantes de personas, grupos o cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. En un estudio descriptivo se selecciona una serie de situaciones y se mide una de ellas independientemente, para así describir lo que se investiga. Este tipo de investigación se utiliza en el análisis de los senderos de tiempo de las variables seleccionadas en la investigación.

b) INVESTIGACIÓN CORRELACIONAL

Este tipo de estudio tiene como propósito medir el grado de relación que existe entre o dos o más conceptos o variables. El estudio correlacional mide las dos o más variables que se pretenden ver si están o no correlacionadas. La variable independiente es la que se considera como posible causa en una relación entre variables, es la condición antecedente, y el efecto provocado por dicha causa se denomina variable dependiente (consecuente). Es importante determinar que la correlación no sea espuria o falsa, es decir, que no exista una aparente asociación entre las variables estudiadas. Este tipo de análisis se complementa con la implementación de modelos econométricos.

FIGURA N° 10
METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DE MODELOS ECONOMETRICOS



Fuente: Gujarati 2007

4.1.1.3 Unidad de Estudio y Decisión Muestral

La presente investigación ha identificado que para realizar un adecuado análisis se utilizara la técnica de datos transversales, este tipo de muestreo consiste en seleccionar un numero de conglomerados y luego investigar todos los elementos pertenecientes a esa base de datos

La unidad de análisis que se identificó es:

- Unidad de Análisis y Políticas Económicas UDAPE
- Instituto Nacional de Estadística INE.
- Organización Panamericana de Salud (OPS)

4.1.1.4 Selección de Técnicas para la Recolección de Información

La técnica de investigación utilizada en la presente tesis fue la investigación documental, ya que se realizó una recopilación de la información de documentos oficiales de las Organizaciones Gubernamentales, publicaciones disponibles en Bibliotecas, Información estadística proporcionada por distintas instituciones públicas y privadas.

4.1.1.5 Procesamiento de la Información

a) Investigación Documental: La investigación es de carácter documental y se apoya en la recopilación de antecedentes a través de documentos digitales en particular se utilizó la Encuesta a Hogares³⁴ levantada por INE para distintos periodos. Para este efecto se realizó el procedimiento metodológico de un plan de tabulación bietápico en una primera instancia se recopiló la información estadística sobre acceso a salud para el análisis descriptivo y en una segunda etapa se recodifica las variables para el cruce de variables y posteriormente su uso en modelos econométricos.

4.1.4 Procedimientos

a) Rango de tiempo y cobertura geográfica: El rango muestral, corresponde a los datos anuales para las variables seccionados tomando como fecha de evaluación 2019.

b) Tipo de modelo: Al contar con suficientes datos de corte transversal se realizara un análisis de tipo estadístico descriptivo y estimaciones econométricas Probit.

c) Metodología de construcción del modelo econométrico: La construcción del modelo utilizara la metodología general a particular, la estrategia sugiere ir de lo general a lo particular,

³⁴ Las encuestas de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas están dirigidas al conjunto de los hogares establecidos en viviendas particulares ocupadas de las ciudades capitales, resto urbano y área rural de Bolivia. Excluyen a personas que residen en viviendas colectivas como hospitales, cuarteles, hoteles, conventos, etc. La unidad de observación es el hogar y las unidades de análisis son los hogares y las personas que forman parte de los hogares. A partir del año 2002, el marco muestral con el que se trabaja en las encuestas de hogares es el que proporcionó el Censo Nacional de Población y Viviendas de 2001 denominado “Marco Maestro”; el muestreo empleado en las encuestas es probabilístico. De acuerdo con la construcción de las encuestas, estas son diseñadas para dar estimaciones a nivel nacional, urbano nacional y rural nacional.

considerando primero un modelo lo más general posible y luego se lo va reduciendo a un modelo más simple a base de incorporar restricciones que los datos no rechacen basados en un conjunto de diagnósticos estándar. Los programas estadísticos de apoyo seleccionado son SPSS 24.0 y Stata 13 por ser los mismos los que mejores características presenta para el análisis de series de corte transversal.

d) Paquetes estadísticos: El presente trabajo incluye la utilización del paquete estadístico STATA, con el cual se realizaron las diferentes tabulaciones de información y procesamiento de los datos obtenidos, así como el de la realización de las diferentes pruebas utilizadas para el planteamiento del modelo econométrico.

d) Fuentes de información: Con el propósito de encausar el estudio hacia el logro de los objetivos propuestos se efectuara un análisis cuantitativo utilizando para este fin información de fuente primaria: Base de datos de la Encuesta Continua a Hogares (ECH) correspondiente al programa de Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) del año 2019.

Además, se realizó un proceso de selección y recodificación de las variables exógenas y la variable endógena para la especificación y estimación del modelo. Los detalles de la recodificación y características de la recodificación y la encuesta se presentan en anexos de la presente investigación.

4.2 Análisis Descriptivo de los Datos

El análisis del nivel de exclusión en la prestación de servicios de salud tiene como punto de partida el análisis estadístico de los principales indicadores relacionados a la exclusión por causas externas. Como preparación analítica previa al modelo de exclusión en salud estimado más adelante, este marco referencial presenta un análisis muy general de un modelo microeconómico que intenta explicar los factores que influyen en la probabilidad de los individuos sobre su exclusión del sistema de salud, utilizando para ello un vector de características personales de dichos individuos.

CUADRO N° 4: DIMENSIONES Y VARIABLES UTILIZADAS EXCLUSION EN SALUD

Dimensión	VARIABLES UTILIZADAS
Geografía	• Área de residencia (urbano / rural)
Género	• Sexo
Pertenencia indígena	• Pertenencia a pueblo indígena originario
Edad	• Grupos de edad
Educación	• Nivel de educación
Actividad laboral	• Población activa / inactiva • Grupo ocupacional principal
Economía (ingresos)	• Incidencia de pobreza y pobreza extrema

Fuente: Elaboración Propia

Para un adecuado desarrollo de este enfoque se presentan cuadros estadísticos en función a distintas dimensiones externas. La evaluación se basa en el análisis de las características de los factores externos y la oferta y demanda de servicios de salud en general, tanto públicos como privados.

4.2.1 Acceso a Servicios de Salud y Aspectos Geográficos

4.2.1.1 Acceso a Servicios de Salud y Necesidad Percibida

Según los datos reunidos, en promedio, un 22.71% de las personas que residen en el área urbana demandaron servicios de salud en los últimos 12 meses anteriores a la encuesta.

CUADRO N° 5: EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CRITERIOS GEOGRÁFICOS, 2019

	Urbano	Rural
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	19,5%	7,1%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	35,1%	57,3%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	19,1%	8,4%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	1,4%	6,5%

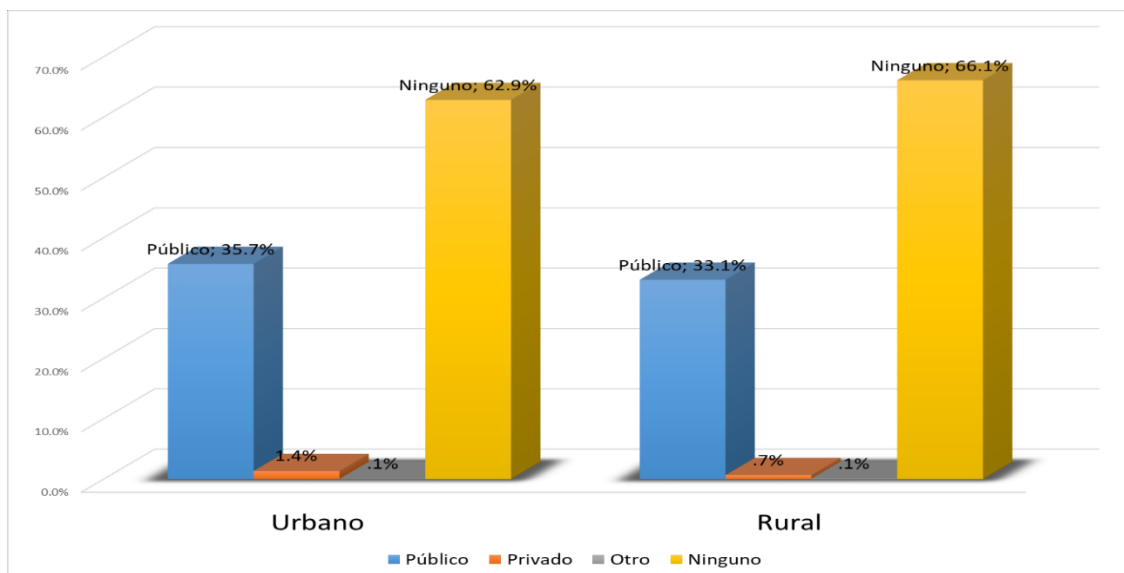
Se atendió en: E. Su domicilio	7,9%	15,2%
Se atendió en: F. Médico tradicional	5,1%	7,4%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	70,9%	54,5%
Promedio	22,7%	22,3%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

De igual manera un 22.34% de la población del área rural requirió de algún tipo de atención. En relación a la variable geográfica (área de residencia), se constata que se tiene un mayor acceso a servicios de salud institucionales en el área urbana donde el 19.5% de las personas con necesidad percibida en salud lograron hacerse atender en establecimientos de las Cajas de Salud, establecimientos de salud públicos de primer nivel atendido solo por enfermeras, establecimientos de salud público atendido por médicos y establecimientos de salud privado en contraste con el área rural donde solo el 7.1% logro este tipo de servicio. La atención en el área rural en los establecimientos de salud del sector público son de primer nivel, representan más del 57%.

En general, hay un sesgo de atención institucional donde la población urbana cuenta con un mayor nivel de cobertura. Resalta el hecho que existe un mayor nivel de cobertura sobre todo de los establecimientos de salud públicos, situación que puede explicarse con los esfuerzos de generar mayor oferta de servicios de salud mediante el incremento centros de salud y servicios gratuitos en los últimos años. No obstante, si se analiza el grado de cobertura de salud formal por área se observa que el área rural y urbana aún tienen un nivel bajo de cobertura. Tomando en cuenta el área de residencia como eje de análisis permite establecer que el seguro de salud alcanza a 33.8% de la población rural (público y privado) y al 37.1% de la población urbana identificándose una brecha o exclusión en ambos casos.

GRAFICO N° 3: COBERTURA DE SALUD POR ÁREA GEOGRAFICA



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

4.2.1.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios Geográficos

Por lugar de atención, se constata que los habitantes de área rural con necesidad de salud acuden en mayor proporción a la automedicación.

CUADRO N° 6: % DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN Y CRITERIOS GEOGRÁFICOS, 2019

	Urbano	Rural
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	91,6%	8,9%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	70,9%	29,1%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	90,0%	10,0%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	45,4%	54,6%
Se atendió en: E. Su domicilio	67,2%	32,8%
Se atendió en: F. Médico tradicional	73,2%	26,8%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	83,8%	16,2%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Por otra parte, el mayor acceso para poblaciones urbanas es también a centros de salud públicos, después a la seguridad social, subsector privado y farmacias o gasto de bolsillo, lo que se explica por el hecho de que estos tres últimos prestadores se encuentran casi exclusivamente en el área urbana; por lo tanto las poblaciones rurales necesitan desplazarse y a veces recorrer distancias importantes para poder alcanzarlos: mientras que el 8.9% de la

población rural se hizo atender en establecimientos de la Seguridad Social que también atendieron al 91.6% de la población urbana con necesidad en salud. Por otra parte, la falta de acceso geográfico explica porque una gran proporción de población se hace atender en su casa en zonas rurales.

4.2.2 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de Género

En esta sección se evalúa los servicios de salud y características de género

4.2.2.1 Acceso Institucional y Exclusión según Género

La necesidad de servicios de salud por género es similar para hombres y mujeres, en el periodo de análisis un 22.93% y 22.33% de la población tanto femenina como masculina solicito servicios sanitarios. En relación a la variable de sexo de la persona enferma se constata que se reporta un mayor acceso a servicios de salud institucionales para las mujeres que para los hombres, pero no de manera muy significativa.

CUADRO N° 7: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN SEXO, 2019

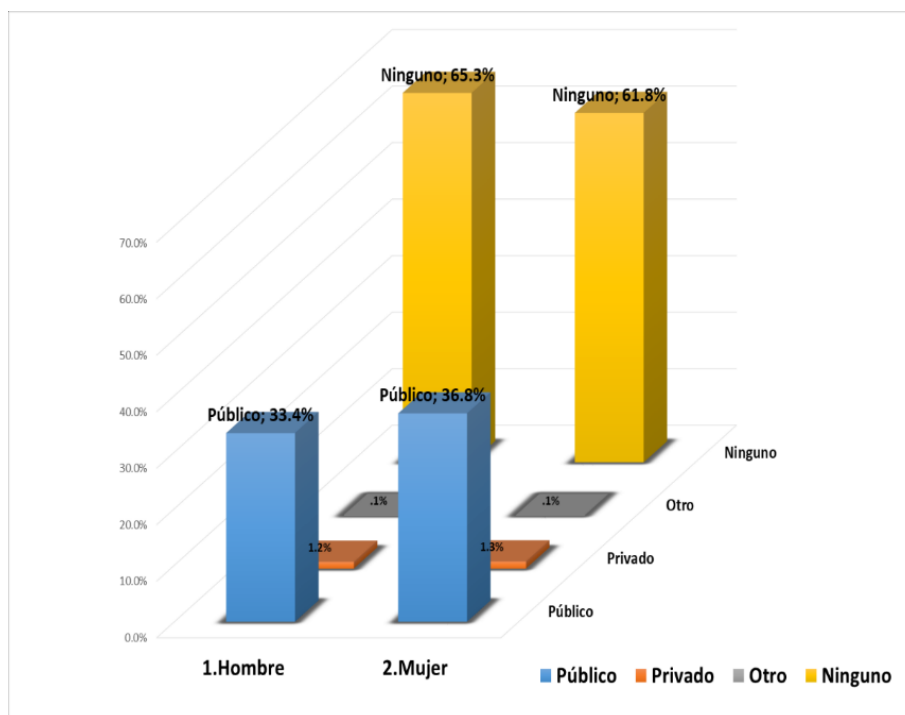
	1.Hombre	2.Mujer
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	16,4%	17,6%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	37,6%	41,3%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	16,3%	17,6%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	2,3%	2,5%
Se atendió en: E. Su domicilio	9,0%	9,7%
Se atendió en: F. Médico tradicional	5,6%	5,6%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	69,1%	66,2%
Promedio	22.93%	22.33%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta de Hogares 2019

En relación a la variable genero resalta que no existen grandes diferencias entre ya que el en el caso de la automedicación es similar entre ambos géneros, tanto hombres como mujeres

accedieron a servicios no institucionales (es decir atendidas por curandero tradicional, en casa, farmacia u otros).

GRAFICO N° 4: COBERTURA EN SALUD Y GÉNERO



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Por otra parte, no existe una diferencia entre hombres y mujeres, en efecto, mientras que se reporta que 33.4% de los hombres cuentan con un seguro de salud el porcentaje se eleva en el caso de las mujeres llegando al 36.8%, y en caso de no tener un seguro formal en ambos casos, tanto hombres como mujeres este dato supera el 61.8% siendo los hombres los que son más propensos a no contar con una cobertura llegando su porcentaje a 65.3%.

4.2.2.2 Lugar de Atención según Criterios de Género

Por lugar de atención, se puede constatar que las mujeres acuden generalmente a los mismos lugares que los hombres, con diferencias poco significativas, una mayor proporción de hombres con necesidad en salud, acuden a establecimientos públicos, y también las mujeres

acuden en mayor proporción a centros públicos debido a que algunas tienen algún tipo de seguro público.

CUADRO N° 8: % LUGAR DE ATENCIÓN SEGÚN CRITERIOS DE GÉNERO, 2019

	1.Hombre	2.Mujer
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	46,3%	53,7%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	45,8%	54,2%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	46,2%	53,8%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	46,6%	53,4%
Se atendió en: E. Su domicilio	46,2%	53,8%
Se atendió en: F. Médico tradicional	48,3%	51,7%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	49,2%	50,8%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

En general la exclusión por género parece ser mínima, desde este enfoque la demanda de salud por parte de la población tanto masculina como femenina, tuvieron casi una misma proporción de atención en salud en los establecimientos de salud.

4.2.3 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de Edad

Se tienen los siguientes resultados:

4.2.3.1 Acceso Institucional y Exclusión según Edad

La necesidad de servicios de salud según grupo de edad muestra diferencias importantes, siendo el grupo menor a 5 años con 14.20% en promedio y el grupo de los adultos mayores con 14.60%, que tienen una mayor necesidad percibida de atención en salud. En cambio, los grupos con menor demanda de servicios de salud son los niños y adolescentes entre 5 y 19 años de edad.

El acceso a servicios de salud según grupo de edad no muestra diferencias importantes, siendo relevante que todos los grupos de edad que precisaron de servicios de sanitarios acudieron a establecimientos institucionales esta mejora puede ser explicada por la mayor oferta de centros y postas de salud en los últimos años. Adicionalmente los grupos de edad que

recurrieron a medios alternativos van de 10 a 29 años y de los 45 a 60 años. También es relevante mencionar que, aunque el grado de asistencia a servicios institucionales presenta una concentración en servicios públicos y es menor el caso de cajas de salud y centros de salud privados.

CUADRO N° 9: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN GRUPOS DE EDAD, 2019

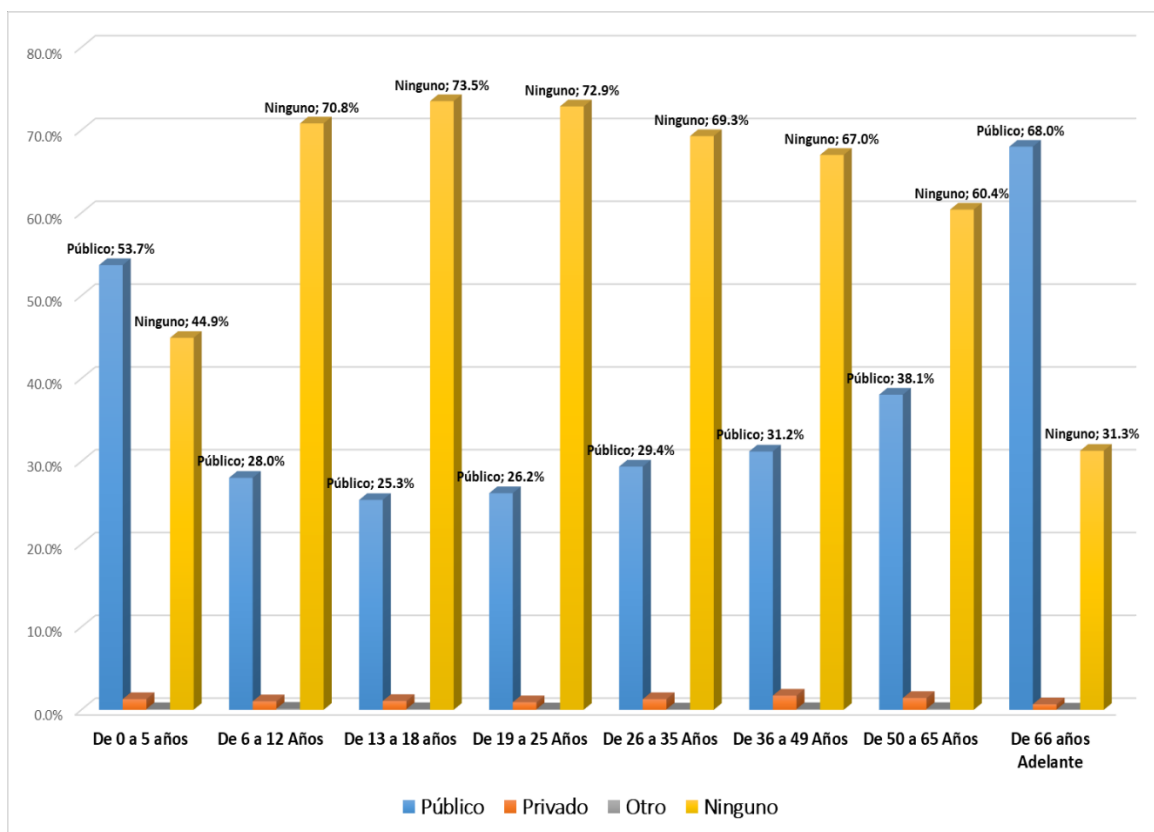
	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Se atendió en: E. Su domicilio	Se atendió en: F. Médico tradicional	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Promedio
De 0 a 5 años	12,3%	19,3%	12,1%	19,1%	10,4%	17,5%	8,7%	14,20%
De 6 a 12 Años	11,1%	12,5%	10,1%	12,4%	12,8%	6,4%	11,3%	10,94%
De 13 a 18 años	8,0%	8,3%	7,9%	8,0%	10,1%	7,3%	10,7%	8,61%
De 19 a 25 Años	7,4%	10,3%	10,4%	6,7%	11,2%	10,9%	14,3%	10,17%
De 26 a 35 Años	14,2%	12,6%	15,7%	9,9%	12,7%	11,7%	16,8%	13,37%
De 36 a 49 Años	18,6%	14,1%	19,4%	12,5%	15,8%	20,2%	18,5%	17,01%
De 50 a 65 Años	16,9%	13,8%	16,5%	12,7%	15,4%	13,0%	13,9%	14,60%
De 66 años Adelante	11,7%	9,1%	7,9%	18,8%	11,6%	23,0%	5,7%	12,54%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

En el caso de la cobertura de salud sobresale que las personas con un rango de edad de 13 a 19 años son el grupo con menos porcentaje de acceso a servicios de salud. Esta situación puede explicarse por la falta de un plan que incluya a este rango en planes gratuitos de cobertura; además no tienen una actividad laboral. También es relevante observar que las personas de más de 60 años cuentan con una cobertura mayor al 50% debido a que están incluidos en el SSPAM.

