

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS
CARRERA DE ECONOMÍA**



**COBERTURA DE LOS SEGUROS DE
SALUD Y SU RELACIÓN CON EL
INGRESO DE LAS PERSONAS EN BOLIVIA**

POSTULANTE: *WENDY LIZETH MONTIEL ESPEJO*
TUTOR: *LIC. TERESA PANIAGUA VALDA*
RELATOR: *M. Sc. MARLEN BRIEGER ROCABADO*

**LA PAZ – BOLIVIA
2013**

DEDICATORIA

Esta Tesis, la dedico a mi Mamá y a mi Papá Armando. Sin su ayuda, apoyo y sacrificio. No, hubiera podido llegar a esta fase tan importante de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Con el mayor de los afectos, agradezco a Dios, a la Vida, a mi Familia, mis Amigos, Conocidos, Discentes, Docentes y en General a todos, quienes han sido parte de mi vida.

Gracias, porque si ustedes no fuesen parte de mi Mundo, mi Vida no sería la misma.

De Corazón, Gracias.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO I	1
GENERALIDADES	1
1.1 ANTECEDENTES	1
1.2 PROBLEMÁTICA	5
1.3 OBJETIVOS	6
1.3.1 Objetivo General.....	6
1.3.2 Objetivos Específicos.....	7
1.4 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS	7
1.4.1 Operacionalización de variables.....	7
1.5 METODOLOGÍA	8
CAPÍTULO II	10
MARCO TEÓRICO	10
2.1 TEORÍA DEL CAPITAL HUMANO	10
2.1.1 Importancia de invertir en capital humano.....	14
2.1.2 La salud como componente del capital humano y su importancia en el crecimiento.....	15
2.1.3 Importancia de la Salud en la producción.....	16
2.1.4 La salud como inversión en capital humano.....	18
CAPÍTULO III	19
EL SECTOR SALUD EN BOLIVIA	19
3.1 EL SISTEMA DE SALUD DENTRO EL CONTEXTO LATINOAMERICANO	19
3.2 INDICADORES DEL ESTADO BOLIVIANO	22
3.2.1 Contexto Económico.....	23
3.2.2 Contexto Social.....	26
3.2.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico.....	26
3.3 INDICADORES DE SALUD Y POBREZA EN BOLIVIA	29
3.4 ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD	31
3.4.1 Subsector Público.....	31
3.4.1.1 Estructura Institucional del Sector Público.....	32
3.4.1.2 Seguridad Social – Cajas de Salud.....	33
3.4.2 Subsector Privado.....	34
3.5 SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA	34
3.6 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD	37
3.7 FINANCIAMIENTO Y GASTO	38
3.8 POLÍTICAS DE SALUD	42
3.8.1 Plan Nacional de Desarrollo.....	42
3.8.2 Otras Políticas de Salud Implementadas Anteriormente.....	47

3.9 BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD	50
3.9.1 Exclusión social de salud	51
3.10 EL INGRESO EN BOLIVIA.....	52
3.11 INDICADORES DE SALUD Y POBREZA EN BOLIVIA	56
3.12 LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA.....	59
<i>CAPITULO IV</i>	62
<i>MARCO PRÁCTICO.....</i>	62
4.1 ESPECIFICACIÓN DEL MODELO ECONOMÉTRICO.....	63
4.1.1 Definición de Variables.....	64
4.1.2 Fuentes de información.....	67
4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS	68
4.2.1 Afiliación a seguros de salud	68
4.3 ESPECIFICACIÓN DEL MODELO ECONOMÉTRICO PARA ESTIMAR LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO DE LA PERSONAS EN BOLIVIA.....	71
4.3.1 Estimación del Modelo Econométrico	72
VARIABLE DEPENDIENTE: LOG DEL INGRESO PERSONAL	73
4.4.3 Evaluación del modelo	75
4.5 EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO DE LAS PERSONAS EN BOLIVIA.....	76
<i>CAPITULO V</i>	78
<i>CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</i>	78
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	81
<i>ANEXOS.....</i>	85
<i>MECOVI.....</i>	86

RESUMEN ABSTRACT

La presente investigación titulada: COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO DE LAS PERSONAS EN BOLIVIA constituye un estudio de análisis de la cobertura de seguros de salud en base a un criterio como lo es el ingreso personal, en el cual se pueden observar las distintas medidas implementadas a través de una periodicidad de 10 años desde el 2001 al 2011, este periodo de tiempo constituido por diferentes elementos políticos y una evolución constante de los servicios en salud tal el caso de la salud como seguridad brindada por el estado en los servicios gratuitos del seguro materno infantil, el seguro de salud para el adulto mayor los cuales los que en su ejecución sustentan un principio de priorización en salud a los sectores más riesgosos.

Es en este contexto que se asume como objetivos los intencionados de describir y detallar el funcionamiento del sistema nacional de salud en base a las características de desarrollo económico a nivel nacional, toda vez que las condiciones de implementación de la encuesta a hogares MECOVI determinan indicadores por gestión que varían en el detalle de acceso reconocido por la misma población. Dando en conclusión de la presente investigación índices precisos del desarrollo de la cobertura de salud reconociendo la incidencia de variables tales como la escolaridad, la experiencia y el sexo como factores que posibilitan un acceso a la salud propiamente dicho.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES

1.1 ANTECEDENTES

La problemática de salud a nivel histórico surge desde de la mano de la aparición del ser humano. El contacto con el medio, los riesgos la necesidad de adaptación han hecho que el ser humano en su conjunto se confronte con niveles de mortandad muy alto. El logro más grande de los países, se constituye en la disminución de mortandad humana a nivel mundial según género o rol, madre, niño, adulto mayor. La problemática de la salud en el campo de la economía, cobra principal importancia en el contexto de la industrialización europea, en la que los trabajadores sometidos a ritmos y características labores de explotación frecuentemente se transformaban en una carga para la empresa ante el surgimiento de sindicatos y organizaciones en lucha por el reconocimiento de los derechos del trabajador.

En siglo XX la declaratoria de los derechos humanos y el reconocimiento de la salud como un principio de acceso generalizado repercute en la conformación de índices de coberturas y alcances en salud, pues la diversidad de las economías y la aparición de la salud como empresa privada ha condicionado los niveles de calidad. Más propiamente, la referente equiparación de salud con salario es más pertinente para este siglo XXI.

De acuerdo a la CEPAL (1994), el sector salud asume como objetivo avanzar en una perspectiva multisectorial, hacia el logro de una mayor equidad frente a los riesgos en salud y en el acceso a los servicios, lo que requiere una mayor eficiencia en la asignación de los recursos y una mayor eficacia de las intervenciones de salud, garantizando el acceso universal a los servicios de atención, así como los factores condicionantes que producen morbimortalidad e impulsando procesos de toma de conciencia de la importancia de la salud.

Mackay (1996), argumenta que los aumentos del nivel de salud de la población impactan positivamente la productividad y la formación de recursos humanos. La reducción de la morbilidad general y la universalización de los servicios básicos, por ejemplo, permiten reducir los días de trabajo y capacitación,

mantener un mejor rendimiento laboral e incrementar notoriamente el rendimiento educativo.

Según Quintanilla (1998), la situación actual de la salud en Bolivia, ha estado relacionado con la elevada magnitud de pobreza existente en el país, hecho que demuestra la falta de recursos necesarios para satisfacer las necesidades básicas, entre las cuales se encuentra la atención de la salud. En este sentido, el sector público, al igual que las ONGs e iglesias, realizan acciones tendentes a proporcionar servicios de atención médica dirigidos hacia la población que no posee recursos necesarios, con el propósito de mejorar los deficientes índices de salud.

De acuerdo con el Banco Mundial (1993), si bien es cierto que el bien final es el estado de la salud de las personas, existe una gran variedad de servicios de atención médica para los distintos tipos de enfermedades. Sin embargo, estos pueden ser provistos por el sector público o privado. Existen razones de índole económica que justifican la intervención de los gobiernos en la esfera de la salud.

Son muchos los esfuerzos dirigidos a lograr superar los problemas que enfrenta el sector de la salud. Sin embargo, es necesario discriminar la población que se beneficia con estos esfuerzos, apuntando todos al bienestar que puede verse reflejado en la situación de los ingresos de las personas.

De acuerdo con el Banco Mundial (1993), se comprueba que las políticas que tienen como finalidad asegurar servicios de salud eficaces y asequibles para todos, cuando todas esas políticas se combinan, crean un “círculo virtuoso” en el que la reducción de la pobreza y el mejoramiento de la salud se refuerzan recíprocamente.

El BID (1994), destaca que la salud pública debe cumplir con algunos requisitos básicos para satisfacer las características: universalidad, accesibilidad plena, solidaridad, calidad, equidad, eficacia y eficiencia. Para hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud se debe buscar una utilización óptima de recursos y acceso para todos a una cobertura universal de salud con una alta calidad, oportunidad, racionalidad y continuidad.

El Boletín sobre economía de la salud (1997), establece que la salud es un bien que presenta ciertas características especiales. La ausencia de ella puede

afectar la capacidad de disfrutar otros bienes, como adquirirlos. Por lo tanto, ante un mal estado de salud en general los consumidores estarán dispuestos a realizar los gastos necesarios para su recuperación. Por otra parte, el estado de la salud de los individuos puede presentar variaciones inesperadas y poco controlables, por lo que dichos gastos no siempre son predecibles. La unión de estas dos características lleva a que las personas enfrenten un riesgo financiero importante por causa de su salud.

Como concluye Berhman (1993), la salud es un componente importante del capital humano debido a que las inversiones en salud tienen efectos directos en la productividad por unidad de tiempo y por lo tanto en el crecimiento económico. Para un capital y dotación de tierra dados, los individuos sanos tendrán mayor productividad, ya que trabajarán más fuerte, intensiva y eficientemente.