Adicionalmente, se observa que la política gubernamental se ha enfocado en grupos vulnerables, en particular materno infantil y la vejez. Por tanto el rango etario que no ingresa en este grupo, ha sido objeto de pocos programas de salud o seguros públicos que permitan un adecuado acceso a los servicios de salud.

GRAFICO N° 5: COBERTURA EN SALUD Y RANGO DE EDAD
2019



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

4.2.4 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de pertenencia Indígena Originaria

4.2.4.1 Acceso Institucional y Exclusión según Pertenencia Indígena Originaria

En cuanto a la demanda de servicios de salud se observa que los grupos de población según origen mantienen un nivel similar de necesidad percibida rondando el 23% la población de origen aymara, 24.0% en el caso de población de origen quechua 26% y 23.2% para la población que no se declara de origen indígena.

CUADRO N° 10: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO EN PERSONAS DE 12 AÑOS Y MÁS, 2019

	Mestizo	Aymara	Quechua	Guaraní	Otro Nativo	Extranjero
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	19%	12%	9%	3%	16%	9%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	36%	29%	28%	22%	67%	26%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	18%	14%	13%	9%	15%	19%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	2%	4%	4%	36%	3%	0%
Se atendió en: E. Su domicilio	8%	12%	21%	12%	7%	3%
Se atendió en: F. Médico tradicional	5%	12%	8%	8%	5%	3%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	71%	66%	58%	57%	43%	74%
Promedio	23%	24%	26%	25%	22%	19%

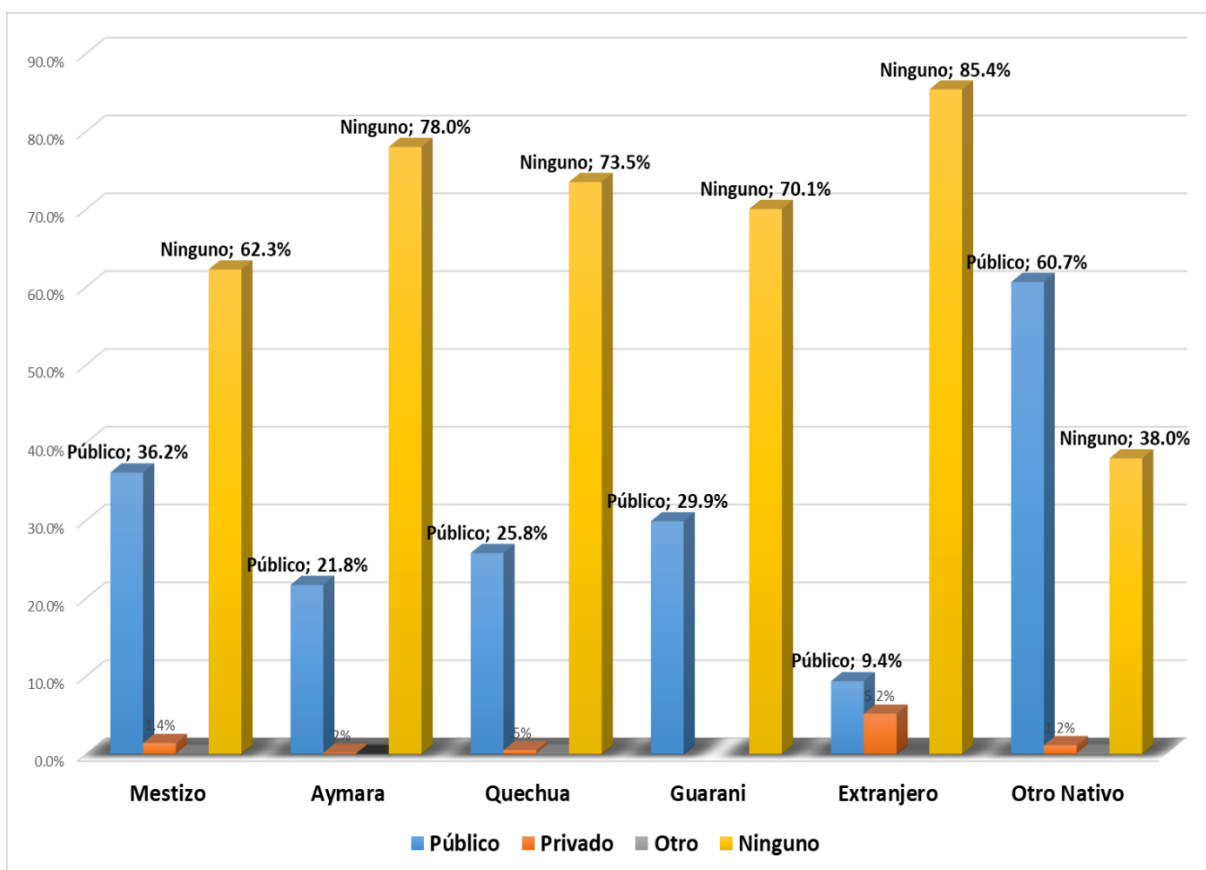
Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

El análisis del acceso a servicios de salud según pertenencia declarada en la encuesta de Hogares 2019 a algún pueblo Indígena Originario muestra que existe un mayor grado de exclusión en Pueblos Indígenas aymara, quechua y guaraní, en los cuales solamente 29%, 28%, 22% de las personas con necesidad percibida en salud lograron acceder a servicios de salud institucionales, cuando el 36 % de las personas que declararon no pertenecer a ningún Pueblo Indígena acceden a servicios de salud en forma institucional. Si bien existe diferencia entre Indígenas Originarios y no Indígenas en cuanto a la atención no institucional esto puede explicarse por diferencias culturales.

Al evaluar el nivel de aseguramiento de los grupos de población por origen se observa un alto grado de exclusión por origen declarado, como se observa en el grafico las personas que se declaran no indígena tiene una cobertura del 36% casi el doble de las personas que pertenecen a un grupo originario.

En general la exclusión por origen étnico se concentra en las personas de origen aimara, quechua y guaraní. Se debe tener en cuenta que la población que se cataloga como indígena se auto identifica con esta característica.

GRAFICO N° 6: COBERTURA EN SALUD SEGÚN PERTENENCIA A PUEBLO INDÍGENA ORIGINARIO 2019



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

4.2.4.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios Pertenencia a Pueblo Indígena

Por lugar de atención, se constata que los no indígenas acuden en mayor proporción que los Pueblos Indígenas Originarios a los tres subsectores de salud (público, privado y Seguridad Social), debido a que prefieren mayor acceso institucional. Los aymaras, quechuas, guaraníes y otros Pueblos Indígenas que acceden a atención institucional acuden generalmente en mayor proporción el subsector público gratuito o a la automedicación.

CUADRO N° 11: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN IDIOMA HABLADO, 2014

	Mestizo	Aymara	Quechua	Guaraní	Extranjero	Otro Nativo
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	82,9%	5,1%	6,3%	0,1%	0,2%	5,4%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	67,9%	7,2%	14,3%	0,5%	0,3%	9,9%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	79,0%	6,0%	9,1%	0,2%	0,5%	5,2%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	53,5%	12,7%	20,8%	5,2%	0,0%	7,8%
Se atendió en: E. Su domicilio	60,1%	9,0%	26,1%	0,4%	0,2%	4,2%
Se atendió en: F. Médico tradicional	60,7%	15,3%	17,7%	0,5%	0,2%	5,6%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	78,4%	7,0%	10,1%	0,3%	0,5%	3,7%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Según tipo específico de lugar de atención, se constata que los Pueblos Indígenas Originarios se hacen atender en mayor proporción que los no-indígenas con médicos tradicionales y en casa.

4.2.4 Acceso a Servicios de Salud según Criterios de Nivel de Educación

4.2.4.1 Acceso Institucional y Exclusión según Criterios de Educación

En relación a la demanda de servicios de salud por parte de la población, en una primera aproximación indica que la necesidad percibida en las personas sin ninguna instrucción llega al 23.1% para el periodo de análisis, en contraste solo el 18% de la población que sabe leer y escribir tuvo necesidad de buscar servicios sanitarios. En general las necesidades de servicios de salud no son muy diferentes entre los variados grupos etarios que se analizan en esta sección. En relación al acceso según nivel educativo alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, se constata que el acceso es ligeramente creciente de acuerdo al nivel alcanzado, de ninguno a secundario, pero la brecha principal se observa entre personas que tuvieron una educación superior y bachillerato completo. También se observa que mientras mayor es el nivel educativo alcanzando menor es el uso de servicios no institucionales como médicos tradicionales, farmacia y otros.

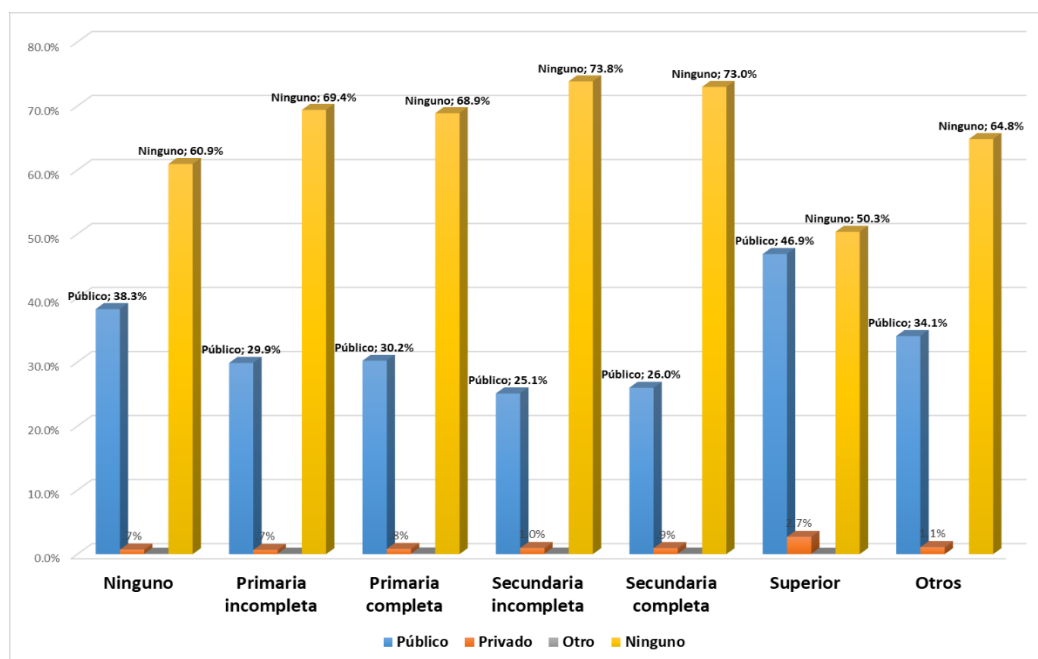
CUADRO N° 12: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CRITERIOS DE EDUCACIÓN, 2019

	Ninguno	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	13%	13%	12%	13%	16%	31%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	12%	45%	43%	37%	35%	20%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	14%	14%	16%	15%	17%	24%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	5%	3%	3%	2%	1%	1%
Se atendió en: E. Su domicilio	14%	11%	11%	9%	7%	7%
Se atendió en: F. Médico tradicional	7%	8%	8%	5%	5%	4%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	55%	65%	71%	54%	58%	43%
Promedio	23%	18%	19%	22%	23%	23%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

En relación a la cobertura de seguro de salud se observa que las personas con educación superior cuentan con un 46.9% de cobertura, cifra que es alta si se compara con el 26% de los técnicos y 25% de los que no cuentan con ningún grado académico.

GRAFICO N° 7: COBERTURA EN SALUD Y NIVEL EDUCATIVO 2019



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

En general la exclusión es alta para el caso de las personas que se hallan con un nivel de educación de primaria y secundaria, esta situación puede tener una conexión directa con la edad siendo que las personas que se hallan en el rango de edad referida a primaria y secundaria no cuentan con un seguro para ellos en su sector.

4.2.4.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios de Educación

En cuanto al lugar de atención se observa una exclusión hacia las personas sin ningún tipo de instrucción, siendo que solo un 9.3 % de las personas que no tienen instrucción recibió atención en una caja de salud, adicionalmente la atención por parte de medico tradicional es mayor entre las personas no instruidas.

El lugar de atención de la enfermedad varía según el nivel educacional de la persona, salvo por los individuos que alcanzaron un nivel de educación superior o de técnico son mucho menos dependientes del subsector público y cuentan con la cobertura de alguna caja de salud.

CUADRO N° 13: % DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN Y CRITERIOS EDUCATIVOS, 2019

	Ninguno	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	9,3%	14,8%	6,1%	15,3%	14,2%	40,3%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	17,3%	24,6%	10,0%	21,0%	14,8%	12,4%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	10,4%	16,5%	7,8%	18,5%	15,7%	31,1%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	26,5%	29,4%	10,0%	18,7%	9,3%	6,2%
Se atendió en: E. Su domicilio	18,2%	23,8%	9,6%	19,9%	12,0%	16,5%
Se atendió en: F. Médico tradicional	24,6%	27,0%	11,5%	19,2%	13,3%	14,3%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	9,6%	18,7%	8,6%	22,2%	17,4%	23,5%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Solamente el 12.4 % de las personas con educación superior acude al subsector público cuando percibe necesidad de atención en salud según el tipo específico de lugar de atención, se constata que la atención en Establecimientos de salud públicos es mayor en las personas que no

tuvieron educación formal, situación que también indica un nivel de exclusión latente en el caso de las características de educación en la población boliviana.

4.2.5 Acceso a Servicios de Salud según Criterios Laborales

4.2.5.1 Acceso Institucional y Exclusión según Criterios Laborales

La demanda de servicios de salud por parte de la población desde el enfoque laboral indica que existen diferencias sustanciales en el caso de la Población Desocupada Cesante, Población Desocupada Aspirante con relación con la Población ocupada, sin embargo se observa una demanda de relevancia en el caso de la Población Inactiva Temporal con un porcentaje de 18% (promedio).

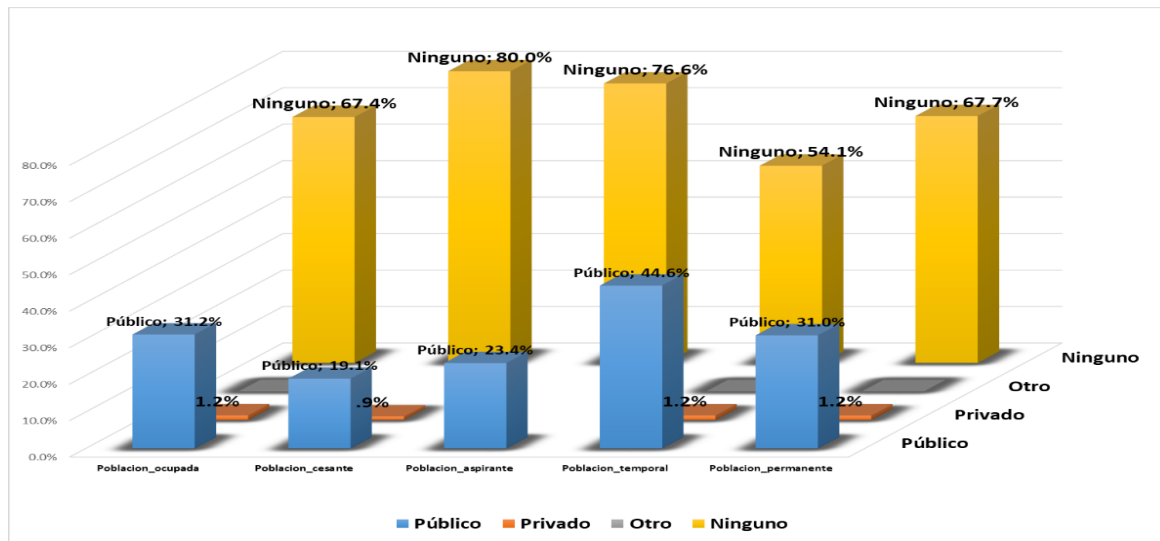
CUADRO N° 14: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS SEGÚN POBLACIÓN ACTIVA / EDAD DE TRABAJAR, 2019

	POBLACION OCUPADA	POBLACION CESANTE	POBLACION ASPIRANTE	POBLACION INACTIVA TEMPORAL	POBLACION INACTIVA PERMANENTE
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	52,5%	0,8%	0,3%	19,8%	26,5%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	54,9%	1,7%	0,4%	16,2%	26,8%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	56,3%	1,9%	0,4%	16,9%	24,6%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	59,0%	0,8%	0,2%	15,4%	24,7%
Se atendió en: E. Su domicilio	59,5%	1,7%	0,5%	15,7%	22,7%
Se atendió en: F. Médico tradicional	63,9%	2,0%	0,3%	14,1%	19,7%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	57,3%	1,8%	0,6%	13,3%	26,9%
Promedio	57.63%	1.53%	0.39%	18.91%	24.56%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

En cuanto al seguro de salud institucional, se observa que la población cesante alcanza un 80% de carencia en cuanto a este tipo de acceso a salud, seguido de la población inactiva permanente.

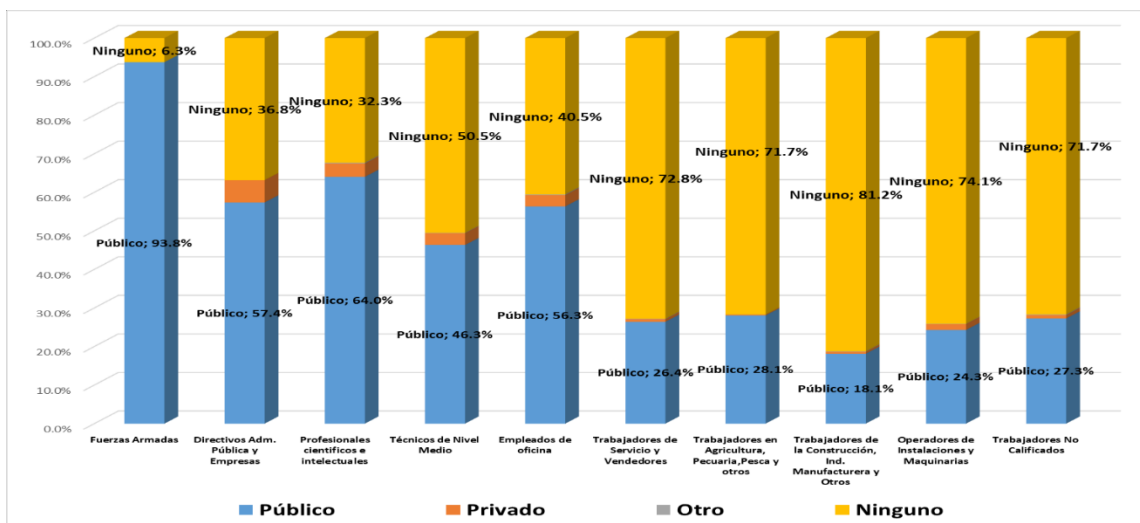
GRAFICO N° 8: % EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS DE SALUD SEGÚN GRUPO OCUPACIONAL, 2019



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Los grupos con mayor acceso serían los militares (93.8%) que son atendidos en la Corporación del Seguro Social Militar (COSSMIL) y los profesionales (64.0%), mientras que los con menos acceso serían los del grupo de trabajadores en agricultura, pecuaria, pesca en el cual solamente el 18.1% de los trabajadores acceden a atención institucional cuando lo necesitan, seguido por los grupos de trabajadores no calificados (27.1%) con algún tipo de cobertura.