Por otro lado, como plantea la CEPAL (2005), la salud de una población depende no solo de los sistemas de salud, sino también de otros múltiples factores que pueden clasificarse como macro determinantes y condicionantes. Los primeros incluyen los recursos que dispone la sociedad, incluidos los naturales; el nivel de desarrollo general que ha alcanzado, expresado por ejemplo en el PIB; la magnitud y la estructura de la población; etc. Los factores condicionantes son las condiciones de vida de los distintos grupos que integran la población y las respuestas sociales a estas.

Para el 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud, así como el completo bienestar FÍSICO, MENTAL y SOCIAL del individuo y no solamente la ausencia de enfermedad.

Como plantea Cárdenas (1994), es importante iniciar la discusión de la relevancia de un sistema de salud capaz de responder a las cada vez más crecientes demandas sociales, como una forma de mejorar la calidad de la fuerza de trabajo, que se constituye en un importante dinamizador del crecimiento.

El Informe publicado por el Banco Mundial (1993), se centra en la problemática de invertir en salud y en las medidas que se podrían tomar para el logro de los objetivos fijados para este sector.

Como señala la CEPAL / OPS (1994), la importancia de la salud en la producción no solo involucra políticas sociales que buscan satisfacer las necesidades básicas de la población, sino también permite ver su efecto en la producción, 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 y se destacan las políticas sociales por su impacto en la eficiencia productiva.

La ausencia a fuentes de trabajo por razones de enfermedad o problemas de salud reducirá el nivel de producción del individuo afectando así sus propios ingresos, los ingresos de su empresa y a la economía en su conjunto. El efecto de un solo individuo, puede ser imperceptible, pero se debe tener en cuenta que el efecto de un conjunto de individuos que no asisten a fuentes de trabajo por este factor, sí tiene un efecto significativo en el total de la producción.

Según Mackay (1996), las personas que cuentan con ingresos bajos y aquellas que no pertenecen a la población económicamente activa, tendrán que ser los más beneficiados en cuanto a la aplicación de políticas gubernamentales en salud y donde también se requiere de atención capaz para resolver los problemas, donde se concentra la mayor parte de la población nacional con bajos ingresos y condiciones de salud deficientes. Por lo que un buen estado de salud de la población, contribuye a romper el círculo de la pobreza, toda vez que se incrementa el ingreso de las personas como consecuencia de una mejor condición en salud.

Según la OMS (mayo, 2008) en la conferencia por la salud mundial, asume como definición de salud no solo a la carencia de enfermedades, sino que incorpora a sus indicadores el bienestar FÍSICO, MENTAL y SOCIAL del individuo. Entendiendo que el bienestar físico es la dimensión general asumida hasta entonces donde la salud es representada por el equilibrio de funcionamiento de la respiración, digestión, actividad cardiaca entre otros como un bienestar en los órganos vitales.

La incorporación de las dimensiones de salud mental referidas a la parte psicológica de expresión y estado emocional y la salud social en reconocimiento de las necesidades psicobiológicas, repercuten en la necesidad de estabilidad integral de las personas.

Al respecto se puede asumir que las corrientes económicas mundiales dan un resguardo a la seguridad y salud del trabajador asalariado desde la misma normativa de trabajo, la que en su evolución ha permitido además la incorporación de la familia de primer nivel u orden como ser esposa e hijos en los mismo beneficios sociales adquiridos por el trabajador, permitiendo que este tenga más identificación por el sector económico del que forma parte.

1.2. PROBLEMÁTICA

La salud en Bolivia ha evolucionado de manera favorable en los últimos 10 años, no es menos cierto que los resultados alcanzados son insuficientes, sobre todo si se tiene en cuenta la magnitud de los esfuerzos realizados. Desde la creación del Sistema Nacional de Salud en 1938, se ha partido con las dificultades pertinentes de un sistema joven de acceso a ciertos sectores de la población. Probablemente, las causas de esta situación se encuentran en la lucha frontal contra las enfermedades que han consumido tiempo y recursos, sin dejar suficiente tiempo y espacio para enfocarse en la planificación de largo plazo.

La sociedad boliviana no es la suma ni el promedio de lo observado en los individuos que la componen, en ciertos espacios sociales y territoriales del país se ha concentrado el deterioro de la salud. En el siglo XXI miles de hombres y mujeres permanecen aún excluidos de los bienes y servicios sociales generales, sin derecho a la asistencia sanitaria y menos a la salud, discriminados por razones de género, pertenencia cultural, residencia y/o de condición social.

Se ha demostrado que la salud es un componente fundamental del capital humano, sin embargo, no se tiene una idea clara sobre: ¿cuál es su impacto en el ingreso de los individuos? ¿Cuáles son los factores determinantes que inciden en la decisión de asistir a los servicios de salud? ¿Qué relación existe entre este factor y los otros componentes de la inversión en capital humano, tales como educación, etc.? En el nuevo enfoque de desarrollo humano, que revitaliza la necesidad de mejorar la capacidad productiva de los pueblos sobre la base de inversiones en educación, salud y capacitación, considera a la inversión en capital humano como factor importante de producción y desarrollo.

No obstante, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2001), los índices de pobreza en Bolivia se han incrementado. De acuerdo al índice de necesidades básicas insatisfechas, se considera que el 58.6% de la población es pobre, pero existen grandes diferencias entre área urbana y rural, ya que en la primera la pobreza afecta al 39%, en tanto que en el área rural el número de habitantes pobres se eleva hasta el 90.8%.

La exclusión en salud, impacta de manera importante sobre la calidad de vida y la capacidad productiva de las personas y puede tener serias consecuencias sobre el desarrollo económico del país. Como parte del fenómeno de exclusión social sus efectos sobre la cohesión social pueden afectar de manera negativa la estabilidad política y social.

Según la Fundación Milenio (2012), la pobreza en Bolivia bajo 20 puntos en 15 años pues, de un 41,2% a un 20,9% se determinó en base a la producción del país y mejoramiento en el sector minero y carburífero del país. Según datos del Ministerio de Economía, en 2005 vivían en la extrema pobreza 38 de cada cien bolivianos, margen que hasta 2011 se redujo en 14 puntos porcentuales, al registrar un promedio de 24.

Por lo expuesto anteriormente surge la interrogante:

¿Cuál la implicancia de los seguros de salud de las personas en Bolivia y su cobertura en base a sus ingresos?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

En función a los antecedentes presentados y la problemática expuesta, el objetivo general de la presente investigación es:

Analizar la cobertura de los seguros de salud de las personas en Bolivia en relación con el ingreso individual generado.

1.3.2 Objetivos Específicos

Los objetivos específicos son:

- Exponer teorías sobre el capital humano y el surgimiento de las necesidades en salud.
- Efectuar un estudio descriptivo del sistema de salud en Bolivia.
- Construir un modelo econométrico que permita valorar la cobertura de los seguros de salud de las personas en Bolivia

1.4 PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS

De acuerdo con los antecedentes especificados y la problemática de investigación identificada, la hipótesis general es la siguiente:

La cobertura de los seguros en salud de las personas en Bolivia tiene una implicancia directa con los ingresos individuales generados además de los niveles de formación, niveles de experiencia y género.

1.4.1 Operacionalización de variables

Las variables del estudio son definidas bajo los siguientes parámetros:

a) Logaritmo natural del Ingreso personal: El nivel de ingresos es el principal indicador del bienestar de los individuos. Esta variable tiene relación directa con la demanda de servicios de atención en salud, nivel de educación, edad, sexo.

b) Salud: El nivel de salud alcanzado por la población es la principal variable bajo análisis en el estudio, de modo que su determinación presenta ciertas características particulares. La literatura económica reconoce a la salud como una variable no observable, que puede ser sólo aproximada por indicadores siempre imperfectos. Como una Proxy para cuantificar el nivel de salud alcanzado por el individuo, esta variable se construyó en función a la pregunta de Afiliación a un seguro de salud:

público, privado, ninguno y otros (MECOVI, 2001-2009 y 2011). Para la obtención de esta variable se realizó una recodificación de la pregunta de modo que se ajuste a la investigación. Se espera que el parámetro estimado de esta variable tenga signo positivo.

c) Escolaridad: Existe una relación muy estrecha entre la educación y el ingreso, debido a que la educación eleva la productividad del trabajo y por lo tanto el ingreso.

d) Experiencia: En lo referente a la variable continua experiencia, se espera que esta sea positiva, lo que indicaría que esta aumenta con los años, alcanza un cierto pico y luego disminuye.

e) Experiencia elevada al cuadrado: Se incorpora la variable experiencia al cuadrado para capturar el efecto de los rendimientos decrecientes del entrenamiento específico (relación parabólica entre el ingreso y la edad) por la justificación anterior deberíamos esperar que tenga signo negativo.

f) Sexo: Respecto al género, éste representa una de las principales variables determinantes del ingreso laboral (salario). Según la teoría económica existe un sesgo de discriminación hacia el sector.

1.5 METODOLOGÍA

La presente investigación adoptó la siguiente metodología para lograr alcanzar el objetivo general:

Se realizó un estudio de tipo exploratorio, descriptivo y explicativo:

Exploratorio, porque toma como base principal los conocimientos teóricos de la teoría del capital humano, constituyéndose como punto de partida de la investigación.

Descriptivo, porque presenta un enfoque general del sistema de salud en Bolivia, índices de desarrollo y pobreza e ingresos mediante sus indicadores principales del INE y su base de datos MECOVI 2001 – 2009 y 2011.

Explicativo, porque establece un modelo de relaciones identificando las variables independientes o causales del problema del estudio en cuestión, con la variable dependiente, el ingreso de las personas.

Los métodos de análisis de investigación a utilizar son: Observacional, a objeto de percibir la actual realidad de la situación de la salud en nuestro país. Inductiva, a objeto de utilizar los instrumentos de la teoría económica para la identificación de las variables tanto endógenas como exógenas presentes en la investigación. Deductiva, mediante este análisis utilizaremos a situaciones particulares para elaborar un modelo general cuyo objetivo final será determinar el impacto de los seguros de salud en el ingreso de las personas.