GRAFICO N° 9 : COBERTURA EN SALUD Y OCUPACION 2019



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

En general, se observa la existencia de un nivel de exclusión en acceso formal por característica laboral, que puede explicarse por la precaria formalización de ciertos sectores de la economía boliviana.

4.2.6 Acceso a Servicios de Salud según Criterios Económicos (ingresos)

4.2.6.1 Acceso Institucional y Exclusión según Criterios Económicos (ingresos)

La a demanda de servicios de salud en el caso de incidencia de pobreza presenta datos bajos para los sectores de Pobres y Pobres extremos rondando el 9% para el caso de los pobres y 4.5 para los pobres extremos. El análisis del acceso a servicios de salud muestra una brecha entre No pobres, pobres y pobres extremos, donde el acceso a servicios de salud es similar para los dos primeros sectores No pobres y Pobres que, se explica por un sesgo en base a las posibilidades económicas para obtener un mejor nivel de atención sanitaria.

CUADRO N° 15: %EXCLUSIÓN Y ACCESO A SERVICIOS SEGÚN CRITERIOS ECONÓMICOS, 2019

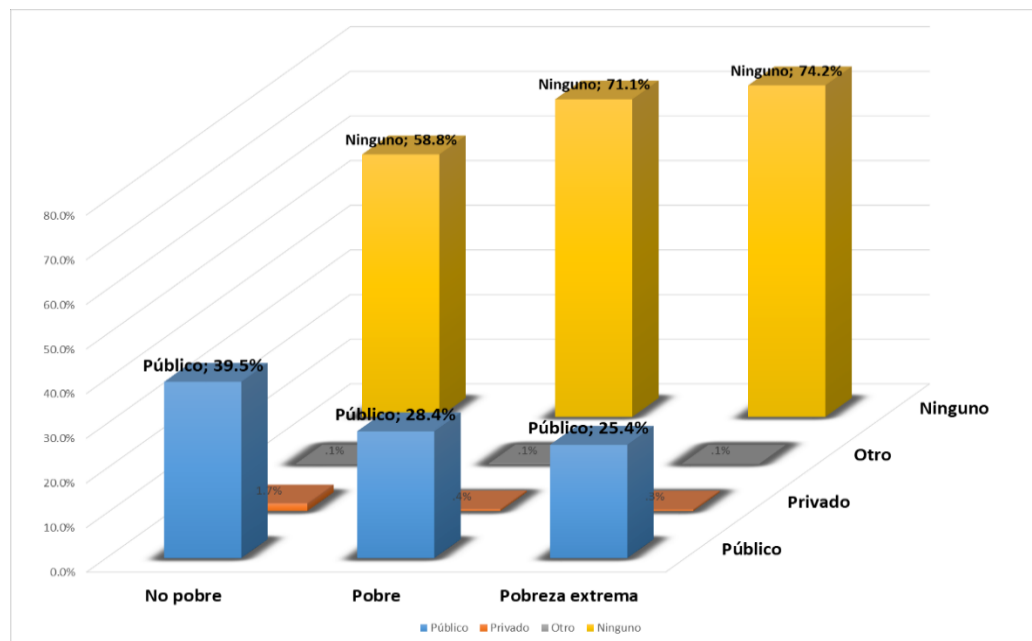
	No pobre	Pobre	Pobreza extrema
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	21,7%	9,2%	4,5%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	35,3%	47,5%	49,5%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	19,6%	12,7%	9,8%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	1,6%	2,9%	5,6%
Se atendió en: E. Su domicilio	8,1%	11,0%	13,3%
Se atendió en: F. Médico tradicional	5,2%	5,8%	7,4%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	60,4%	65,3%	56,3%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Ahora bien, si se desarrolla el análisis tomando en cuenta la cobertura en seguro de salud se observa una mejor cobertura mientras se pertenezca al grupo no pobre, en ese caso casi el 40% de las personas que pertenecen a este grupo cuentan con algún tipo de seguro que les

permita acceder a una atención de salud. En cuanto a los grupos pobre y pobre extremo sus niveles de exclusión en salud se observan que más del 70% no cuenta con un seguro.

GRAFICO N° 10: COBERTURA EN SALUD POR QUINTIL DE INGRESO, 2019



Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

4.2.6.2 Lugar de Atención de la Enfermedad según Criterios Económicos (ingresos)

CUADRO N° 16: % DE PERSONAS ATENDIDAS SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN Y SEGÚN CRITERIOS ECONÓMICOS (INGRESOS), 2019

	No pobre	Pobre	Pobreza extrema
Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	86,2%	10,3%	3,5%
Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	60,5%	22,9%	16,6%
Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	78,1%	14,3%	7,6%
Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	45,9%	23,0%	31,1%
Se atendió en: E. Su domicilio	58,6%	22,4%	18,9%
Se atendió en: F. Médico tradicional	62,6%	19,9%	17,5%
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	70,5%	18,4%	11,1%

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

Analizando según criterio económico (incidencia de pobreza), se constata que a pesar de tener un mismo ratio de acceso institucional, los no pobres y los pobres moderados (no extremos) acuden a subsectores diferentes: en el caso de los no pobres un 86.2% acude a las cajas de salud y solo el 10.3% y 3.5% de pobres y pobres extremos reciben atención de salud en cajas de la seguridad social (CNS, COSSMIL u otras).

Esa situación indica que existe una situación de exclusión por motivos económicos hacia los sectores con menos recursos.

4.3 Análisis de los Resultados Obtenidos

Una vez realizado el análisis de las características de exclusión y acceso de servicios de salud por causas externas en el sector y llevado a cabo la evaluación en esta sección se presenta una síntesis de los principales resultados.

En su totalidad, la encuesta de hogares 2019 reporta que la mayor parte de la población tuvo necesidad percibida de demanda de servicios de salud. Llama la atención que del total que preciso buscar servicios sanitarios cerca del 60% (tanto en el área rural como el área urbana) recibió la atención en establecimientos de salud de la seguridad social, establecimientos de salud públicos en todos sus niveles de atención y establecimientos de salud privados.

En el caso de la variable geográfica se observa un nivel de acceso mayor de la población urbana dejando un rezago en la población rural que permite establecer cierto grado de exclusión por causa de las características de la residencia. Aunque se han observado mejoras gracias a la construcción de establecimientos de salud y su correspondiente equipación de acuerdo a la capacidad resolutive requerida y con profesionales en salud (médico o/y enfermera y otros). No obstante, se si observa el acceso a salud medido por la cobertura de salud institucional, el seguro de salud alcanza a 33.1% de la población rural (público y privado) y al 35.7 % de la población urbana identificándose una brecha o exclusión en el caso de la población de carácter rural.

En estudios anteriores sobre el tema de exclusión en salud relacionado al género, se presentaba datos que identificaban un nivel relevante de exclusión del sexo femenino en la

posibilidad de acceder a servicios sanitarios institucionales. En la presente investigación y teniendo en cuenta la base de datos Encuesta a Hogares 2019 y las respuestas relacionadas a los servicios de salud que se requieren en los 12 meses anteriores a la encuesta; se puede establecer que no se evidencia un nivel de exclusión por género en el caso de la demanda de servicios sanitarios. En general las mujeres y hombres tuvieron un acceso cercano al 90% pero concentrado en servicios en establecimientos de salud públicos. No obstante, en el caso de la cobertura de salud, se observa que solo un tercio de ambos géneros cuenta con un seguro de salud que cubra sus principales necesidades de salud. Se puede concluir, por tanto, que se ha disminuido la brecha de exclusión de salud por género, pero no se ha disminuido la falta de cobertura para ambos sexos.

Según la evaluación de los cruces de variables realizados por edad, se observa que los sectores con mayor demanda de salud son los de 36 a 49, 50-54, 55-59 y de 60 años y más. Además de la necesidad percibida de las personas de 6-12 años. En general el resto de los grupos de edad son menos propensos a exigir servicios de salud. En el caso de la cobertura de salud sobresale que las personas con un rango de edad de 6 a 25 años son el grupo con menos porcentaje de seguro de salud institucional. Esta situación puede explicarse por la falta de un plan que incluya a este rango de edad en planes gratuitos de cobertura. También es relevante observar que las personas de más de 60 años cuentan con una cobertura mayor al 60%. Existe, por tanto, un sesgo de exclusión hacia ciertos sectores por edad.

Las diferencias étnicas han sido en general un factor de exclusión, debido a un sesgo racial que ha ido en detrimento de los pueblos originarios, experiencias y resultados de otros autores hallaron una relación entre características étnicas y salud. Nuestros hallazgos revelaron diferencias en cuanto a la demanda de salud y en particular en el acceso institucional a servicios sanitarios. En particular, los grupos aymara, quechuas y guaraníes presentan un menor acceso a institucional de salud. De igual manera, al evaluar el nivel de aseguramiento de los grupos de población por origen, se observa un alto grado de exclusión declarado, como se observa en el gráfico las personas que se declaran no indígena tiene una cobertura del 36.2% casi el doble del aseguramiento de las personas que pertenecen a un grupo originario. En general la exclusión por origen racial se concentra en las personas de origen aimara y quechua.

Al ser un país con mayor población joven el aspecto educacional y su relación con la salud tiene un interés particular, de los datos obtenidos de cruce de variable se evidencia que el nivel de acceso a rondado el 87% para las personas sin ningún tipo de educación formal y el 95% para los de educación superior y los técnicos.

Se observa, por tanto, un sesgo en cuanto al grado de educación alcanzado y la demanda de servicios sanitarios. Esta idea se ve reforzada si se analiza el nivel de cobertura en seguros de salud donde se observa que las personas con educación superior cuentan con un 36%.

En general la exclusión es alta para el caso de las personas que se hallan con un nivel de educación de primaria y secundaria, esta situación puede tener una conexión directa con la edad siendo que las personas que se hallan en el rango de edad referida a primaria y secundaria no cuentan con un seguro para su sector.

El grupo ocupacional desempeña una función importante en el nivel el tipo de servicios de salud que demanda la población. El análisis indica que, según tipo de empleo, se observa importantes diferencias en la atención, donde se debe tener en cuenta las características de empleo si es formal e informal, asalariado y no asalariado, con contrato y sin contrato. Así sobresale el sector castrense donde la atención es del 95.3% ya sea en caja de salud, salud pública y/o privada. También sobresale el sector de profesionales científicos e intelectuales que presenta una cobertura de caja de salud del arriba del 50% y los administrativos y empleados de oficina arriba del 40%. En contraposición, según lugar específico de atención, se constata que los trabajadores en agricultura, pecuaria, pesca y otros solo presenta un 27.8% de cobertura de seguro; además, los Trabajadores no calificados son los que presentan el segundo menor nivel de cobertura menor, mientras que los Trabajadores de la construcción, industria manufacturera y otros también presentan un alto grado de exclusión. La ocupación también es pertinente para la salud explicando un nivel de exclusión por características laborales.

Los ingresos generados se plantean empíricamente como uno de los medios más importantes para alcanzar estándares de vida más elevados y, por consiguiente, un mayor bienestar. Contar con recursos económicos más altos también puede mejorar el acceso a la

educación, servicios de salud, etc. En el presente estudio se comprueba técnicamente que a mayor nivel de ingresos mejor cobertura de servicios de salud. Tomando en cuenta el ingreso familiar disponible neto se observa que los ingresos y la salud están interrelacionadas. Esta situación puede deberse a la informalidad de la economía boliviana siendo que los ingresos no necesariamente reflejan un mayor gasto en salud formal por parte de la población. Se tiene por tanto un sesgo de exclusión por ingresos en el campo de la salud.

Finalmente, el análisis descriptivo permite tener una idea aproximada inicial del nivel de exclusión por factores externos: en una evaluación más profunda en base a enfoques econométricos puede calcularse con un nivel de detalle que evidencie si este grado de exclusión es relevante o no.

CUADRO N° 17: – RESUMEN DE ACCESO A SERVICIOS INSTITUCIONALES SEGÚN GRUPOS DE POBLACIÓN

<i>Dimensión</i>	Grupos con mayor acceso a servicios de salud	Grupos con menor acceso a servicios de salud
Geografía	Población del área urbana	Población del área rural
<i>Edad</i>	Adulto mayor, 25 a 50 años, niños menores a 5 años	Niño adolescente y jóvenes de 5 a 25 años
Género	Similar nivel de inclusión en servicios de salud por género.	Similar nivel de inclusión en servicios de salud por género.
<i>Pertenencia indígena e idioma hablada</i>	Poblaciones no indígenas	Pueblos indígenas originarios Aymaras, quechuas y guaraníes.
<i>Educación</i>	Personas con educación superior y técnicos.	Analfabetos, Personas sin educación formal.
<i>Actividad laboral</i>	Militares (98.4%) y los profesionales (94.9%)	Trabajadores en agricultura, pecuaria, pesca Trabajadores no calificados, Trabajadores de la construcción, ind. manufacturera y otros.
<i>Economía (ingresos)</i>	No pobres	Pobres extremos

Fuente: Elaboración Propia en base a Encuesta a Hogares 2019.

4.4 Especificación del Modelo Econométrico

Para nuestros propósitos emplearemos un modelo probit³⁵ a objeto de determinar cómo afectan en el nivel de exclusión de las personas las distintas características externas que cada uno de los individuos posee. Se deben tomar en cuenta todas las variables explicativas de la cobertura para cada individuo.

Para el estudio y estimación del modelo, se utilizarán las siguientes variables: Nivel de exclusión en salud (PEXSL), Ingreso (LING), Edad (EDAD), Nivel de Instrucción (EDUCA1, EDUCA2, EDUCA3), Categoría Ocupacional (POCU1), Sexo (GENERO), Residencia urbana-rural (URBRUR), Origen Étnico (ETNIA), Pobreza (POBREZA), Población Activa (PEA)

El modelo econométrico a estimarse se presenta de la siguiente manera:

$$P(\text{EXSL}=1)_i = f(\beta_0 + \beta_1 * \text{LING} + \beta_2 * \text{EDAD} + \beta_3 * \text{EDUCA1} + \beta_3 * \text{EDUCA2} + \beta_3 * \text{EDUCA3} + \beta_3 * \text{ETNIA} + \beta_4 * \text{POBREZA} + \beta_5 * \text{PEA} + \beta_6 * \text{POCU1} + \beta_7 * \text{GENERO} + \beta_8 * \text{URBRUR})$$

Donde valores positivos del coeficiente β_i implican que un incremento de X_i aumentará la probabilidad de exclusión; valores negativos de β_i indican lo opuesto.

4.4.1 Definición de las Variables

Para la investigación del nivel de exclusión en salud por factores externos se tomó en cuenta la gestión 2019 con datos de corte transversal.

Las variables del estudio son definidas bajo los siguientes parámetros:

a) Probabilidad de exclusión en salud (PEXSL): La variable dependiente PEXSL (Probabilidad de estar excluido del sistema de salud) se construye a partir de las preguntas relacionadas a la atención y la cobertura. Esta es una variable dicotómica que toma el valor de

³⁵ Un modelo Probit permite estimar aquellos modelos de elección binaria, este modelo utiliza como variable dependiente aquella cuyo valor sea correspondiente a la probabilidad de observar un suceso u otro.

1 para denotar que se encuentra excluido del sistema de salud y 0 para denotar que se encuentra dentro del sistema de salud.

b) Ingreso (LING): El nivel de ingresos es el principal indicador del bienestar de los individuos, además es un indicador directo de la accesibilidad financiera y el nivel económico que presentan los agentes. Se utilizó el logaritmo ingreso mensual familiar final imputado como variable Proxy de la accesibilidad financiera de cada individuo.

c) Edad (EDAD): Otra de las razones que potencialmente puede explicar la exclusión en salud es la edad debido a la discriminación de ciertos grupos vulnerables como ser niños, ancianos, etc.

d) Nivel de Instrucción (EDUCA): Existe una relación muy estrecha entre la educación y la exclusión en salud, debido a que el nivel de instrucción eleva la probabilidad de estar cubierto por el sistema de salud. Para este estudio el nivel de instrucción se mide en función a las variables dicotómicas³⁶ que captan el nivel de instrucción alcanzado por la persona.

e) Situación Ocupacional (POCU1): La variable categoría ocupacional (accesibilidad de calidad laboral) es una de las que conceptualmente expresa la forma en que los agentes generan su demanda de servicios de salud, ya sea mediante la afiliación directa al sistema de salud, o la demanda de servicios de salud en el mercado privado.

f) Genero (GEN): Respecto al género, éste representa una de las principales variables determinantes del acceso a los servicios de salud (accesibilidad por género). Según la teoría

³⁶ Al realizar análisis de regresión, la variable dependiente y las independientes no solamente pueden estar dadas por variables cuantitativas, existen otros tipos de variables de carácter cualitativo. Dichas variables se conocen comúnmente como Variables: Dummies, categóricas, dicótomas, binarias, ficticias o cualitativas. Usualmente, dichas variables indican la presencia o ausencia de una cualidad o atributo, como por ejemplo sexo, raza, color, religión, etc. Estas son variables que toman valor de 1 en una submuestra y 0 en el resto de la muestra. Si el número de submuestras es mayor a dos, se define una variable ficticia para cada una de ellas, tomando valor de 1 en dicha submuestra y el valor de 0 en el resto de las observaciones muestrales. Las variables ficticias pueden ser nominales y ordinales.

económica existe un sesgo de discriminación hacia el sector femenino el no tomar en cuenta esta variable causaría problemas de variables omitidas en el modelo.

g) Residencia Urbano Rural (URBRUR): La significancia de la residencia de los individuos (accesibilidad geográfica) se basa en la idea que los agentes económicos de áreas urbanas presentan mayor posibilidad de hallar servicios de salud de mayor accesibilidad y mayor nivel de resolución que en el área rural.

h) Origen Étnico (ETNIA): Según estudios realizados anteriormente la población indígena se halla menos protegida por el sistema de salud que la población no indígena (accesibilidad étnico-cultural) tomando en cuenta el origen étnico como una variable exógena de importancia se añade la misma al modelo econométrico de la investigación³⁷.

f) Pobreza (POBREZA): La pobreza y la mala salud son fenómenos interrelacionados. Los países pobres tienden a presentar peores resultados sanitarios que los más pudientes, y dentro de cada país las personas pobres tienen más problemas de salud que las acomodadas. Esta asociación refleja una relación de causalidad que funciona en los dos sentidos: la pobreza genera mala salud, y la mala salud hace que los pobres sigan siendo pobres.

g) Actividad Laboral (PEA): No es novedad que un largo periodo de cesantía conlleva una disminución de los ingresos y, por lo tanto, produce cambios importantes en nuestro estilo de vida: desde una dieta menos variada, reducción de la actividad física, la postergación de visitas al médico o compra de un medicamento, hasta posibles síntomas de depresión y ansiedad que se canalizan a través del cigarrillo, un mal dormir o una mayor ingesta de alcohol. En este sentido se plantea una variable que capta la actividad laboral.

³⁷ Para la realización del modelo se tomaron en cuenta otras variables en consideración entre estas la variable rama de actividad el ingreso percibido y el departamento de residencia. La rama de actividad que conceptualmente expresa la forma en que las personas generan sus ingresos, ya sea mediante la venta directa de su fuerza de trabajo, o de los bienes y servicios que producen, no se halla lo suficientemente bien categorizada dentro de la base de datos de la MECOVI de modo que el uso de la misma no es aconsejable; finalmente la pertenencia o no al eje central del país también fue considerado, sin embargo su utilización no es muy relevante dentro del marco conceptual del trabajo.

Finalmente, para la realización del modelo se tomaron en cuenta otras variables en consideración entre estas la variable rama de actividad, el departamento de residencia. No obstante, no se halla lo suficientemente bien categorizada dentro de la base de datos de Encuesta de Hogares 2019, de modo que el uso de la misma no es aconsejable; finalmente la pertenencia o no al eje central del país también fue considerado, sin embargo, su utilización no es muy relevante dentro del marco conceptual del trabajo.

4.4.2 Fuentes de información

Con el propósito de encausar el estudio hacia el logro de los objetivos propuestos se efectuará un análisis cuantitativo utilizando para este fin información de fuente primaria: Base de datos de la Encuesta Continua a Hogares (ECH) correspondiente al programa de Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) del año 2019. Además, se realizó un proceso de selección y recodificación de las variables exógenas y la variable endógena para la especificación y estimación del modelo.

4.5 Especificación del Modelo Econométrico para Medir el Nivel de Exclusión en Salud por Factores Externos

4.5.1 Estimación del Modelo Econométrico

Para la estimación del modelo se toma en cuenta las dificultades que presenta la interpretación de una regresión probit, por tanto, las estimaciones fueron realizadas con el objetivo de obtener los coeficientes estimados β_i y las probabilidades marginales para cada variable explicativa. El modelo econométrico estimado presenta los siguientes resultados:

CUADRO N° 18: RESULTADOS DEL MODELO PARA LA PROBABILIDAD DE EXCLUSIÓN EN SALUD

VARIABLE DEPENDIENTE: PROBABILIDAD DE ESTAR EXCLUIDO EN SALUD

VARIABLES	COEFICIENTES β_i	PROBABILIDADES β_i MARGINALES ³⁸	ESTADISTICO Z
C	0.2901245	-	5.750691
LING	-0.0463421	-0.0172345	-3.501846
EDAD	-0.0006213	-0.0002311	-3.217262
EDUCA1	0.3038588	0.3128588	-3.595966
EDUCA2	0.5856887	0.1057042	4.364995
EDUCA3	-0.0000000	-0.1161066	2.550622
ETNIA	0.2254610	0.0818406	-1.263671
POBREZA	0.2792310	0.1018706	3.623442
PEA	0.4113129	0.1515425	5.461236
POCU1	-0.2951711	-0.0328513	5.940517
GENERO	0.0883785	0.0328513	1.718318
URBRUR	-0.0693705	-0.0172345	-1.204172
N° de observaciones			38201
LR statistic (17 df)			440.8667
Probability(LR stat)			0.0000

Fuente: Elaboración propia

4.5.2 Análisis de los Resultados Obtenidos en el Modelo

Basándose en el modelo estimado se pueden destacar los siguientes resultados:

- El signo de la variable es el esperado, a mayor ingreso la posibilidad de ser excluido disminuye en 0.0000428 por cada 1% de ingreso ganado. En este caso el acceso a salud tiene una relación directa con la riqueza económica.
- La edad medida en años, presenta un resultado que indica que a mayor nivel de edad alcanzado la probabilidad de ser excluido disminuye en 0.002311 (0.023%) por cada año

³⁸ Como la función probit no es lineal no se puede interpretar directamente los coeficientes de estimación como efectos marginales. En los programas Eviews y Stata se pueden construir las probabilidades marginales para medir directamente los efectos sobre la probabilidad del suceso de referencia (PEXSL=1) de cambios infinitesimales en cada una de las variables explicativas.

más de vida. En general su efecto es muy poco relevante desde el enfoque econométrico esto puede explicarse por las características de los datos de la base de encuesta a hogares.

- El signo de las variables dummy que miden el efecto del nivel de instrucción (ninguna, básica y superior) presenta algunos resultados en cuanto a sus signos y valores. En el caso de las personas sin instrucción y las personas con instrucción básica hay un elemento cuantificable en esa condición que influye en su nivel de exclusión. De manera similar en el caso de las personas con estudios superiores, el signo es el correcto pues a mayor nivel de estudios su probabilidad de ser excluido es menor.
- El nivel ocupacional es de principal importancia reflejar el nivel de exclusión por la actividad que realizan las personas, para el caso bajo análisis observamos que el grupo que declara estar ocupado en una actividad que genera ingresos tiene una menor posibilidad de ser excluido del sistema de salud. Concretamente, en el caso de tener una ocupación remunerada tiene un 3% menos de posibilidades de ser excluido.
- Según el modelo estimado la exclusión por género afecta en mayor medida al sexo masculino siendo la probabilidad de ser excluido del 0.0328516 si se pertenece a este grupo, este resultado puede deberse al hecho de que los últimos años se implementaron programas dirigidos específicamente al grupo madre-niño, lo cual ha contribuido a su protección como grupo.
- El acceso geográfico medido por la residencia urbano-rural muestra que el sector urbano tiene menor posibilidad de ser excluido que el sector rural en 0.017, siendo el signo de esta variable el esperado.
- El origen étnico también afecta el nivel de exclusión, se observa que la probabilidad de ser excluido del sector indígena es mayor en 0.03285, el signo del coeficiente estimado concuerda con la teoría económica.

- Cuando se analiza el nivel de pobreza y su influencia en la exclusión en salud se observó que la probabilidad de ser excluido está directamente relacionada con estar en el grupo de pobre o pobre extremo.
- Finalmente, la variable económica está relacionada con la actividad dentro de las áreas de la economía, en general se puede afirmar que las personas sin una actividad laboral son más propensas a ser excluidas del sistema de salud.

4.6 Categorización de los Niveles de Exclusión por Factores Externos

Basándose en los resultados obtenidos en las secciones anteriores se realiza la construcción de categorías de exclusión por factores externos.

CUADRO N° 19: CATEGORIAS DE EXCLUSION EN SALUD POR FACTORES EXTERNOS
(DE MAYOR EXCLUSION A MENOR EXCLUSION)

Categoría	PRIMERO	SEGUNDO	TERCERO
Nivel de exclusión por residencia (Accesibilidad geográfica)	Rural	Urbano	–
Nivel de exclusión por sexo (Accesibilidad por genero)	Mujer	Hombre	–
Nivel de exclusión por origen étnico (Accesibilidad étnico-cultural)	Indígena	No indígena	–
Nivel de exclusión por edad (Accesibilidad grupo etario)	De 5 a 29 años	De 55 adelante	De 0 a 5 años
Nivel de exclusión por educación (Accesibilidad instrucción)	Personas con trabajo no rem.	Obreros	Trab.por cuenta propia
Nivel de exclusión por actividad laboral (Accesibilidad por ocupación)	Población activa	Población inactiva	–
Nivel de exclusión por Economía (ingresos) (Accesibilidad económica)	Pobre extremo	Pobre	No Pobre

Fuente: Elaboración propia en base al modelo estimado

Como podemos observar la exclusión por categoría ocupacional afecta en mayor medida a las personas con trabajo por cuenta propia, seguido de los obreros. Se concluye por tanto que los grupos más desprotegidos son las personas que declaran recibir una remuneración por cuenta propia.

La exclusión por género indica que los hombres presentan mayor posibilidad de ser excluidos que las mujeres como se argumentó anteriormente, esto puede deberse al fuerte impacto sobre el acceso a atención en salud que han tenido los programas dirigidos al grupo madre-niño.³⁹

El grupo edad también se trabajó tomando en cuenta 3 parámetros: personas con edad de 0 a 5 años (niño), personas de 18 a 29 años y personas mayores a 55 años. El modelo estimado muestra que a mayor cantidad de años la posibilidad de ser excluido disminuye, no obstante, este resultado sería principalmente aplicable a las personas de 55 años adelante. En general el grupo más vulnerable a la exclusión es el de las personas de 5 a 29 años.

Para la categoría exclusión por accesibilidad económica se tomó en cuenta tres parámetros base: no pobres, pobres, pobres extremos. Mediante este supuesto se puede concluir que las personas más excluidas son los pobres extremos, seguidos de pobres y en menor medida los no pobres.

La exclusión por accesibilidad geográfica apunta a que el sector rural es el que presenta mayor exclusión con respecto al área urbana.

Desde el enfoque de accesibilidad étnico-cultural el modelo determina que el grupo más excluido es el indígena en relación al grupo no indígena.

³⁹ Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996), Seguro Básico de Salud (1998) y actualmente el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI).

Se concluye por tanto que el sector más excluido es el de las personas con trabajo por cuenta propia, de sexo masculino, entre 0 a 29 años de edad residente en el área rural de origen indígena. Basándose en el resultado obtenido el capítulo siguiente desarrolla una propuesta de política pública para ampliar el acceso a salud a este sector.

CAPITULO V: IMPLICACIONES DE PROPUESTA

5.1 Acceso Universal a la Salud y Cobertura Universal de Salud

La Cobertura Universal de Salud es el objetivo que orienta la transformación de los sistemas de salud para que todas las personas y las comunidades tengan acceso equitativo a los servicios integrales, garantizados y exigibles que necesitan, a lo largo de su curso de vida, con calidad y sin dificultades financieras. La Cobertura Universal de Salud refuerza la necesidad de definir e implementar políticas e intervenciones para abordar los determinantes sociales de la salud, y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar; con énfasis en los grupos en situación de pobreza y vulnerabilidad.

El derecho a la salud es el valor central de la Cobertura Universal de Salud. Esto significa, la promoción y protección del derecho a la salud, sin distinción de edad, etnia/raza, sexo, género, orientación sexual, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento, o cualquier otra condición social; y requiere de una articulación con otros derechos humanos relacionados para actuar sobre los determinantes sociales. El derecho a la salud es protegido por la gran mayoría de las constituciones nacionales y por tratados internacionales y regionales de derechos humanos.

La Cobertura Universal de Salud exige la eliminación de todo tipo de barreras de acceso a los servicios de salud; geográficas, culturales, financieras, y de estigma y discriminación dentro de los servicios de salud.

5.2 Recomendaciones de Política Pública

5.2.1 Línea Estratégica 1: Ampliar el Acceso Equitativo a Servicios de Salud, Integrales, de Calidad, Centrados en las Personas y las Comunidades

- Definir el conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles; integral, de ampliación progresiva, coherente con las necesidades de salud, las capacidades del sistema, y el contexto nacional. El conjunto de prestaciones es un elemento esencial del Derecho a la Salud y por lo tanto debe alcanzar a todas las personas por igual, independientemente de su capacidad de pago, sin diferencias de calidad y sin riesgo financiero. Esto requiere una adecuación de los marcos legales y regulatorios, de manera consistente con los instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables a la salud. La toma de decisiones acerca del conjunto universal de prestaciones que un sistema de salud decide garantizar, debe apoyarse en evidencia, incluyendo el análisis ético, intercultural y de género, en un enfoque multidisciplinario donde confluyan la evaluación de tecnologías de salud y la perspectiva económica, y requiere del establecimiento de mecanismos de transparencia social en las diferentes etapas del proceso.
- Implementar programas para el empoderamiento de las personas, incluyendo actividades de promoción, prevención y educación que permitan aumentar el conocimiento de su estado de salud, de sus derechos y obligaciones, para lograr una atención en salud de calidad. La participación de las personas y las comunidades es fundamental para la Cobertura Universal de Salud, las personas deben estar empoderadas para tomar decisiones libres e informadas acerca de su salud y la de su familia. Es importante reconocer el rol de las mujeres como proveedoras de servicios y cuidado (formal e informal) de la salud, además de las necesidades específicas de reproducción social
- Expandir el mercado de trabajo en el primer nivel de atención, con condiciones laborales atractivas particularmente en áreas sub-atendidas, y consolidar el trabajo colaborativo

en equipos multiprofesionales de salud, con capacidad resolutive adecuada, y con acceso a la información y a servicios de tele salud (incluida la telemedicina); introducir nuevos perfiles profesionales y técnicos en función del conjunto universal de prestaciones garantizadas y exigibles, y el modelo de atención.

- Incrementar de inmediato la inversión en el primer nivel de atención, que permita el aumento de la capacidad resolutive arriba mencionada, para extender la oferta de servicios y alcanzar a cubrir de manera acelerada las necesidades de salud insatisfechas, de acuerdo al conjunto de prestaciones con ampliación progresiva.

5.2.2 Línea estratégica 2: Fortalecer la rectoría y la gobernanza

- El marco legal y regulatorio tiene que formalizar el compromiso de la sociedad con la Cobertura Universal de Salud, estableciendo las medidas y garantías necesarias para realizar todos los elementos del Derecho a la Salud arriba mencionados y, por consiguiente, contribuir al goce de todos los demás derechos vinculados a la salud. Para avanzar hacia el objetivo de la Cobertura Universal de Salud resulta indispensable el liderazgo de la autoridad nacional de salud en el ejercicio del rol rector, el aseguramiento de las funciones esenciales de salud pública y el fortalecimiento de la gobernanza.
- Consolidar sistemas de información robustos e interoperables que permitan informar periódicamente los indicadores con que los países monitorean y evalúan el avance hacia la Cobertura Universal de Salud. La mejora de los sistemas de información debe ser focalizada en este sentido. Esto incluye la desagregación de datos para monitorear los avances en equidad y la producción de conocimientos necesarios para el fortalecimiento de los sistemas de salud mediante una agenda de investigación que apoye el avance hacia la Cobertura Universal de Salud.

- Desarrollar políticas y planes que hagan explícita y transparente la intención del Estado de transformar sus sistemas de salud hacia la Cobertura Universal de Salud. Estos deben tener metas definidas que se monitoreen y evalúen.

5.2.3 Línea estratégica 3: Aumentar y mejorar el financiamiento, reducir el gasto de bolsillo, con equidad y eficiencia

- Reducir el pago directo que se constituye en barrera financiera de acceso en el momento en que se requieren los servicios de salud garantizados por la Cobertura Universal de Salud; aumentando la protección financiera al disminuir la inequidad y la exposición a gastos catastróficos y empobrecimiento. Un fondo mancomunado con financiamiento solidario debiera sustituir al pago directo, representando una estrategia efectiva para aumentar la equidad y la eficiencia del sistema de salud.
- Aumentar la calidad del gasto a través de políticas, intervenciones y mecanismos destinados a mejorar la eficiencia del financiamiento y de la organización del sistema de salud. En cuanto a la eficiencia en la organización de servicios es necesario; alinear los incentivos y mecanismos de pago con resultados de avance a la Cobertura Universal de Salud; racionalizar la introducción y uso de medicamentos y otras tecnologías de salud con un enfoque integrado y multidisciplinario; mejorar las compras de insumos, medicamentos esenciales y otras tecnologías de salud aprovechando economías de escala y transparentando los procesos de adquisición; y, luchar contra la corrupción, entre otros

5.2.4 Línea estratégica 4: Actuar intersectorialmente para abordar los determinantes sociales de la salud

- Establecer mecanismos intersectoriales de coordinación, y fortalecer la capacidad de la autoridad de salud para implementar exitosamente políticas públicas coherentes y coordinadas que aborden los determinantes de la salud; fortalecer la capacidad para

influir legislaciones, regulaciones e intervenciones extra-sectoriales, que inciden sobre los determinantes de la salud.

- Fortalecer la articulación de salud y comunidad en el espacio de lo local, promoviendo el protagonismo de municipios y organizaciones sociales de base territorial, en las mejoras de las condiciones de vida y los entornos saludables. Empoderar a las personas y las comunidades mediante la capacitación de líderes, mujeres, jóvenes, y otros miembros de la comunidad, para el entendimiento de los determinantes de la salud, y su participación activa en la promoción y protección de la salud.

CAPITULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

I. Conclusiones

Basándose en los resultados obtenidos en la investigación se pueden presentar las siguientes conclusiones:

En Bolivia, el sector salud ha venido desarrollando políticas y estrategias orientadas a mejorar la oferta de servicios (descentralización, mejoramiento de la gestión, campañas sanitarias, etc.), a incrementar la demanda (seguro público, gratuidad a pobres e indigentes) y a fortalecer el marco regulatorio. No obstante, estos esfuerzos, una proporción importante de la población se encuentra excluida de la protección mediante seguros institucionales.

El área de residencia es una variable que es fuente de exclusión, la ruralidad está asociada a barreras geográficas, que impiden el fácil acceso de la población a los servicios.

El origen étnico es un elemento que genera discriminación y exclusión y muchas veces se expresa en demanda contenida por razones culturales. Es importante señalar que el pueblo originario que presenta serios problemas de demanda contenida y mala percepción de necesidad en salud es el aimara y quechua.

Según el análisis descriptivo de las variables para la exclusión en salud por factores externos las barreras económicas-financieras asociadas al fenómeno de pobreza limitan el

acceso de la población a la demanda de servicios, este problema se encuentra relacionado a la desigualdad de la distribución del ingreso.

La informalidad en el empleo es otra limitante en la extensión de la protección en salud dado el modelo de aseguramiento formal.

Además, no se observó un grado de discriminación por género explicado a seguros de salud gratuitos enfocados a la mujer.

A pesar de la existencia de instituciones de seguridad social de corto plazo y de una diversidad de empresas aseguradoras y de prepago, con y sin fines de lucro, la cobertura de la seguridad social alcanza tan solo alrededor del 27% de la población.

En este sentido, la implementación de una cobertura “universal” gratuita en el punto de atención en Bolivia, será de gran ayuda para mejorar el acceso a los servicios de salud. El alcance de la cobertura universal en salud será entonces sujeto a la adopción de múltiples medidas y estrategias de intervención además de la financiera que es primordial, dentro de las cuales deberán ser incluidas políticas de inversión en grupos de población prioritarios mencionados en el presente estudio: área rural, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetas, con empleo informal y pobres extremos, entre otros.

II. Recomendaciones: Evaluación del Sistema Único de Salud SUS

En concordancia con los resultados de la presente investigación, el Sistema Único de Salud se constituye en un medio para el logro del ejercicio del derecho a la salud de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Estado en los Parágrafos I, II y III del Artículo 18 que determinan que todas las personas tienen derecho a la salud; que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Además, el Sistema Único de Salud de Bolivia es la institución con la cual el Estado Plurinacional de Bolivia garantiza el acceso universal, equitativo, oportuno y gratuito a la atención integral en salud de la población boliviana. Es de carácter intracultural, intercultural y participativo, con calidad, calidez y control social. Comprende la infraestructura, el equipamiento y el personal de salud con el que cuenta todo el país.

No obstante, se debe realizar mejoras que permitan un avance a la reducción de la exclusión en salud.

Que se debería mejorar en el Sistema Único de Salud

1. Servicios de salud de calidad

La calidad de los servicios de salud responsabiliza y compromete a las instituciones, establecimientos y servicios de salud de los cuatro niveles de atención para la adecuada aplicación de su capacidad resolutiva, conocimientos y tecnologías disponibles, a fin de garantizar el buen trato y la resolución efectiva de las necesidades y expectativas en salud de la persona, familia y comunidad.

Los servicios de salud son el conjunto de atenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y reinserción social, respaldado por normas y protocolos oficiales nacionales o en su ausencia internacional. Requieren una organización estructural y funcional específicas, que hasta el momento han costado implementar; unas son las Redes funcionales de salud y las otras son la atención integral.

2. Fragmentación en Salud

Cuando los diferentes elementos del sistema de salud no se articulan ni coordinan entre sí, provocan superposiciones, vacíos e ineficiencia.

3. Evaluación del SUS

El Ministerio de Salud al final de cierto tiempo debe realizar la evaluación de la implementación del Sistema Único de Salud SUS respecto a los recursos asignados, para ir corrigiendo problemas y necesidades en el proceso.

4. Infraestructura Sanitaria

Se refiere a la infraestructura física de establecimientos de salud para la atención de la población, que con la implementación del SUS requiere ser adecuada de acuerdo a la demanda. No existen mejoras significativas desde la plena vigencia del SUS en 2019, en cuanto a infraestructura de los Hospitales.