Las bases de datos utilizadas para este estudio provienen de la Encuesta Continua a Hogares (ECH) correspondiente al programa de Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) de los años 2001 al 2009 y 2011. Se utilizó como área de influencia de la investigación el área geográfica completa abarcada por la base de datos. Se complementó el análisis descriptivo utilizando datos elaborados en el ámbito nacional: Estadísticos socioeconómicos del Instituto Nacional de Estadística (I.N.E.) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 TEORÍA DEL CAPITAL HUMANO

La teoría del capital humano fue desarrollada a mediados del siglo XX, demanda por salud y la asistencia médica. De acuerdo con esta teoría, los individuos invierten en sí mismos a través de la educación, mejorando e incrementado sus ganancias en salud; de esta manera el consumidor se convierte a su vez en un productor de salud. Se inscribe en la perspectiva del análisis microeconómico. Por lo tanto, parte del supuesto que los sujetos son entidades individuales con capacidad de decidir racionalmente en el mercado además que, tanto la cantidad de empleo como el salario, son aspectos que se resuelven en el mercado; es decir, el mercado es el que asigna los recursos a quienes participan en él.

Para los teóricos de esta corriente, la definición de la relación entre la oferta y la demanda se resuelve a través de los salarios, mismos que están reflejando la productividad marginal de los trabajadores.

La consolidación de la teoría del capital humano está relacionada con los trabajos de economistas como: R. Solow, J. Mincer, T. Shultz y Gary Becker quienes centraron su atención en el análisis de productividad y, en especial, en la educación como dinamizadora del crecimiento económico a partir del efecto positivo que ella acusa en el crecimiento del “factor residual”, o cambio tecnológico, como lo denominó el propio Solow. Los autores más destacados de la teoría del capital humano son Theodore Shultz, Gary Becker y J. Mincer.

Una de las contribuciones de Shultz fue considerar que el factor trabajo tiene diferentes características que se reflejan en diferentes calidades productivas (que desde su óptica implican diferentes contenidos de capital humano), mismas que expresan la potencialidad de un adecuado desempeño laboral de los trabajadores y, consecuentemente, son un elemento decisivo para el ingreso a un puesto de trabajo. Esta forma de concebir el trabajo toca en el corazón de uno de los principios centrales de la teoría neoclásica básica del mercado, al proponer que el factor trabajo no es homogénea, como se le asumía antes.

Shultz, definió al capital humano como el conjunto de atributos desarrollados y contenidos en un trabajador, e incluye:

- Las inversiones en capacitación en el lugar de trabajo
- Los costos de la migración en busca de mejores oportunidades de trabajo
- Las inversiones en la mejora de las condiciones de salud
- La inversión en educación formal

Para este autor, las cualidades de una población se pueden identificar con la calidad de la fuerza de trabajo y, por supuesto, estas cualidades tienen un valor económico; por lo tanto, el logro de una mejoría en la potencialidad productiva de la población impone costos que deben ser recuperados a lo largo de la vida productiva de los individuos. En esa misma lógica, la cantidad y tipo de la calidad adquirida a lo largo del tiempo permite obtener beneficios que se calculan a partir de la relación entre las ganancias obtenidas con el ejercicio laboral de esa calidad adicional y el costo de adquirirla.

Por su parte, Gary Becker, analizó distintas clases de capital humano; en particular los procesos de formación, tanto aquellos que se ofrecen fuera del trabajo, como los que se dan en el lugar de trabajo, reconociendo que estos últimos son los que elevan en mayor cuantía la productividad de los trabajadores.

Para Becker, existen dos formas básicas de formación de capital humano en el lugar de trabajo: una de tipo general y otra de tipo específica. La primera es útil tanto a las empresas que la proporcionan como a muchas otras, ya que da lugar a incrementos en la productividad futura de los trabajadores.

En relación con la formación específica a la empresa, la define como aquella que afecta a la productividad de las personas, pero solamente en la empresa que la proporciona. Reconoce que la mayor parte de la formación que se imparte en el trabajo no es ni completamente general ni completamente específica, pero aclara que la productividad crece en mayor grado en las empresas que la proporcionan y, por lo tanto, debe considerarse como formación específica. El resto de la formación eleva la productividad en la misma medida en todas las empresas y debe considerarse como formación general. Becker no lo dice explícitamente, sin embargo sus ideas sobre la formación general y la específica tocan los señalamientos de habilidades técnicas y no técnicas (o conductuales) del empleo.

Además de la formación en el trabajo y en las escuelas, los individuos tienen otros espacios y formas de obtener conocimientos que repercuten en un incremento en sus ingresos: la información de agencias de empleo o anuncios; la comunicación con personas informadas; las visitas a empresas, constituyen una inversión en información sobre oportunidades de empleos que proporcionan un rendimiento en forma de retribuciones superiores a las que en otro caso se hubieran obtenido.