5. Recursos humanos

La ley indica que el Tesoro General de la Nación financiará los recursos humanos en salud del subsector público, pero no indica a qué profesionales se contratará. Aunque indicaron que contratarán a 8.000, entre médicos y técnicos. Pero en los hospitales y centros de salud para la atención del SUS no se cuenta con la cantidad de RRHH necesarios, son insuficientes y solo atienden por corto tiempo, lo cual restringe el número de fichas que dan cada día y por lo cual las filas generales y por especialidad son largas.

6. Migración de profesionales

Los especialistas que trabajan en el sector público no están dentro de la Ley General del Trabajo, debido a ello la mayoría de los profesionales que se titulan en el país migran al exterior en busca de mejores salarios.

El sistema público de salud en todo el país no cuenta con infraestructura, equipamiento y recursos humanos adecuados. En varios centros de salud y hospitales hay falencias de exámenes de laboratorio, gabinetes y especialistas. Al no contar con lo requerido, es difícil brindar una salud gratuita.

Falta de ítems, carencia de insumos e infraestructura y deficiente información complejizan el panorama de la salud pública en Bolivia que a pesar de la implementación del Sistema Único de Salud SUS, como estrategia de Gobierno para hacer frente a la problemática del servicio a nivel nacional, no ha podido establecerse y responder a las necesidades de la población.

7. Dotación de los medicamentos

La gratuidad de los medicamentos del SUS no llega al beneficiario, se advierte la falta de disponibilidad de medicamentos, por lo cual los pacientes deben soportar los gastos económicos que involucra adquirirlos, ya sea porque las recetas vienen con marcas comerciales que no figuran en la lista del LINAME o porque no existen en el stock de la farmacia. La ley indica que la compra de medicamentos será sin convocatoria a licitación. La compra directa evitará que postulen varias empresas que ofrecen fármacos de calidad y que da paso a la compra de éstos de procedencia china e hindú. Desde la implementación del SUS solo brindan a los pacientes los medicamentos básicos, en su mayoría los medicamentos son comprados por los pacientes de acuerdo a sus necesidades.

8. Falencias en el manejo de las Referencias y Contrarreferencias

En el caso de la referencia, los problemas devienen desde aspectos básicos como el correcto llenado de la boleta de referencia, con letra legible, diagnóstico médico, firma y sello del médico, sello del establecimiento de salud e identificación del hospital receptor; aspectos que son de responsabilidad del personal médico del establecimiento referente, errores que afectan directamente a los pacientes. Los problemas en la contrarreferencia se producen por la dejadez, falta de voluntad o no aceptación por parte de los profesionales médicos de la responsabilidad de emitir las boletas de contrarreferencia. Sin embargo, el principal problema radica en la falta de un sistema informático para el manejo de Referencias y Contrarreferencias,

que deje atrás el mecanismo arcaico y obsoleto del llenado manual de boletas, aplicado en los diferentes niveles de atención en salud, herramienta digital que permitiría superar las deficiencias y errores en estos procedimientos

9. Insuficientes mecanismos de información a la población

No existen procesos de capacitación integrales, eficientes y continuos sobre la aplicación de la Ley N° 1152. Es responsabilidad del Ministerio de Salud y Deportes y de los Servicios Departamentales de Salud la capacitación técnica y legal de los instrumentos normativos del SUS. Las oficinas de los responsables del SUS, ubicadas al interior de los establecimientos de salud, no son accesibles para la población y pacientes que requieren su atención.

No cuentan con personal encargado de dar información y orientar en idioma originario a los pacientes o familiares que no hablan o no comprenden en su totalidad el castellano, aspecto que se constituye en una afectación al acceso a la atención en salud de los beneficiarios pertenecientes a una nación y pueblo indígena originario campesino.

10. El fichaje

Se ha convertido en un problema recurrente, al cual las administraciones de los hospitales no han logrado darle una solución. La información es un factor relevante para aminorar las molestias de los beneficiarios, que se encuentran obligados a realizar filas extensas sin la certeza de conseguir una ficha. No existe información visible en exteriores de los Hospitales de Tercer Nivel que proporcione a los usuarios del SUS datos sobre la cantidad de fichas disponibles, horarios de distribución y las especialidades que atenderán en el día. Falencias que pueden ser subsanadas a través del mejoramiento de la organización interna de los establecimientos de salud y buscando alternativas efectivas que eviten el desgaste del paciente o familiar adscrito al SUS.

11. Trato preferente a grupos vulnerables

Desarrollar instrumentos o incorporar en su normativa interna la obligatoriedad de aplicar el trato preferente a grupos vulnerables señalados en la normativa SUS, en el marco de la Resolución Ministerial N° 251.

BIBLIOGRAFIA

1. Banco Interamericano de Desarrollo. (1994), *Hacia una agenda Regional para la Reforma del Sector salud*. Washington D.C.: Oxford University Press.
2. Banco Mundial. (1993) Informe sobre el desarrollo Mundial. *Invertir en Salud*. Washington D.C.: Mundi-Prensa Libros, S. A.
3. Banco Mundial. (1999) *Bolivia: Public Expenditure Review*. Oficina Sub regional Bolivia, Paraguay y Perú. Región de América Latina y el Caribe. Washington D.C. : Mundi-Prensa Libros, S. A.
4. CEPAL. (1996) *Macro determinantes y Condicionantes de la situación de salud* . Santiago de Chile: Editorial Desarrollo S. A.
5. CEPAL / OPS. (1994) *Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe*.
6. Cárdenas, Marina. (2004). *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en salud*. La Paz – Bolivia: Offset PRISA Ltda.
7. Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia del 25 de enero de 2009
8. Decreto Supremo N° 29272 aprobar el Plan General de Desarrollo Económico y Social de la República: “Plan Nacional de Desarrollo Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien – Lineamientos Estratégicos”, de 12 de septiembre de 2007.
9. Decreto Supremo N° 29601, Nuevo Modelo Sanitario de Bolivia, “Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural”, de 11 de junio de 2008.

10. Daponte Codina, A., Bolívar Muñoz, J., García Calvente, M. M. (2009) Las desigualdades sociales en salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
11. Dubos, Rene. (1956). Conceptos de Salud Enfermedad. Paris-Francia.
12. Dunn, Herbert (1959). Métodos y Tratamientos q mejoran el bienestar físico, anímico y espiritual y por tanto la calidad de Vida. Barcelona -España.
13. Dupuy J. (2011), Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes.
14. Dupuy J. (2011b), Factores claves y Marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes.
15. Esquivel, A. D. (2006). Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia. Documento de Trabajo.
16. Instituto Internacional de Gobernabilidad (2003). *El desarrollo posible, las instituciones necesarias*. La Paz – Bolivia: Plural editores.
17. Instituto Nacional de Estadísticas INE (2015), Encuesta Continua de Hogares 2015 ECH MECOVI, disponible en www.ine.gob.bo.
18. Ministerio de Salud y Deportes, 2012. *Política Nacional de Salud*. Serie documentos de políticas Nro. 1. La Paz – Bolivia: editorial Lavadenz.
19. Ministerio de Salud y Deportes. Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2014. La Paz, Bolivia: Ministerio de Salud y Deportes.
20. Mejía-Mejía Aurelio, Sánchez-Gandur Andrés F., Juan Tamayo-Ramírez C. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia Revista de Salud Pública 2007
21. Novalés, Alfonso. 1997. *Econometría*. Barcelona – España: McGraw-Hill Segunda Edición.
22. Ledo, C., & Soria, R. (2011). Sistema de salud de Bolivia. Salud pública de México, 53, s109-s119.
23. Organización Panamericana de la Salud. 2004. *Caracterización de la exclusión en Bolivia*. La Paz – Bolivia, oficina regional de la OPS.
24. Organización Panamericana de la Salud. 2003. *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.
25. Organización Panamericana de la Salud OPS (2003), Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe, Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud,

Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, disponible en www.paho.org.

26. Proyecto de desarrollo y salud integral de adolescentes y jóvenes en América Latina y el Caribe 1997-2000.
27. Sapelli, C. Aedo, C. y. (1999). “El sistema de salud en Chile: readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros”. Estudios Públicos.
28. Sampieri, Hernández R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2007). Metodología de la investigación (6a. ed.
29. Vásquez Johanna y Velandía, Durfar (2001). Determinantes socioeconómicos del acceso potencial y real a los servicios de salud: Régimen subsidiado en Antioquía. Recuperado el 16 de agosto de 2009. [Economía.udea.edu.co/ges/observatorio /.../observatorio3.p](http://Economía.udea.edu.co/ges/observatorio/.../observatorio3.p)

ANEXOS

ANEXO N° 1: ENCUESTA A HOGARES

La Encuesta de Hogares (EH 2019) es un instrumento del Instituto Nacional de Estadística (INE), que tiene como objetivo suministrar información sobre las condiciones de vida de los hogares, a partir de la recopilación de información de variables socioeconómicas y demográficas de la población boliviana, necesarias para la formulación, evaluación, seguimiento de políticas y diseño de programas de acción en el área social.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

La Encuesta de Hogares 2019 tiene los siguientes objetivos específicos:

1. Generar indicadores que permitan conocer la evolución de la pobreza, del bienestar y las condiciones de vida de los hogares.
2. Medir el alcance de los programas sociales en la mejora de las condiciones de vida de la población.
3. Proveer información a instituciones públicas y privadas que permitan posteriores investigaciones relacionadas a las variables en estudio.
4. Permitir la comparabilidad con investigaciones similares, en relación a las variables investigadas.

METODOLOGÍA

La EH 2019 presenta un panorama completo sobre las condiciones de vida de la población boliviana. La unidad de análisis para esta encuesta fueron los hogares de Bolivia, con unidades muestrales como los Sectores Censales, Segmentos Censales, Viviendas, y la implementación de las Unidades Primarias de Muestreo (UPM) que concuerdan con los sectores censales o una agrupación de ellos. Es una encuesta transversal con 9,876 viviendas seleccionadas. La metodología aplicada para la recolección de la información es la Entrevista Directa, conducida por personal debidamente capacitado que visitó las viviendas seleccionadas durante el periodo de recolección de información, utilizando una boleta multitemática que permite el estudio del bienestar de los hogares.

ALCANCE TEMÁTICO

- a) Características de la Vivienda.
- b) Características Sociodemográficas.
- c) Migración.
- d) Salud.
- e) Educación.
- f) Condición de Actividad y Características Ocupacionales.
- g) Ingresos no laborales del hogar.
- h) Gastos del Hogar.

ANEXO N° 2: INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE BOLÍVIA

Característica		
Superficie Territorial	1.098.581	Km ²
Población (2001)	8.274.325	Hab.
Densidad Poblacional	7,53	Hab./Km ²
Proporción Urbana	62,43	%
PIB per cápita (2001 (p))	934	\$us.
Exportaciones FOB (2001)	1.352.893.000	\$us.
Deuda Externa / PIB (2001)	54,90	%
Deuda Externa / Exportaciones (2001)	325,07	%
Porcentaje de Hogares con Necesidades Básicas		
Insatisfechas (2001 (p))	58,59	%
Urbanos	39,00	%
Rurales	90,80	%
Esperanza de Vida	63,84	Años
Masculina	61,80	Años
Femenina	65,99	Años
Tasa de analfabetismo funcional		
Hombres Rurales	16,65	%
Mujeres Rurales	41,19	%
Hombres Urbanos	2,49	%
Mujeres Urbanas	9,56	%
Cobertura Neta de Educación Escolar *		
Cobertura Neta del Nivel Primario	97,00	%
Cobertura Neta del Nivel Secundario	51,50	%
Tasa de Desempleo Abierto en Ciudades Capitales	9,40	%
Gasto Público Social Real per cápita	184,42	\$us.
Gasto Público Social respecto al PIB	19,15	%
Gasto Público Social respecto al Gasto del SPNF	51	%

ANEXO N° 3: CONSTRUCCION DE VARIABLES PARA EL MODELO ECONOMETRICO

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE PEXSL: La variable dependiente PEXSL (Probabilidad de estar excluido del sistema de salud) se construye a partir de las preguntas relacionadas a la atención y la cobertura. Esta es una variable dicotómica que toma el valor de 1 para denotar que se encuentra excluido del sistema de salud y 0 para denotar que se encuentra dentro del sistema de salud.

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE POBREZA: Se tomo en cuenta el índice de pobreza estimado en la base de datos MECOVI.

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE CATEGORIA OCUPACIONAL (POCU1): Para la construcción de esta variable se utilizaron la pregunta: Categoría Ocupacional.

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE SEXO (GENERO): Para la construcción de esta variable se utilizó la respuesta declarada por la persona entrevistada en la Encuesta MECOVI 2019.

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE LUGAR DE RESIDENCIA URBANO RURAL (URBRUR): Para esta variable se utilizó la respuesta declarada por la persona entrevistada (URBRUR) en la Encuesta MECOVI 2019.

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE ORIGEN ETNICO (ETNIA): Para la construcción de esta variable se utilizó como variable Proxy el primer idioma aprendido que declaró la

persona entrevistada (s108a) con la pregunta: ¿Cuál es el idioma que aprendió a hablar en su niñez?

CONSTRUCCIÓN DE LA VARIABLE INSTRUCCION (EDUCA): Para esta variable se utilizó la respuesta declarada por la persona entrevistada nivel educativo en la Encuesta MECOVI 2019. Se tomo en cuenta solo las personas que informaron haber cursado cierto número de grados educativos; se consideró como excluidas del sistema de educación a todas las personas que no acabaron primaria.

ANEXO N° 4: SECTOR SALUD-ENCUESTA HOGARES



SECCIÓN 4 SALUD		SECCIÓN 4. SEGURIDAD CIUDADANA (15 AÑOS O MÁS)	
PARTE E: ESTILO DE VIDA		PARTE F: SEGURIDAD CIUDADANA	
CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN	SÓLO PARA PERSONAS DE 5 O MÁS AÑOS DE EDAD		SÓLO PARA PERSONAS DE 15 AÑOS O MÁS
	<p>28. ¿(...) en el trabajo o en sus tareas cotidianas requiere /necesita realizar una actividad física intensa o moderada en al menos 30 minutos consecutivos/continuos? (Ej: levantar productos, trabajos de construcción, repartir productos, etc.)</p> <p>1. Si → En una semana típica ¿cuantos días realiza dicha actividad?</p> <p>2. No</p>	<p>29. ¿(...) para trasladarse al trabajo/realizar alguna actividad, camina o usa una bicicleta en al menos 30 minutos consecutivos/continuos?</p> <p>1. Si → En una semana típica ¿cuantos días realiza dicha actividad?</p> <p>2. No</p>	<p>30. ¿(...) en su tiempo libre practica algún deporte o actividad física en al menos 30 minutos consecutivos/continuos? (Ej: correr, manejar en bicicleta, hacer ejercicios en el gimnasio o en su casa, etc.)</p> <p>1. Si → En una semana típica ¿cuantos días realiza dicha actividad?</p> <p>2. No → ¿Qué actividad física o deporte practica?</p>
	<p>32. ¿Durante los últimos 12 meses (...) ha fumado cigarrillos?</p> <p>1. Si ¿Con qué frecuencia?</p> <p>2. No</p>	<p>33. ¿Durante los últimos 12 meses (...) ha consumido bebidas alcohólicas?</p> <p>1. Si ¿Con qué frecuencia?</p> <p>2. No</p>	<p>34. ¿Qué tan segura(o) se siente (...) caminando sola(o) cerca de su vivienda cuando es de noche?</p> <p>1. Muy inseguro 2. Inseguro 3. Seguro 4. Muy seguro</p>
			<p>35. ¿En los últimos 12 meses, (...) ha sido víctima de:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Atraco (Robo a personas) en la vía pública 2. Robo en su vivienda o negocio 3. Robo de vehículo o accesorios 4. Lesiones graves o gravísimas ocasionadas por otra persona 5. Violación o abuso sexual 6. Estafa o abuso de confianza 7. Despojo de su inmueble 8. Trata de personas 9. Extorsión 10. Secuestro 11. Otros hechos delictivos (ESPECIFIQUE) 12. Ninguno <p>LUEGO DE REGISTRAR LAS OPCIONES DE RESPUESTA PASE A LA PÁG. 9, PREG. 1</p>

ANEXO N° 5: RESULTADOS SPSS

1. Atención a Salud y Residencia

\$Atencion_Salud*area tabulación cruzada

			Area Urbana Rural		Total
			Urbano	Rural	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	4168	383	4551
		% dentro de area	19,5%	7,1%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	7491	3082	10573
		% dentro de area	35,1%	57,3%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	4087	452	4539
		% dentro de area	19,1%	8,4%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	290	349	639
		% dentro de area	1,4%	6,5%	
Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1679	819	2498	
	% dentro de area	7,9%	15,2%		
Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	1096	401	1497	
	% dentro de area	5,1%	7,4%		
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	15140	2932	18072	
	% dentro de area	70,9%	54,5%		
Total	Recuento	21361	5383	26744	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

\$Atencion_Salud*area tabulación cruzada

			Area Urbana Rural		Total
			Urbano	Rural	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	4168	383	4551
		% dentro de \$Atencion_Salud	91,6%	8,4%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	7491	3082	10573
		% dentro de \$Atencion_Salud	70,9%	29,1%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	4087	452	4539
		% dentro de \$Atencion_Salud	90,0%	10,0%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	290	349	639
		% dentro de \$Atencion_Salud	45,4%	54,6%	
Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1679	819	2498	
	% dentro de \$Atencion_Salud	67,2%	32,8%		
Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	1096	401	1497	
	% dentro de \$Atencion_Salud	73,2%	26,8%		
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	15140	2932	18072	
	% dentro de \$Atencion_Salud	83,8%	16,2%		
Total	Recuento	21361	5383	26744	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Cobertura Seguro de Salud*Area Urbana Rural tabulación cruzada

% dentro de Area Urbana Rural

		Area Urbana Rural		Total
		Urbano	Rural	
Cobertura Seguro de Salud	Público	35,7%	33,1%	35,1%
	Privado	1,4%	0,7%	1,2%
	Otro	0,1%	0,1%	0,1%
	Ninguno	62,9%	66,1%	63,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

2. Atención a Salud y Aspectos Geográficos

\$Atencion_Salud*genero tabulación cruzada

			¿Es hombre o mujer?		Total
			1.Hombre	2.Mujer	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	2106	2445	4551
		% dentro de genero	16,4%	17,6%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	4838	5735	10573
		% dentro de genero	37,6%	41,3%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	2096	2443	4539
		% dentro de genero	16,3%	17,6%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	298	341	639
		% dentro de genero	2,3%	2,5%	
Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1155	1343	2498	
	% dentro de genero	9,0%	9,7%		
Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	723	774	1497	
	% dentro de genero	5,6%	5,6%		
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	8888	9184	18072	
	% dentro de genero	69,1%	66,2%		
Total	Recuento	12869	13875	26744	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Cobertura Seguro de Salud*¿Es hombre o mujer? tabulación cruzada

% dentro de ¿Es hombre o mujer?