La productividad de los empleados, señala Becker, depende no sólo de su aptitud y de la inversión que se realiza en ellos, tanto dentro como fuera del puesto de trabajo, sino también de su motivación y de la intensidad de su esfuerzo.

La educación, entendida sólo como formación escolar, junto con la experiencia laboral y la capacitación forman el “núcleo duro” del capital humano, de modo que el crecimiento de éste significa la elevación en los contenidos de estos atributos; las mejores condiciones de salud y el beneficio que se pueda derivar de la emigración laboral, colaboran en la elevación de la productividad marginal y consecuentemente en un mejor nivel de ingreso, pero no se puede omitir la influencia de la disposición de mayor y mejor información, así como de las cualidades personales y de las actitudes hacia el trabajo.

La inversión en capital humano generará rentas de largo plazo así como un mayor empleo, a condición de que se entienda que los conocimientos y habilidades adquiridos deben ser aplicados laboralmente y renovados de manera continua.

Velar por el bienestar del capital humano ayudará a resguardar no sólo la integridad física y psicológica de éstos, sino también la rentabilidad de la empresa.

Los accidentes y enfermedades laborales son una de las mayores causas de ausentismo entre los profesionales. El estrés, la fatiga crónica, el colon irritable o las dolencias musculares, provocan que día a día, muchos empleados deban faltar al trabajo o vean afectado su rendimiento laboral.

Según estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), invertir en la recuperación de un trabajador es menos rentable para una empresa, que

gestionar un plan de protección y prevención de riesgos. El problema es que no muchas compañías están dispuestas a destinar dinero para que esto ocurra.

Considerando que uno de los activos más importantes de una organización es su capital humano, se hace necesario, entonces, tomar medidas que velen por el bienestar de los empleados, a fin de resguardar no sólo la integridad física y psicológica de éstos, sino también la rentabilidad de la empresa.

“Cuando la empresa se preocupa por sus empleados, está claramente pensando en su supervivencia. Esto no es beneficencia, ya que sin empleados sanos la empresa no podría sobrevivir”, dice Mauricio Greenwald (2009), experto de la Sociedad de Psicólogos Industriales de Estados Unidos.

Al invertir en salud ocupacional, precisa el especialista, los costos de capacitación bajan, hay menos cambios de personal y menos desgaste en los empleados a nivel emocional y psicológico, desaparece la deserción laboral y se establece un vínculo con los empleados.

Promover un buen ambiente de trabajo, también será fundamental para la calidad y productividad empresarial, afirma Diego Cardona, decano de la Universidad del Norte de Colombia (2009). “El clima laboral de una organización está intrínsecamente relacionado con el bienestar del trabajador y por lo tanto, invertir en salud es invertir en el bienestar. No se debe tratar como un gasto, debe tratarse como una inversión”, menciona.

En el caso de Jacob Mincer, encontramos aportaciones sobre el efecto de la educación y la experiencia laboral sobre los ingresos. De manera empírica estableció términos bajo los cuales era más adecuado estimar el efecto de la escolaridad y la experiencia sobre el nivel de ingresos que se perciben. El instrumento que este autor utilizó fueron las regresiones matemáticas aplicadas a funciones de ingreso. Entendía que existen diversos efectos de naturaleza social, como la raza y el sexo, que afectan el nivel de salarios percibido por los trabajadores, por lo cual los incluyó en sus análisis empíricos.

Robert Lucas (1988) plantea un modelo donde el capital humano es producido con inversión en capital humano y trabajo. En este modelo los individuos distribuyen su tiempo entre el trabajo y la educación, es decir, la inversión en capital humano, lo cual producirá retornos en forma de mejoras salariales para los individuos. La externalidad producida por el capital humano permitirá

retornos crecientes a escala a nivel agregado. En el caso de la educación, es un bien que genera externalidades positivas ya que una población con un nivel de educación básica producirá buenos retornos que se expresa en un incremento en la producción. Por lo tanto, el promover mayor inversión en capital humano (educación, salud, etc.) podrá aumentar la tasa de crecimiento de la economía.

De manera que se puede afirmar que la productividad depende de manera crucial de la calidad del capital humano disponible, debido a que esta es la mejor forma de agregar progresivamente valor intelectual y progreso técnico a los recursos naturales disponibles. El objetivo del desarrollo es elevar el bienestar del conjunto de la población en el mediano y largo plazo, las sociedades no pueden aspirar a niveles de bienestar que estén más allá de la evolución de su productividad (CEPAL, 1994).

2.1.1 Importancia de invertir en capital humano

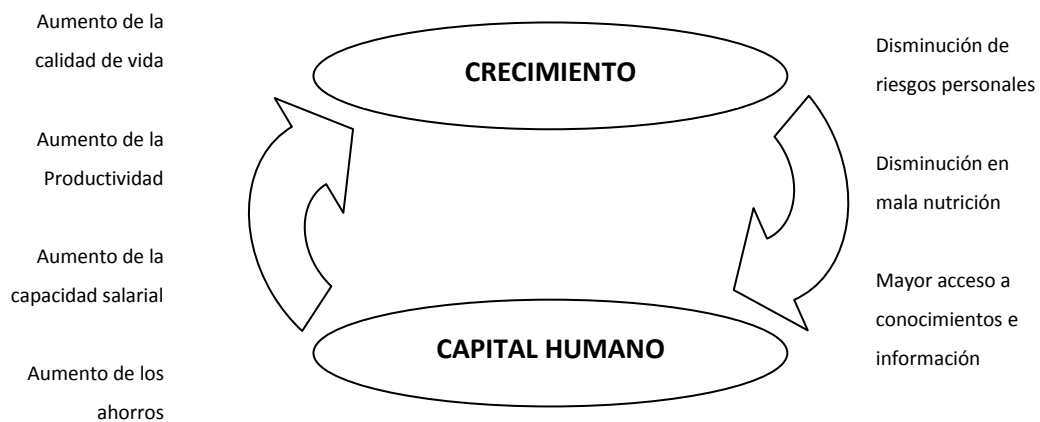
Tanto la inversión en capital fijo como la inversión en capital humano permiten crear un círculo virtuoso entre crecimiento e inversión.

La inversión en capital humano, es decir, una mayor proporción del gasto público destinado a mejorar la calidad del recurso humano, tendrá efectos positivos sobre la inversión privada. La inversión pública puede alentar la inversión privada incrementando el ingreso y por ende la demanda (Jiménez, 1993).

Es importante invertir en recursos humanos, ya que con mayor educación y mejor estado de salud, se lograrían mejores resultados a futuro, pudiendo incrementar la productividad y mejorar la distribución de los ingresos.

La rentabilidad de las inversiones en capital humano depende de la situación económica y social y de las estrategias que tenga un país. En términos generales, se puede decir que la tasa de rentabilidad de la inversión adicional en los pobres puede mejorar su bienestar, con lo que se podría mejorar su productividad y con ello sus ingresos. También la tasa de rentabilidad de las inversiones en recursos humanos femeninos, es más alta que en los hombres, debido a que la escolaridad femenina tiene impacto positivo sobre su estado de salud, su nutrición y la de sus niños; también tiene impacto positivo sobre su fecundidad.

FIGURA N° 1 CRECIMIENTO Y CAPITAL HUMANO: UN CÍRCULO VIRTUOSO



Fuente: Elaboración propia en base a la teoría de capital humano.

Se requiere inversión en capital humano para facilitar los procesos de ajuste a corto plazo, para que la producción y el empleo reajusten a la cambiante economía internacional. Con una mejor educación, un mejor estado de salud y mayor capacitación, las personas podrán acceder de mejor manera a las innovaciones del mercado y a las innovaciones tecnológicas.

Actualmente las inversiones en salud, educación, adiestramiento y nutrición son consideradas cada vez más importantes como parte fundamental de una exitosa estrategia de crecimiento.

2.1.2 La salud como componente del capital humano y su importancia en el crecimiento

La salud es un factor importante del capital humano, ya que de los aumentos del nivel de salud de la población se logran mejoras en la productividad y mejoras en la formación de recursos humanos. La salud es una condición para el proceso de desarrollo social y económico, la cual debe ser entendida como el estado de bienestar físico, psíquico y social y no solamente como la ausencia de enfermedad.

La salud deficiente tiene efectos perjudiciales en los individuos y en las unidades familiares, así como en el uso de los recursos; mejores condiciones de salud generarán mejores resultados económicos. En diferentes análisis se ha hallado que existe una relación positiva entre el aumento del ingreso per cápita y el nivel educacional del que se parte.

En un análisis de este tipo realizado por el Banco Mundial (1993), se examinó la relación existente entre el aumento del ingreso per cápita entre 1960 y 1990, en 70 países y el nivel inicial de ingreso nacional, el nivel inicial de educación y un indicador del estado inicial de salud (la tasa de mortalidad en la niñez, que en el informe se definió como el riesgo de morir antes de los 5 años de edad para cada mil nacidos vivos).

Se calculó que el indicador del estado de salud es sumamente importante para predecir el desempeño económico. Para el “país medio” de la muestra, la tasa anual de crecimiento del ingreso per cápita es de 1.4% y la tasa de mortalidad en la niñez es de 116 por 1000. Un país por encima del promedio, con una tasa de mortalidad de la niñez de 106 tendría una tasa de aumento del ingreso per cápita de 1.55%, en tanto, uno que tuviera una tasa de mortalidad en la niñez de 126 tendría una tasa de crecimiento de 1.26%.¹

Por esta razón, no es sorprendente que la variable del nivel de salud tenga una fuerte relación con el nivel de educación y que exista también una conexión significativa entre el aumento del ingreso y la salud, relación que se mantiene fuerte y de magnitud similar a través de periodos cronológicos y de toda una gama diferente de modelos, lo que se predice en el informe es que mejores condiciones de salud pueden significar un crecimiento más rápido.