		¿Es hombre o mujer?		Total
		1.Hombre	2.Mujer	
Cobertura Seguro de Salud	Público	33,4%	36,8%	35,1%
	Privado	1,2%	1,3%	1,2%
	Otro	0,1%	0,1%	0,1%
	Ninguno	65,3%	61,8%	63,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%

\$Atencion_Salud*genero tabulación cruzada

			¿Es hombre o mujer?		Total
			1.Hombre	2.Mujer	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	2106	2445	4551
		% dentro de \$Atencion_Salud	46,3%	53,7%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	4838	5735	10573
		% dentro de \$Atencion_Salud	45,8%	54,2%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	2096	2443	4539
		% dentro de \$Atencion_Salud	46,2%	53,8%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	298	341	639
		% dentro de \$Atencion_Salud	46,6%	53,4%	
Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1155	1343	2498	
	% dentro de \$Atencion_Salud	46,2%	53,8%		
Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	723	774	1497	
	% dentro de \$Atencion_Salud	48,3%	51,7%		
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	8888	9184	18072	
	% dentro de \$Atencion_Salud	49,2%	50,8%		
Total	Recuento	12869	13875	26744	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

3. Necesidades de Atención en Edad

edad*\$Atencion_Salud tabulación cruzada

			Atencion_Salud ^a						Total	
			Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Se atendió en: E. Su domicilio	Se atendió en: F. Médico tradicional		Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)
Rango de Edad	De 0 a 5 años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	558 12,3%	2038 19,3%	547 12,1%	122 19,1%	261 10,4%	113 7,5%	1576 8,7%	3377
	De 6 a 12 Años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	505 11,1%	1322 12,5%	460 10,1%	79 12,4%	319 12,8%	96 6,4%	2047 11,3%	3226
	De 13 a 18 años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	362 8,0%	878 8,3%	359 7,9%	51 8,0%	252 10,1%	109 7,3%	1938 10,7%	2700
	De 19 a 25 Años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	335 7,4%	1091 10,3%	470 10,4%	43 6,7%	279 11,2%	163 10,9%	2581 14,3%	3278
	De 26 a 35 Años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	646 14,2%	1327 12,6%	712 15,7%	63 9,9%	318 12,7%	175 11,7%	3043 16,8%	3961
	De 36 a 49 Años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	845 18,6%	1495 14,1%	882 19,4%	80 12,5%	395 15,8%	303 20,2%	3346 18,5%	4514
	De 50 a 65 Años	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	767 16,9%	1455 13,8%	751 16,5%	81 12,7%	384 15,4%	344 23,0%	2513 13,9%	3710
	De 66 años Adelante	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	533 11,7%	967 9,1%	358 7,9%	120 18,8%	290 11,6%	194 13,0%	1028 5,7%	1978
Total		Recuento	4551	10573	4539	639	2498	1497	18072	26744

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.
a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Rango de Edad* Cobertura Seguro de Salud tabulación cruzada

% dentro de Rango de Edad

		Cobertura Seguro de Salud				Total
		Público	Privado	Otro	Ninguno	
Rango de Edad	De 0 a 5 años	53,7%	1,3%	0,1%	44,9%	100,0%
	De 6 a 12 Años	28,0%	1,0%	0,1%	70,8%	100,0%
	De 13 a 18 años	25,3%	1,1%	0,1%	73,5%	100,0%
	De 19 a 25 Años	26,2%	0,9%	0,1%	72,9%	100,0%
	De 26 a 35 Años	29,4%	1,3%	0,1%	69,3%	100,0%
	De 36 a 49 Años	31,2%	1,7%	0,1%	67,0%	100,0%
	De 50 a 65 Años	38,1%	1,4%	0,1%	60,4%	100,0%
	De 66 años Adelante	68,0%	0,7%	0,0%	31,3%	100,0%
Total		35,1%	1,2%	0,1%	63,6%	100,0%

edad*\$Atencion_Salud tabulación cruzada

			Atencion_Salud ^a						Total	
			Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Se atendió en: E. Su domicilio	Se atendió en: F. Médico tradicional		Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)
Rango de Edad	De 0 a 5 años	Recuento % dentro de edad	558 16,5%	2038 60,3%	547 16,2%	122 3,6%	261 7,7%	113 3,3%	1576 46,7%	3377
	De 6 a 12 Años	Recuento % dentro de edad	505 15,7%	1322 41,0%	460 14,3%	79 2,4%	319 9,9%	96 3,0%	2047 63,5%	3226
	De 13 a 18 años	Recuento % dentro de edad	362 13,4%	878 32,5%	359 13,3%	51 1,9%	252 9,3%	109 4,0%	1938 71,8%	2700
	De 19 a 25 Años	Recuento % dentro de edad	335 10,2%	1091 33,3%	470 14,3%	43 1,3%	279 8,5%	163 5,0%	2581 78,7%	3278
	De 26 a 35 Años	Recuento % dentro de edad	646 16,3%	1327 33,5%	712 18,0%	63 1,6%	318 8,0%	175 4,4%	3043 76,8%	3961
	De 36 a 49 Años	Recuento % dentro de edad	845 18,7%	1495 33,1%	882 19,5%	80 1,8%	395 8,8%	303 6,7%	3346 74,1%	4514
	De 50 a 65 Años	Recuento % dentro de edad	767 20,7%	1455 39,2%	751 20,2%	81 2,2%	384 10,4%	344 9,3%	2513 67,7%	3710
	De 66 años Adelante	Recuento % dentro de edad	533 26,9%	967 48,9%	358 18,1%	120 6,1%	290 14,7%	194 9,8%	1028 52,0%	1978
Total		Recuento	4551	10573	4539	639	2498	1497	18072	26744

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.
a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

4. Atención a Salud y Etnia

\$Atencion_Salud*Raza tabulación cruzada

			Raza						Total
			Mestizo	Aymara	Quechua	Guarani	Extranjero	Otro Nativo	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	3774	230	288	3	10	246	4551
		% dentro de Raza	19,0%	12,0%	9,1%	3,3%	8,5%	15,8%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	7177	756	1510	48	30	1052	10573
		% dentro de Raza	36,1%	39,4%	47,7%	52,2%	25,6%	67,4%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	3585	273	413	8	22	238	4539
		% dentro de Raza	18,0%	14,2%	13,1%	8,7%	18,8%	15,2%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	342	81	133	33	0	50	639
		% dentro de Raza	1,7%	4,2%	4,2%	35,9%	0,0%	3,2%	
	Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1501	225	653	11	4	104	2498
		% dentro de Raza	7,5%	11,7%	20,6%	12,0%	3,4%	6,7%	
	Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	909	229	265	7	3	84	1497
		% dentro de Raza	4,6%	11,9%	8,4%	7,6%	2,6%	5,4%	
	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	14161	1267	1831	52	87	674	18072
		% dentro de Raza	71,2%	66,0%	57,9%	56,5%	74,4%	43,2%	
Total		Recuento	19890	1921	3163	92	117	1561	26744

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Raza* Cobertura Seguro de Salud tabulación cruzada

% dentro de Raza

		Cobertura Seguro de Salud				Total
		Público	Privado	Otro	Ninguno	
Raza	Mestizo	36,2%	1,4%	0,1%	62,3%	100,0%
	Aymara	21,8%	0,2%	0,0%	78,0%	100,0%
	Quechua	25,8%	0,5%	0,1%	73,5%	100,0%
	Guarani	29,9%			70,1%	100,0%
	Extranjero	9,4%	5,2%		85,4%	100,0%
	Otro Nativo	60,7%	1,2%	0,1%	38,0%	100,0%
Total		35,1%	1,2%	0,1%	63,6%	100,0%

\$Atencion_Salud*Raza tabulación cruzada

			Raza						Total
			Mestizo	Aymara	Quechua	Guarani	Extranjero	Otro Nativo	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	3774	230	288	3	10	246	4551
		% dentro de \$Atencion_Salud	82,9%	5,1%	6,3%	0,1%	0,2%	5,4%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	7177	756	1510	48	30	1052	10573
		% dentro de \$Atencion_Salud	67,9%	7,2%	14,3%	0,5%	0,3%	9,9%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	3585	273	413	8	22	238	4539
		% dentro de \$Atencion_Salud	79,0%	6,0%	9,1%	0,2%	0,5%	5,2%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	342	81	133	33	0	50	639
		% dentro de \$Atencion_Salud	53,5%	12,7%	20,8%	5,2%	0,0%	7,8%	
	Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1501	225	653	11	4	104	2498
		% dentro de \$Atencion_Salud	60,1%	9,0%	26,1%	0,4%	0,2%	4,2%	
	Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	909	229	265	7	3	84	1497
		% dentro de \$Atencion_Salud	60,7%	15,3%	17,7%	0,5%	0,2%	5,6%	
	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	14161	1267	1831	52	87	674	18072
		% dentro de \$Atencion_Salud	78,4%	7,0%	10,1%	0,3%	0,5%	3,7%	
Total		Recuento	19890	1921	3163	92	117	1561	26744

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

5. Necesidades de Atención y Nivel de Educación

\$Atencion_Salud*niv_ed tabulación cruzada

			Niv edu detallado							Total
			Ninguno	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior	Otros	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	389	619	254	637	593	1680	14	4186
		% dentro de niv_ed	13,0%	12,6%	12,2%	12,5%	15,5%	30,5%	20,6%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	1567	2227	902	1900	1344	1123	21	9084
		% dentro de niv_ed	52,2%	45,3%	43,3%	37,2%	35,2%	20,4%	30,9%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	433	687	325	770	656	1296	13	4180
		% dentro de niv_ed	14,4%	14,0%	15,6%	15,1%	17,2%	23,6%	19,1%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	149	165	56	105	52	35	0	562
		% dentro de niv_ed	5,0%	3,4%	2,7%	2,1%	1,4%	0,6%	0,0%	
	Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	428	558	225	468	282	387	8	2356
		% dentro de niv_ed	14,3%	11,3%	10,8%	9,2%	7,4%	7,0%	11,8%	
	Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	207	383	163	272	189	203	5	1422
		% dentro de niv_ed	6,9%	7,8%	7,8%	5,3%	4,9%	3,7%	7,4%	
	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	1639	3191	1471	3785	2972	4016	52	17126
		% dentro de niv_ed	54,6%	64,9%	70,6%	74,1%	77,7%	73,0%	76,5%	
Total		Recuento	3002	4917	2083	5107	3823	5501	68	24501

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Niv edu detallado* Cobertura Seguro de Salud tabulación cruzada

% dentro de Niv edu detallado

		Cobertura Seguro de Salud				Total
		Público	Privado	Otro	Ninguno	
Niv edu detallado	Ninguno	38,3%	0,7%	0,1%	60,9%	100,0%
	Primaria incompleta	29,9%	0,7%	0,1%	69,4%	100,0%
	Primaria completa	30,2%	0,8%	0,1%	68,9%	100,0%
	Secundaria incompleta	25,1%	1,0%	0,1%	73,8%	100,0%
	Secundaria completa	26,0%	0,9%	0,1%	73,0%	100,0%
	Superior	46,9%	2,7%	0,1%	50,3%	100,0%
	Otros	34,1%	1,1%		64,8%	100,0%
Total		32,8%	1,2%	0,1%	65,9%	100,0%

\$Atencion_Salud*niv_ed tabulación cruzada

			Niv edu detallado							Total
			Ninguno	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior		
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	389	619	254	637	593	1680	4172	
		% dentro de \$Atencion_Salud	9,3%	14,8%	6,1%	15,3%	14,2%	40,3%		
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	1567	2227	902	1900	1344	1123	9063	
		% dentro de \$Atencion_Salud	17,3%	24,6%	10,0%	21,0%	14,8%	12,4%		
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	433	687	325	770	656	1296	4167	
		% dentro de \$Atencion_Salud	10,4%	16,5%	7,8%	18,5%	15,7%	31,1%		
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	149	165	56	105	52	35	562	
		% dentro de \$Atencion_Salud	26,5%	29,4%	10,0%	18,7%	9,3%	6,2%		
	Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	428	558	225	468	282	387	2348	
		% dentro de \$Atencion_Salud	18,2%	23,8%	9,6%	19,9%	12,0%	16,5%		
	Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	207	383	163	272	189	203	1417	
		% dentro de \$Atencion_Salud	14,6%	27,0%	11,5%	19,2%	13,3%	14,3%		
	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	1639	3191	1471	3785	2972	4016	17074	
		% dentro de \$Atencion_Salud	9,6%	18,7%	8,6%	22,2%	17,4%	23,5%		
Total		Recuento	3002	4917	2083	5107	3823	5501	24433	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

6. Necesidades de Atención y Ocupación Laboral

\$Atencion_Salud'contact tabulación cruzada

			Condición de Actividad Ocupacion Principal					Total
			Poblacion_ocupada	Poblacion_sane	Poblacion_aspirante	Poblacion_temporal	Poblacion_permanente	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	2059	32	11	778	1041	3921
		% dentro de contact	16,2%	8,3%	8,7%	23,8%	16,4%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	4546	139	36	1341	2224	8286
		% dentro de contact	35,7%	36,0%	28,6%	41,1%	35,1%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	2199	73	17	659	961	3909
		% dentro de contact	17,3%	18,9%	13,5%	20,2%	15,2%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	299	4	1	78	125	507
		% dentro de contact	2,3%	1,0%	0,8%	2,4%	2,0%	
Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1299	38	11	342	495	2185	
	% dentro de contact	10,2%	9,8%	8,7%	10,5%	7,8%		
Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	871	27	4	193	269	1364	
	% dentro de contact	6,8%	7,0%	3,2%	5,9%	4,2%		
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	9273	295	98	2156	4357	16179	
	% dentro de contact	72,8%	76,4%	77,8%	66,0%	68,8%		
Total	Recuento	12744	386	126	3265	6337	22858	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Grupo Ocupacional ocupación principal' Cobertura Seguro de Salud tabulación cruzada

% dentro de Grupo Ocupacional ocupación principal

		Cobertura Seguro de Salud				Total
		Público	Privado	Otro	Ninguno	
Grupo Ocupacional ocupación principal	Fuerzas Armadas	93,8%			6,3%	100,0%
	Directivos Adm. Pública y Empresas	57,4%	5,8%		36,8%	100,0%
	Profesionales científicos e intelectuales	64,0%	3,5%	0,2%	32,3%	100,0%
	Técnicos de Nivel Medio	46,3%	3,1%	0,1%	50,5%	100,0%
	Empleados de oficina	56,3%	2,9%	0,2%	40,5%	100,0%
	Trabajadores de Servicio y Vendedores	26,4%	0,7%	0,1%	72,8%	100,0%
	Trabajadores en Agricultura, Pecuaria, Pesca y otros	28,1%	0,2%		71,7%	100,0%
	Trabajadores de la Construcción, Ind. Manufacturera y Otros	18,1%	0,5%	0,1%	81,2%	100,0%
	Operadores de Instalaciones y Maquinarias	24,3%	1,5%	0,1%	74,1%	100,0%
	Trabajadores No Calificados	27,3%	0,9%	0,2%	71,7%	100,0%
	Sin especificar	100,0%				100,0%
Total		31,2%	1,2%	0,1%	67,4%	100,0%

\$Atencion_Salud'contact tabulación cruzada

			Condición de Actividad Ocupacion Principal					Total
			Poblacion_ocupada	Poblacion_sane	Poblacion_aspirante	Poblacion_temporal	Poblacion_permanente	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento	2059	32	11	778	1041	3921
		% dentro de contact	16,2%	8,3%	8,7%	23,8%	16,4%	
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento	4546	139	36	1341	2224	8286
		% dentro de contact	35,7%	36,0%	28,6%	41,1%	35,1%	
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento	2199	73	17	659	961	3909
		% dentro de contact	17,3%	18,9%	13,5%	20,2%	15,2%	
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento	299	4	1	78	125	507
		% dentro de contact	2,3%	1,0%	0,8%	2,4%	2,0%	
Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento	1299	38	11	342	495	2185	
	% dentro de contact	10,2%	9,8%	8,7%	10,5%	7,8%		
Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento	871	27	4	193	269	1364	
	% dentro de contact	6,8%	7,0%	3,2%	5,9%	4,2%		
Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento	9273	295	98	2156	4357	16179	
	% dentro de contact	72,8%	76,4%	77,8%	66,0%	68,8%		
Total	Recuento	12744	386	126	3265	6337	22858	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

7. Necesidades de Atención y Pobreza

\$Atencion_Salud*Pobreza_rang tabulación cruzada

			Pobreza extrema o indigencia por ingreso			Total
			No pobre	Pobre	Pobreza extrema	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento % dentro de Pobreza_rang	3922 21,7%	470 9,2%	159 4,5%	4551
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento % dentro de Pobreza_rang	6396 35,3%	2423 47,5%	1754 49,5%	10573
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento % dentro de Pobreza_rang	3544 19,6%	648 12,7%	347 9,8%	4539
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento % dentro de Pobreza_rang	293 1,6%	147 2,9%	199 5,6%	639
	Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento % dentro de Pobreza_rang	1465 8,1%	560 11,0%	473 13,3%	2498
	Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento % dentro de Pobreza_rang	937 5,2%	298 5,8%	262 7,4%	1497
	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento % dentro de Pobreza_rang	12741 70,4%	3333 65,3%	1998 56,3%	18072
Total	Recuento	18096	5101	3547	26744	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

Cobertura Seguro de Salud*Pobreza extrema o indigencia por ingreso tabulación cruzada

% dentro de Pobreza extrema o indigencia por ingreso

		Pobreza extrema o indigencia por ingreso			Total
		No pobre	Pobre	Pobreza extrema	
Cobertura Seguro de Salud	Público	39,5%	28,4%	25,4%	35,1%
	Privado	1,7%	0,4%	0,3%	1,2%
	Otro	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
	Ninguno	58,8%	71,1%	74,2%	63,6%
Total		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

\$Atencion_Salud*Pobreza_rang tabulación cruzada

			Pobreza extrema o indigencia por ingreso			Total
			No pobre	Pobre	Pobreza extrema	
Atencion_Salud ^a	Se atendió en: A. Cajas de salud (CNS, COSSMIL u otras)	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	3922 86,2%	470 10,3%	159 3,5%	4551
	Se atendió en: B. Establecimientos de salud públicos	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	6396 60,5%	2423 22,9%	1754 16,6%	10573
	Se atendió en: C. Establecimientos de salud privados	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	3544 78,1%	648 14,3%	347 7,6%	4539
	Se atendió en: D. Su domicilio, atendido por el Programa Mi Salud	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	293 45,9%	147 23,0%	199 31,1%	639
	Se atendió en: E. Su domicilio	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	1465 58,6%	560 22,4%	473 18,9%	2498
	Se atendió en: F. Médico tradicional	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	937 62,6%	298 19,9%	262 17,5%	1497
	Se atendió en: G. La farmacia sin receta médica (automedicación)	Recuento % dentro de \$Atencion_Salud	12741 70,5%	3333 18,4%	1998 11,1%	18072
Total	Recuento	18096	5101	3547	26744	

Los porcentajes y los totales se basan en los encuestados.

a. Grupo de dicotomía tabulado en el valor 1.

ANEXO N° 6: MODELO ECONOMÉTRICO

MODELO PROBIT

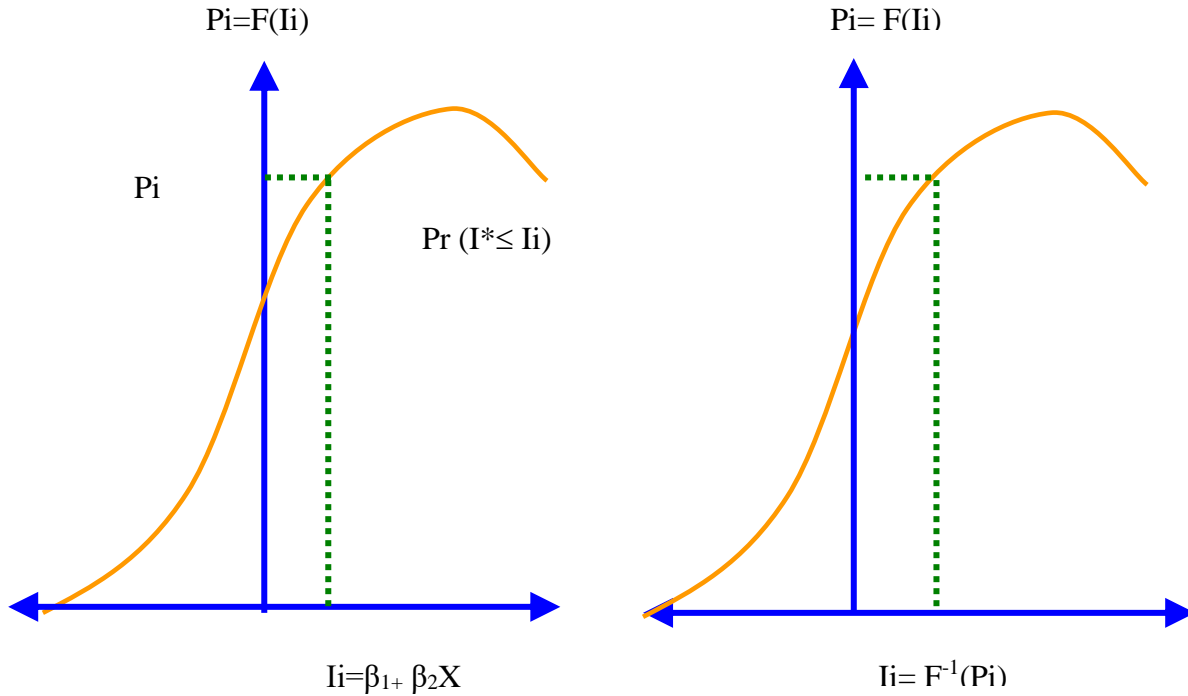
Para explicar el comportamiento de una variable dependiente dicótoma, es preciso utilizar una Función de Densidad Acumulada (FDA) seleccionada apropiadamente. En la mayoría de las aplicaciones la Función de Densidad Acumulada normal se ha encontrado útil. El modelo de estimación que surge de una FUNCIÓN DE DENSIDAD ACUMULADA (FDA) normal, es comúnmente conocido como el modelo probit, aunque algunas veces también es conocido como el modelo Normit. Para desarrollar el modelo probit, asuma que la posibilidad de un individuo de ser incluido dentro del sistema educativo depende de un índice no observable I_i ; que está determinado por varias variables explicativas, de tal manera que entre mayor sea el valor del índice I_i , mayor será la probabilidad de que el individuo sea excluido del servicio de educación. Se expresa el índice I_i como:

$$I_i = \beta_1 + \beta_2 * X_i$$

Donde X es el vector de las variables explicativas de que influyen en la probabilidad de ser excluidos del servicio de educación.

¿Cómo se relaciona el I_i ; (no observable) con la cualidad específica de ser excluido del sistema educativo? Sea $Y = 1$ si individuo cumple con las condiciones que lo categorizan como excluido y $Y = 0$ si no. Ahora bien, es razonable suponer que para cada individuo hay un nivel crítico o umbral del índice, que se puede denominar I^* tal que si I_i ; excede a I^* , la persona se considera excluida, de lo contrario no. El umbral I^* , al igual que I_i ;, no es observable, pero si se supone que está distribuido normalmente con la misma media y varianza, es posible, no solamente estimar los parámetros del índice sino también obtener alguna información sobre el índice no observable mismo. Este cálculo se muestra de la siguiente manera.

FUNCIÓN DE DENSIDAD ACUMULADA MODELO PROBIT



Dado el supuesto de normalidad, la probabilidad de que I^* , sea menor o igual que I_i ; puede ser calculada a partir de la FDA normal estandarizada como:

$$P_i = \Pr(Y = 1) = \Pr(I^* \leq I_i) = F(I_i) = \frac{1}{\sqrt{2\pi}} \int_{-\infty}^{\beta_1 + \beta_2 X} e^{-t^2/2} dt$$

Donde t es una variable normal estandarizada, es decir $t \sim N(0,1)$

Puesto que P_i representa la probabilidad de que ocurra un evento, en este caso la probabilidad de ser excluido del sistema educativo, esta se mide por el área de la curva normal estándar de $-\infty$ a I_i , como se muestra en la figura

ANEXO N° 7: REGRESION PROBIT

Regresiones

note: educa3 omitted because of collinearity
 Iteration 0: log likelihood = -25057.201
 Iteration 1: log likelihood = -22877.356
 Iteration 2: log likelihood = -22872.851
 Iteration 3: log likelihood = -22872.851

Probit regression Number of obs = 38201
LR chi2(11) = 4368.70
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.0872
 Log likelihood = -22872.851

pexsl	Coef.	Std. Err.	z	P> z	[95% Conf. Interval]	
ling	.0463421	.0069686	-6.65	0.000	-.0600003	-.032684
edad	.0379445	.0017757	21.37	0.000	.0344642	.0414249
edad2	-.0006213	.0000219	-28.36	0.000	-.0006643	-.0005784
gen	.0883785	.0140095	6.31	0.000	.0609203	.1158367
urbrur	.0693705	.0183773	3.77	0.000	.0333516	.1053894
etnia	.225461	.018122	12.44	0.000	.1899425	.2609795
educa1	.3038588	.0303473	10.01	0.000	.2443792	.3633385
educa2	.5856887	.0187463	31.24	0.000	.5489467	.6224307
educa3	0 (omitted)					
pea	.4113129	.05526	7.44	0.000	.3030052	.5196205
pobreza	.279231	.0180988	15.43	0.000	.2437579	.3147041
pocul	-.2951711	.0546168	-5.40	0.000	-.4022181	-.1881242
_cons	.2901245	.070004	-4.14	0.000	-.4273298	-.1529191

.dprobit pexsl ling edad edad2 gen urbrur etnia educa1 educa2 educa3 pea pobreza pocul

note: educa1 dropped because of collinearity
 Iteration 0: log likelihood = -25057.201
 Iteration 1: log likelihood = -22893.406
 Iteration 2: log likelihood = -22872.858
 Iteration 3: log likelihood = -22872.851

Probit regression, reporting marginal effects Number of obs = 38201
LR chi2(11) = 4368.70
Prob > chi2 = 0.0000
Pseudo R2 = 0.0872
 Log likelihood = -22872.851

pexsl	dF/dx	Std. Err.	z	P> z	x-bar	[95% C.I.]	
ling	-.0172345	.0025913	-6.65	0.000	8.10732	-.022313	-.012156
edad	.0141115	.0006609	21.37	0.000	29.0464	.012816	.015407
edad2	-.0002311	8.16e-06	-28.36	0.000	1277.58	-.000247	-.000215
gen*	.0328513	.0052032	6.31	0.000	.493312	.022653	.043049
urbrur*	.0259827	.0069294	3.77	0.000	.787833	.012401	.039564
etnia*	.0818406	.0063935	12.44	0.000	.252009	.069309	.094372
educa2*	.1057042	.0088062	12.06	0.000	.61268	.088444	.122964
educa3*	-.1161066	.0118183	-10.01	0.000	.192796	-.13927	-.092943
pea*	.1515425	.020042	7.44	0.000	.478495	.112261	.190824
pobreza*	.1018706	.0064494	15.43	0.000	.350462	.08923	.114511
pocul*	-.1099162	.0202952	-5.40	0.000	.459124	-.149694	-.070138
obs. P	.6355593						
pred. P	.646056 (at x-bar)						

(*) dF/dx is for discrete change of dummy variable from 0 to 1.

ANEXO N° 8: RESUMEN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD SUS

El sistema de salud es el conjunto de personas naturales y jurídicas que prestan servicios de salud, sus mecanismos de coordinación y concertación, con la participación de la comunidad y el concurso de todos los sectores de la sociedad. Es conducido y regulado por el nivel central del Estado, a través del Ministerio de Salud, que busca garantizar la equidad, el acceso universal y la calidad de los servicios a través de un conjunto de recursos y unidades cuyos medios y actuaciones están orientados hacia la satisfacción de las necesidades de salud de todos los ciudadanos. La Constitución Política del Estado establece que el Sistema de Salud en Bolivia es el Sistema Único de Salud

El Sistema Único de Salud se constituye en un medio para el logro del ejercicio del derecho a la salud ya que de acuerdo a lo establecido en la Constitución Política del Estado el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Los principios que rigen al Sistema Único de Salud son:

Solidaridad: Los sub sectores de salud actuarán conjuntamente entre ellos en la satisfacción de las necesidades colectivas de salud de Bolivia, mediante la coordinación y cooperación permanente entre ellos y utilizarán mecanismos redistributivos para garantizar un aprovechamiento equitativo de los recursos.

Eficiencia: La respuesta de los servicios de salud ante los requerimientos de la persona, familia y comunidades, es oportuna, segura y de calidad de acuerdo con su capacidad resolutive, logrando la máxima satisfacción de los usuarios, así los recursos son utilizados eficientemente.

Corresponsabilidad: La responsabilidad en salud es de todos, los servidores de salud o personal de salud, la población, las autoridades, sin embargo, cada uno tiene funciones y atribuciones definidas las cuales deben ser cumplidas.

Ministerio de Salud (2016), Plan Sectorial de Desarrollo Integral para Vivir bien 2016-2020. Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes. La Paz-Bolivia. disponible en www.planificacio.gob.bo , www.minsalud.gob.bo

SERVICIOS DE SALUD DE CALIDAD

La calidad de los servicios de salud responsabiliza y compromete a las instituciones, establecimientos y servicios de salud de los cuatro niveles de atención para la adecuada aplicación de su capacidad resolutive, conocimientos y tecnologías disponibles, a fin de garantizar el buen trato y la resolución efectiva de las necesidades y expectativas en salud de la persona, familia y comunidad. Los servicios de salud son el conjunto de atenciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades y reinserción social, respaldado por normas y protocolos oficiales nacionales o en su ausencia internacional. Requieren una organización estructural y funcional específicas,

que hasta el momento han costado implementar; unas son las Redes funcionales de salud y las otras son la atención integral y el continuo de la atención en el ciclo de vida.

LEY N° 1152 LEY DE 20 DE FEBRERO DE 2019

EVO MORALES AYMA PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA Por cuanto, la Asamblea Legislativa Plurinacional, ha sancionado la siguiente Ley:

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA PLURINACIONAL, DECRETA: LEY MODIFICATORIA A LA LEY N° 475 DE 30 DE DICIEMBRE DE 2013, DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA, MODIFICADA POR LEY N° 1069 DE 28 DE MAYO DE 2018 “HACIA EL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO”

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

ARTÍCULO 2. (MODIFICACIONES). I. Se modifica el numeral 2 del Artículo 1 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto: “2. Establecer las bases de la atención gratuita, integral y universal en los establecimientos de salud públicos a la población beneficiada.” II. Se modifica el Artículo 2 de la Ley N.º 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto: “**ARTÍCULO 2. (PRINCIPIOS).** La presente Ley se rige por los siguientes principios: 1. Eficacia. Dar una respuesta efectiva a los problemas de salud o situaciones que inciden sobre el bienestar de una población y sus individuos e implica la satisfacción de los pacientes, la familia y la comunidad con estos servicios. 2. Equidad. Es el esfuerzo colectivo, social e institucional, para eliminar las desigualdades injustas y evitables en salud, según la diversidad de capacidades y necesidades. 3. Gratuidad. La atención en salud es otorgada sin ningún pago directo de los usuarios en el lugar y momento de la atención. 4. Integralidad. Es la atención de la salud como un conjunto articulado y continuo de acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación. 5. Interculturalidad. Es el desarrollo de procesos de articulación y complementariedad entre diferentes medicinas: biomédica, indígena originaria campesina y otras, a partir del diálogo, aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas, con el fin de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud. 6. Intraculturalidad. Es la recuperación, fortalecimiento y revitalización de la identidad cultural de las naciones y pueblos indígena originario campesinos y afro bolivianos con respecto a la salud. 7. Intersectorialidad. Es la intervención coordinada entre los sectores del Estado y con la población organizada, con el fin de actuar sobre las determinantes económicas y sociales que afectan o inciden en la salud, con base en alianzas estratégicas y programáticas. 8. Oportunidad. Los servicios de salud se brindan en el momento y circunstancias que la persona, familia y comunidad los necesiten, sin generar demoras ni postergaciones innecesarias que

podiesen ocasionar perjuicios, complicaciones o daños.9. Preeminencia de las Personas. Es la prioridad que se da al bienestar y a la dignidad de las personas y comunidades sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.10. Progresividad. Es la implementación gradual y progresiva de los servicios de salud que se prestan en el Sistema Único de Salud Universal y Gratuito.11. Solidaridad. Es la concepción de la comunidad boliviana arraigada y unida, como una sola familia, expresada permanentemente en la mutua cooperación y complementación entre las personas, géneros y generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades, para alcanzar el ejercicio universal del derecho a la salud y el Vivir Bien.12. Universalidad. Todos los titulares del derecho a la salud deben tener la misma oportunidad de mantener y recuperar su salud mediante el acceso equitativo a los servicios que el Estado Plurinacional de Bolivia pueda ofrecer, incluyendo el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, sin ninguna discriminación étnica, racial, social, económica, religiosa, política, de edad o género.13. Acceso Universal a Medicamentos y Tecnologías en Salud. Es prioridad del Estado asegurar la disponibilidad de medicamentos esenciales y tecnologías sanitarias adecuadas, eficaces, seguras y de calidad, prescritos, dispensados y utilizados correcta y racionalmente, contemplando la medicina tradicional ancestral boliviana.” III. Se modifica el Artículo 3 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 3. (DEFINICIONES). A efectos de la aplicación e interpretación de la presente Ley, se establecen las siguientes definiciones:1. Cuarto Nivel de Atención en Salud. Es la red de institutos de salud encargados de ofrecer la más alta tecnología disponible para resolver los problemas de salud que los niveles inferiores le refieren y generar nuevo conocimiento que alimente el desarrollo del sistema de atención sanitaria en su conjunto.2. Equipo Móvil de Salud. Es un equipo multidisciplinario de profesionales y técnicos de salud que realiza atención en lugares alejados o en aquellos que no son cubiertos por el personal de los establecimientos de salud.3. Fragmentación en Salud. Significa que los diferentes elementos del sistema de salud no se articulan ni coordinan entre sí, provocando superposiciones, vacíos e ineficiencia.4. Infraestructura Sanitaria. Se refiere a la infraestructura física de establecimientos de salud para la atención de la población.5. Longitudinalidad. Es la relación interpersonal de largo aliento que el médico o el equipo de salud establece con la persona, su familia y su comunidad, coordinando y resolviendo la atención de todos los problemas de salud a lo largo del ciclo de vida, promoviendo una vida sana y económicamente productiva.6. Modelo de Atención en Salud. Es la forma como se organiza el proceso de atención integral en salud de toda la población boliviana, para el ejercicio efectivo del derecho a la salud.7. Primer Nivel de Atención en Salud. Es el conjunto de establecimientos de salud cuya principal función es servir de punto de contacto inicial, permanente y privilegiado de personas, familias y comunidades con el sistema de salud y brindar el acceso más cercano posible a la atención sanitaria. Realiza, sobre todo, actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pero también ofrece servicios de atención médica general, enfermería y, de acuerdo al tipo de establecimiento, consulta especializada ambulatoria, odontología, internación y exámenes complementarios de baja complejidad, suficientes para resolver la mayoría de los problemas de salud más frecuentes.8. Segundo Nivel de Atención en Salud. Es la red de hospitales que ofrece servicios en, al menos, las especialidades básicas de: Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Cirugía General, Pediatría y Anestesiología, que dan atención a la mayoría de los casos que requieren

hospitalización o atención especializada que el primer nivel no puede ofrecer. También realiza actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pudiendo contar con otras especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico local.9. Segmentación en Salud. Significa que distintos grupos de población, de acuerdo a su condición social, económica y laboral, tienen acceso diferente a servicios de salud, de distintas calidades, con gestores y financiadores también diferentes, conduciendo a la inequidad.10. Tercer Nivel de Atención en Salud. Es la red de hospitales, generales o especializados, con alta capacidad resolutive y tecnológica cuyos servicios de salud que por su complejidad, no se pueden atender eficientemente en la red de establecimientos de primer y segundo nivel, y que requieren recursos humanos, estructurales o tecnológicos específicos.11. Productos en Salud. Es el conjunto de servicios individuales de salud (Prestaciones de Salud) que hacen parte de la atención sanitaria y que se relacionan entre sí alrededor del diagnóstico principal que caracteriza a cada caso. Se constituyen en instrumentos para la planificación, control y financiamiento de la atención en salud.12. Referencia. Es el proceso por el cual un paciente es derivado desde un establecimiento de salud a otro con mayor capacidad resolutive para que se le otorgue servicios necesarios de diagnóstico y/o tratamiento, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud.13. Contrarreferencia. Es el proceso por el cual un paciente es obligatoriamente derivado desde el establecimiento de mayor complejidad al establecimiento de salud de primer nivel de atención donde está adscrito en cuanto le fueron otorgados los servicios de diagnóstico y/o tratamiento que necesitaba, asegurando la continuidad de la atención en salud según normativa emitida por el Ministerio de Salud.” IV. Se modifica el Artículo 4 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 4. (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente Ley tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las Entidades Territoriales Autónomas y las entidades del Subsector Público de Salud.” V. Se modifica el nombre del Capítulo II y el Artículo 5 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo I del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto: “CAPÍTULO II BENEFICIARIAS Y BENEFICIARIOS, PRODUCTOS, PRESTACIONES Y ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD”

ARTÍCULO 5. (BENEFICIARIOS).I. Son beneficiarios de la atención integral en salud de carácter gratuito en el Subsector Público de Salud: a) Las bolivianas y los bolivianos que no están protegidos por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo. b) Las personas extranjeras que no están protegidas por el Subsector de la Seguridad Social de Corto Plazo, en el marco de instrumentos internacionales, bajo el principio de reciprocidad y en las mismas condiciones que las y los bolivianos, de acuerdo a la presente Ley) Las personas extranjeras que se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia no comprendidas en el inciso b) del presente artículo y que pertenezcan a los siguientes grupos poblacionales: 1. Mujeres embarazadas, desde el inicio de la gestación hasta los seis (6) meses posteriores al parto; 2. Mujeres respecto a atenciones de salud sexual y reproductiva; 3. Niñas y niños menores de cinco (5) años de edad; 4. Mujeres y hombres a partir de los sesenta (60) años de edad; 5. Personas con discapacidades que se encuentren calificadas de acuerdo a normativa vigente. II. Los servicios de salud ofertados por el nivel central del Estado y las entidades territoriales autónomas, se otorgarán de manera

coordinada y complementaria. ”VI. Se modifica el Artículo 6 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 6. (ATENCIÓN EN SALUD). La atención en salud universal y gratuita, se prestará con base en Productos en Salud de manera progresiva, en el marco de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural –SAFCI y protección financiera de salud, de acuerdo a Reglamento específico del Ministerio de Salud. ”VII. Se modifica el Artículo 7 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo II del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 7. (ACCESO DE LA POBLACIÓN A LA ATENCIÓN EN SALUD).I. El acceso de la población a la atención en salud, se realizará a través de las siguientes vías: a) Los pacientes deberán acceder obligatoriamente a través de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención del subsistema público y los equipos móviles, con preferencia mediante el establecimiento al que se encuentra adscrito; b) El acceso al Segundo Nivel de Atención será exclusivamente mediante referencia del Primer Nivel de Atención; c) El acceso al Tercer Nivel de Atención, será exclusivamente mediante referencia del Segundo o Primer Nivel de Atención) El acceso a los establecimientos de Cuarto Nivel de Atención, sólo se realizará por referencia de los establecimientos de Tercer Nivel de Atención; e) Los servicios públicos de salud se encuentran obligados a brindar atención preferente en la prestación de servicios y en los trámites administrativos a personas en situación de vulnerabilidad, incluyendo de forma enunciativa más no limitativa, a: mujeres, niñas, niños, adolescentes, adultos mayores, personas con discapacidad y miembros de Pueblos Indígena Originario Campesinos, comunidades interculturales y afro bolivianas; f) El Ministerio de Salud regulará el sistema de referencia y contrarreferencia con el propósito de garantizar la continuidad de la atención y que los servicios se otorguen en los establecimientos de salud más adecuados para cada caso.II. Se exceptúa de lo establecido en el Parágrafo precedente, los casos de emergencia que deben ser atendidos inmediatamente en cualquier nivel de atención en salud.

III. El Ministerio de Salud reglamentará todos los procesos para el acceso de la población a la atención universal y gratuita.” VIII. Se modifica el Artículo 9 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 9. (FONDOS DEL TESORO GENERAL DE LA NACIÓN). I. El Tesoro General de la Nación financiará los recursos humanos en salud del subsector público y el funcionamiento de los Programas Nacionales de Salud. II. El financiamiento de los Productos en Salud correspondientes al Tercer y Cuarto Nivel de Atención, serán cubiertos con recursos provenientes del Tesoro General de la Nación, conforme las políticas implementadas por el gobierno del Estado Plurinacional.” IX. Se modifica el Artículo 10 de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificado por el Parágrafo III del Artículo 2 de la Ley N° 1069 de 28 de mayo de 2018, con el siguiente texto: “**ARTÍCULO 10. (FONDOS DE LOS GOBIERNOS AUTÓNOMOS MUNICIPALES E INDÍGENA ORIGINARIOS CAMPESINOS).**I. Los

Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, financiarán la atención a su población en el Primer y Segundo Nivel de Atención con los recursos provenientes del quince punto cinco por ciento (15.5%) de la Coparticipación Tributaria Municipal o el equivalente del IDH. II. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, a fin de garantizar el acceso a la salud de su población en el primer y segundo nivel de atención, destinarán un porcentaje mayor a los quince puntos cinco por ciento (15.5%) señalado en el Parágrafo anterior u otros recursos adicionales, cuando el mismo sea insuficiente. III. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos deberán priorizar la provisión y reposición oportuna y continua de medicamentos, insumos y reactivos necesarios para garantizar la continuidad de la atención a las beneficiarias y los beneficiarios. IV. Cumplido lo establecido en el Parágrafo precedente y en caso de existir saldos anuales acumulados de recursos en la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”, serán reprogramados para las atenciones de salud de la siguiente gestión o podrán ser utilizados en el siguiente orden de prioridades, para el fortalecimiento de equipamiento e infraestructura en salud, programas especiales de salud o contratación de recursos humanos de los establecimientos de salud. V. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos administrarán estos recursos mediante una cuenta corriente fiscal específica, denominada “Cuenta de Salud Universal y Gratuita”. VI. El presupuesto para establecimientos de salud de Primer Nivel de Atención, se realizará

con base a criterios poblacionales, de accesibilidad y cobertura de servicios promocionales y preventivos y en la programación de servicios curativos, según reglamentación específica emanada por el Ministerio de Salud. VII. El presupuesto para establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, se realizará con base en la programación de servicios curativos enmarcados en los Productos en Salud definidos por el Ministerio de Salud. VIII. Se establecen los cobros y pagos intermunicipales en salud con fondos de la “Cuenta de Salud Universal y Gratuita” para garantizar el financiamiento de la atención en salud de la población adscrita. IX. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, tienen la obligación de realizar el pago por los Productos en Salud otorgados a su población beneficiaria en establecimientos de salud de otros Municipios, en un plazo de veinte (20) días hábiles administrativos a partir de la solicitud de reembolso realizada por los Gobiernos Autónomos Municipales o Indígena Originario Campesinos. X. En caso de incumplimiento de lo establecido en los Parágrafos VIII y IX del presente Artículo, se autoriza al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, efectuar el Débito Automático u Orden de Pago; a este fin, el Ministerio de Salud emitirá un informe técnico y legal de manera previa al débito. La ejecución del Débito Automático u Orden de Pago a las cuentas de salud universal y gratuita, podrá efectivizarse cuando la obligación tenga como objeto la realización de pagos intermunicipales en salud. XI. El plazo máximo de presentación de solicitudes de pago de deudas intermunicipales de una gestión fiscal, será hasta el treinta y uno (31) de enero de la siguiente gestión; de no hacerlo, la entidad acreedora deberá asumir las obligaciones financieras con sus recursos. XII. El nivel central del Estado pagará a los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos por Productos en Salud de Tercer Nivel de Atención brindados por establecimientos de salud de Segundo Nivel de Atención, sujeto a Reglamentación específica del Ministerio de Salud. XIII. Los Gobiernos Autónomos Municipales e Indígena Originario Campesinos, pagarán por los productos en salud otorgados en el Tercer Nivel de Atención, cuando se trate de casos cuya referencia no esté justificada, de acuerdo a Reglamentación específica del Ministerio de Salud.” X. Se modifica el Artículo 14 de la Ley N° 475 de 30 de

diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto:

ARTÍCULO 14. (FINANCIAMIENTO DE PRESTACIONES EXTRAORDINARIAS DE SALUD). Las Entidades Territoriales Autónomas, en el marco de sus competencias y responsabilidades en salud, podrán asignar recursos adicionales provenientes de impuestos, regalías o de sus propios recursos, para el financiamiento de prestaciones extraordinarias o programas especiales de promoción, prevención y diagnóstico temprano de enfermedades de alta incidencia, prevalencia y/o alta carga, en el ámbito de su jurisdicción, para las poblaciones más vulnerables, de acuerdo a normativa vigente, que no estén establecidas en el marco de la presente Ley, previa coordinación con el Ministerio de Salud. ”XI. Se incorpora el Capítulo VI en la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, con el siguiente texto: “CAPÍTULO VI SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN.

ARTÍCULO 18. (SISTEMA ÚNICO DE INFORMACIÓN EN SALUD). I. El Sistema Único de Información en Salud –SUIS, centralizará e integrará la información de todas las instituciones del Sector Salud en todos sus niveles de atención y gestión, y será administrado por el Ministerio de Salud. II. Todas las entidades del Sistema Nacional de Salud están obligadas a proporcionar información en formato digital, y de manera oportuna al SUIS, conforme a Reglamentación.

ARTÍCULO 19. (LINEAMIENTOS). I. El SUIS se desarrollará bajo los lineamientos de digitalización, interoperabilidad, gestión, administración y uso de tecnologías de información y comunicación, así como de simplificación y control de procesos y procedimientos de la Política Nacional de Gobierno Electrónico. II. La estructura y funciones del SUIS serán establecidas de acuerdo a Reglamentación específica. III. El Ministerio de Salud es responsable de coordinar el desarrollo e implementación del SUIS y elaborar su Reglamentación.

ARTÍCULO 20. (COMPONENTES DEL SUIS). I. El SUIS permite, por medios digitales: a) La gestión integral de la salud en cuanto a registro de todos los componentes necesarios para la prestación de salud y la administración y asignación de recursos financieros; b) La gestión o integración de la información de los servicios clínicos y la gestión administrativa-financiera de los establecimientos de salud ;c) La gestión del expediente clínico digital y carpeta familiar; d) La gestión y análisis de información de salud; e) Otros que sean establecidos por reglamentación específica. II. El Ministerio de Salud emitirá los catálogos de datos para la integración de información de salud. III. La Agencia de Gobierno Electrónico y Tecnologías de Información y Comunicación –AGETIC, brindará asesoramiento y apoyo técnico para el desarrollo e implementación del SUIS.”

DISPOSICIONES ADICIONALES

PRIMERA. El Ministerio de Salud realizará el seguimiento de la ejecución física y financiera de los recursos destinados para la implementación de la presente Ley, mismos que se financiarán al interior de su presupuesto institucional.

SEGUNDA. Para el cumplimiento del Artículo 133, inciso q), de la Ley General de Aduanas, aprobado mediante Ley N° 1990 de 28 de julio de 1999, la Aduana Nacional y el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas priorizarán los procedimientos legales y administrativos para efectivizar la regularización de la importación de medicamentos, insumos y equipos médicos necesarios para la atención en salud. Todas las observaciones efectuadas por la Aduana Nacional deben ser realizadas en conjunto y por única vez, en consideración de los plazos de regularización establecidos legalmente y en resguardo del derecho a la salud de la población.

DISPOSICIONES TRANSITORIAS Arriba

PRIMERA. El Ministerio de Salud, de manera excepcional, podrá adquirir productos en salud específicos del Subsector Privado, hasta lograr el fortalecimiento del Subsector Público de Salud, conforme a Reglamentación específica.

SEGUNDA.I. Se autoriza de manera excepcional al Ministerio de Salud y a las Entidades Territoriales Autónomas, durante las gestiones 2019, 2020 y 2021, a suscribir contratos adicionales con profesionales especializados en salud, que prestan servicios en establecimientos de salud del Subsector Público. La lista de especialidades médicas, será emitida mediante norma expresa del Ministerio de Salud. II. Los contratos adicionales a ser suscritos, deberán considerar la prestación de servicios por medio tiempo, no pudiendo concurrir dos tiempos completos, y las normas básicas de contratación de bienes y servicios. III. Los servicios profesionales previstos en la presente Disposición, no serán considerados como una actividad que genere doble percepción, ni son incompatibles con ninguna actividad pública o privada, independientemente de la carga horaria de trabajo.

DISPOSICIONES FINALES

PRIMERA. El nivel central del Estado podrá otorgar recursos financieros para garantizar la universalidad y gratuidad de los servicios de salud para la población beneficiaria de la presente ley en establecimientos de salud de Tercer Nivel, Segundo Nivel y Primer Nivel, en sujeción a Reglamentación emitida por el Ministerio de Salud y a la suscripción de convenios Inter gubernativos entre el Ministerio de Salud y las Entidades Territoriales Autónomas correspondientes.

SEGUNDA. A efectos de implementación del SUIS, el Ministerio de Salud, las Entidades Territoriales Autónomas y otras instancias de salud vinculadas a la prestación de servicios alcanzadas por la presente Ley, deben garantizar el equipamiento y conectividad necesarios para el uso pleno del sistema en todos los establecimientos públicos de salud a nivel nacional, así como otras instancias usuarias de la plataforma.

TERCERA. Todas las entidades públicas y del Sistema Nacional de Salud que resguarden información necesaria para la implementación y uso del SUIS, deberán interoperar sus registros con éste a través de la Plataforma de Interoperabilidad del Estado, en el marco de la Política Nacional de Gobierno Electrónico.

DISPOSICIÓN DEROGATORIA ÚNICA. Se deroga el Artículo 12 y la Disposición Adicional Única de la Ley N° 475 de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia. Remítase al Órgano Ejecutivo para fines constitucionales. Es dada en la Sala de Sesiones de la Asamblea Legislativa Plurinacional, a los quince días del mes de febrero del año dos mil diecinueve.

**DECRETO SUPREMO N° 3813 EVO MORALES AYMA PRESIDENTE
CONSTITUCIONAL DEL ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA**

C O N S I D E R A N D O: Que los Parágrafos I, II y III del Artículo 18 de la Constitución Política del Estado, determinan que todas las personas tienen derecho a la salud; que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna; y que el sistema único de salud, será universal, gratuito, equitativo, intercultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.

El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno. Que el Parágrafo I del Artículo 35 del Texto Constitucional, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud. Que el Artículo 37 de la Constitución Política del Estado, dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades. Que el Parágrafo I del Artículo 3 de la Ley N° 492, de 25 de enero de 2014, de Acuerdos y Convenios Intergubernativos, modificado por la Ley N° 730, de 2 de septiembre de 2015, señala que los acuerdos o convenios intergubernativos son aquellos suscritos entre gobiernos autónomos y éstos con el nivel central del Estado, destinados al ejercicio coordinado de sus competencias y la implementación conjunta de planes, programas o proyectos concurrentes en el marco de las competencias, exclusivas, concurrentes y compartidas. Que la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, tiene por objeto modificar la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069, de 28 de mayo de 2018, para ampliar la población beneficiaria que no se encuentra cubierta por la Seguridad Social de Corto Plazo, con atención gratuita de salud, en avance hacia un Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito.

2 -Que para fortalecer el Sistema Único de Salud~ Universal y Gratuito es necesario que los procesos, procedimientos e instrumentos necesarios para su implementación sean reglamentados por disposición normativa correspondiente.

EN CONSEJO DE MINISTROS, DECRETA:

ARTÍCULO 1.-(OBJETO). El presente Decreto Supremo tiene por objeto reglamentar parcialmente la Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, modificatoria a la Ley N° 475, de 30 de diciembre de 2013, de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, modificada por Ley N° 1069, de 28 de mayo de 2018, "Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito".

ARTÍCULO 2.- (ÁMBITO DE APLICACIÓN). La presente disposición legal tiene como ámbito de aplicación el nivel central del Estado, las entidades territoriales autónomas y las entidades del Subsector Público de Salud.

ARTÍCULO 3.- (ATENCIÓN EN SALUD). Las atenciones en Salud Universal y Gratuita, con base en Productos en Salud, comenzará a prestarse de manera progresiva a partir del primer día del mes de marzo de 2019.

ARTÍCULO 4.- (PRODUCTOS EN SALUD DE TERCER NIVEL). En el marco del Parágrafo II del Artículo 9 de la Ley N° 475, modificado por el Parágrafo VIII del Artículo 2 de la Ley N°

1152, y la Disposición Final Primera de la Ley N° 1152, el Ministerio de Salud financiará los Productos en Salud correspondientes al Tercer Nivel de Atención que sean otorgados en Establecimientos de Salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención que se encuentren habilitados para este fin, por las instancias correspondientes.

ARTÍCULO 5.-**(FINANCIAMIENTO)**. I. Conforme la Ley N° 1152, el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas asignará recursos del Tesoro General de la Nación -TGN para financiar la Universalidad y Gratuidad de los Servicios de Salud correspondientes al Tercer Nivel de Atención, para lo cual el Ministerio de Salud deberá remitir su requerimiento en el marco del Reglamento de Modificaciones Presupuestarias, aprobado mediante Decreto Supremo N° 3607, de 27 de junio de 2018, previa suscripción de convenios intergubernativos con las entidades territoriales autónomas. De manera excepcional, en el caso de no suscribirse convenios intergubernativos con los Gobiernos Autónomos Departamentales y en el marco del Parágrafo II del Artículo 9 de la Ley N° 475, modificado por la Ley N° 1152, y la Disposición Transitoria Primera de la Ley N° 1152, se autoriza al Ministerio de Salud a efectuar el pago por los Productos en Salud de Tercer Nivel otorgados en: a) Los Establecimientos de Salud públicos de Primer y Segundo Nivel de Atención que se encuentren habilitados para este fin por las instancias correspondientes; b) Los Establecimientos de Salud privados, según reglamentación específica del Ministerio de Salud. III. Considerando los principios de eficiencia y corresponsabilidad del Sistema Único de Salud consignados en la Constitución Política del Estado, el Ministerio de Salud velará porque los precios de los Productos en Salud de Tercer Nivel otorgados por los Establecimientos de Salud privados sean razonables y guarden relación a los costos establecidos por el Ministerio de Salud.

ARTÍCULO 6.-**(ASIGNACIÓN DE RECURSOS)**. I. A requerimiento y previa justificación del Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, a través del TGN, asignará recursos para la atención en salud en base a la programación de objetivos y actividades. II. El Ministerio de Salud reglamentará los criterios técnicos de salud para priorizar la asignación de recursos a los Establecimientos de Salud, mediante Resolución Ministerial.

ARTÍCULO 7.-**(DEVOLUCIÓN, REVERSIÓN Y CONCILIACIÓN DE RECURSOS)**. I. Concluida la gestión fiscal, las entidades territoriales autónomas deberán devolver los saldos a la cuenta N° 3987 Cuenta Única del Tesoro, libreta N° 00099021001 "TGN RECURSOS ORDINARIOS" describiendo en la glosa el concepto de la devolución. II. Ante el incumplimiento de lo establecido en el Parágrafo precedente, el Viceministerio del Tesoro y Crédito Público realizará la reversión de los saldos de sus Cuentas Corrientes Fiscales a través de operaciones de débito, en base a la información a ser remitida por el Ministerio de Salud al Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, hasta el último día hábil del mes de enero. III. La ejecución de los recursos asignados se conciliará de forma semestral, entre el Ministerio de Salud y las entidades territoriales autónomas, de acuerdo a reglamentación específica de este Ministerio.

ARTÍCULO 8.- **(EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA ÚNICO DE SALUD, UNIVERSAL Y GRATUITO)**. I. El Ministerio de Salud al final del periodo fiscal realizará la evaluación de la implementación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito, de acuerdo a reglamentación específica del Ministerio de Salud. II. Para el cumplimiento del Parágrafo precedente, el Ministerio de Salud solicitará a las entidades territoriales autónomas toda la información requerida por este Ministerio. III. Anualmente, el Ministerio de Salud solicitará a las entidades territoriales autónomas un informe emitido por su unidad de auditoría interna respecto a los recursos asignados para la implementación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito

DISPOSICIONES TRANSITORIAS

DISPOSICIÓN TRANSITORIA ÚNICA. -A partir de la publicación del presente Decreto Supremo, las entidades territoriales autónomas podrán modificar su normativa interna referida a la atención universal y gratuita en salud establecida en la Ley N° 1152. 1-

-DISPOSICIONES FINALES DISPOSICIÓN FINAL ÚNICA. -Las entidades territoriales autónomas, deberán cubrir las obligaciones generadas hasta el día 28 de febrero de 2019, en el marco de la Ley N° 475 y la Ley N° 1069. Los señores ministros de Estado en los Despachos de Economía y Finanzas Públicas; y de Salud, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo. Es dado en la Casa Grande del Pueblo de la ciudad de La Paz, a los veintisiete días del mes de febrero del año dos mil diecinueve

INSTRUCTIVO

MS/DGSS/INSTRUCTIVO/01/2019

DIRECTORES TÉCNICOS DE SERVICIOS DEPARTAMENTALES DE SALUD-SEDES
PERSONAL DE ESTABLECIMIENTOS DE

Dr. Álvaro Terrazas Peláez

VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMO

Herland Tejerina Silva PhD

JEFE DE LA UNIDAD DE SEGUROS PÚBLICOS

Dr. Dante Ergueta Jiménez

PROFESIONAL TÉCNICO SEGUROS DE SALUD

En cumplimiento a la Ley No 1152 "Hacia el Sistema Único de Salud, Universal y Gratuita1', Ley modificatoria a la Ley N2 475 de Prestaciones de Servicios de Salud Integral, se instruye al personal de salud y administrativo de los establecimientos de salud públicos del Primer, Segundo y Tercer Nivel de Atención lo siguiente:

1. De acuerdo al Decreto Supremo No 3813 de fecha 27 de febrero de 2019, la atención gratuita de toda la población no asegurada a la Seguridad Social de Corto Plazo, en establecimientos de salud de Primer, Segundo y Tercer Nivel de atención se inicia el 12 de marzo de 2019.
2. El acceso al SISTEMA ÚNICO DE SALUD (SUS) en condiciones regulares, es obligatoriamente por el Primer Nivel de Atención y mediante referencia a Hospitales de Segundo y Tercer Nivel, de acuerdo a la normativa vigente de Referencia y Contrarreferencia.
3. Las Emergencias deben ser atendidas en cualquier nivel de atención de manera oportuna y prioritaria.
4. Bajo el principio de Preeminencia de las Personas señalado en la Ley 1152, el personal de salud y administrativo del establecimiento debe otorgar buen trato priorizando el bienestar y la dignidad de la persona enferma y sus allegados sobre cualquier otra consideración en la interpretación de las normas que desarrollen o afecten el derecho fundamental a la salud.
5. La atención integral a toda la población beneficiaria, incluida la comprendida entre los 5 y 59 años de edad, en establecimientos públicos de salud debe ser brindada en el marco de las normas, guías técnicas, el Manual de Aplicación de Prestaciones de la Ley No 475, la lista Nacional de Medicamentos Esenciales - LINAME y de los procedimientos señalados en instrumentos normativos vigentes.

6. Toda la atención debe ser registrada aplicando los instrumentos y herramientas que ya se aplican en el marco de la Ley No 475 que aún siguen vigentes. Éstos comprenden: El Expediente Clínico (incluyendo la epicrisis en casos de internación), los instrumentos de recolección de la Ley N° 475 y los instrumentos del SNIS - VE. Es imprescindible el registro del número de cédula de identidad en todos los instrumentos y herramientas informáticos.

7. Las herramientas informáticas disponibles en los establecimientos de salud públicos son: el Sistema SICE-SIAF, el Sistema SOAPS y el Sistema SALMI.

8. Los Productos en Salud, indicados por la Ley N° 1152, incluyen todos los servicios y las prestaciones que se brindaban en el marco de la Ley No 475 antes de su modificación.

9. La prescripción y dispensación de medicamentos e insumos a la población atendida en el marco de la Ley 1152, será realizada de manera similar a la efectuada en la Ley No 475 antes de su modificación.

10. La Adscripción de la población al establecimiento de salud de Primer Nivel de atención más cercano a su domicilio es un proceso continuo y permanente, por lo que los establecimientos de salud deben continuar con el mismo desde el 12 de marzo de 2019. El establecimiento debe adscribir al paciente, al momento de la atención, en caso de que ese proceso no se hubiese realizado previamente.

11. Los Servicios Departamentales de Salud quedan encargados del cumplimiento y la difusión del presente instructivo en todos los establecimientos de salud públicos e instancias de gestión pertinentes de su jurisdicción.

Adjuntos al presente instructivo se encuentran disponibles los siguientes documentos:

a. Ley N° 1152, de 20 de febrero de 2019, Modificatoria de la Ley N° 475

b. Guía Técnica para la Atención Integral del SUS.

c. Lista de Servicios de Salud para primer Nivel de Atención

d. Lista de Productos de Salud para el Segundo y Tercer Nivel.

Los mismos también pueden ser obtenidos en la página electrónica oficial del Ministerio de