Un desarrollo a escala humana constituye el principal objetivo del desarrollo económico, orientada en gran medida hacia la satisfacción de las necesidades humanas, incrementando sus habilidades y sacándolos de la pobreza. El capital humano es importante en la explicación del crecimiento, ya que muestra las divergencias que existe entre bienestar humano y el desarrollo económico.

2.1.3 Importancia de la Salud en la producción

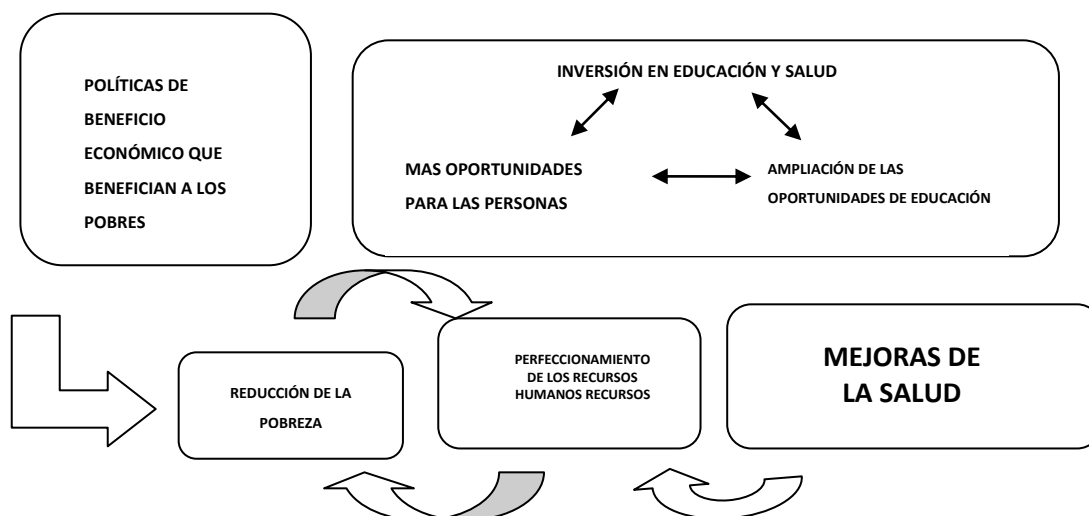
El análisis de la salud no solo involucra políticas sociales que buscan satisfacer las necesidades básicas de la población, sino también ver su efecto en la producción, brinda una perspectiva diferente de la salud como parte de una combinación de políticas; en la cual se privilegian aquellas políticas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

¹ En Bolivia la tasa de mortalidad Infantil para el año 2006 fue de 54 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad de la niñez fue de 75 por mil nacidos vivos. Para el 2010 es de 50 por mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad de la niñez fue de 69 por mil nacidos vivos

La CEPAL (1994) destaca “la necesidad de actuar a favor de los grupos más vulnerables de la sociedad, ya que generar empleo y superar la pobreza son objetivos que se constituyen en una condición necesaria para elevar la productividad, que a su vez es indispensable para alcanzar la auténtica competitividad en la cambiante economía internacional”. La inasistencia laboral a fuentes de trabajo por enfermedad o problemas de salud reducirá el nivel de producción del individuo afectado así sus propios ingresos, los ingresos de su empresa y de la economía en su conjunto.

El efecto de un solo individuo, puede ser imperceptible, pero se debe tener en cuenta que no sólo es una persona la que se enferma en un determinado período de tiempo y que el efecto del conjunto de individuos que no asisten a sus fuentes de trabajo por este factor, si tiene un efecto significativo en el total de la producción.

FIGURA N° 2
CICLOS QUE SE REFUERZAN MUTUAMENTE: REDUCCIÓN 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. La población más sana resulta más creativa y productiva al reducirse los días perdidos en el trabajo.

Se puede afirmar por tanto que existe una relación directa entre salud y la producción; ya que si se tiene mayor cantidad de personas sanas se garantizan mejoras en sus ingresos y con ello, mejoras en la producción; esto debido a que un individuo que se encuentre en buenas condiciones tanto físicas como mentales podrá desarrollar sus actividades productivas de manera eficiente.

En caso contrario, a menor cantidad de personas sanas se tendrá efectos negativos sobre la producción, esto ocasionado por la inasistencia a sus fuentes de trabajo o por asistir a las mismas sin contar con sus condiciones plenas para realizar un trabajo productivo.

2.1.4 La salud como inversión en capital humano

La idea de que una población bien capacitada y sana es un factor esencial para el desarrollo tiene una tradición muy larga en la ciencia económica. Pero en los últimos años, y a partir del cambio de visión con respecto a la función de las políticas sociales, se comenzó a pensar que parte de los recursos públicos con fines sociales deben tener una perspectiva de mediano y largo plazo. En particular se ubica a los sectores de **salud** y educación en esta categoría de inversión social o en capital humano ya que favorecen el desarrollo intelectual y físico de los individuos, e indirectamente su potencial productivo (CEPAL, 2004).

No existe acuerdo en cuanto a qué parte del gasto total en salud y educación debe computarse como inversión en capital humano, se hace referencia a la educación básica y la atención primaria de la salud. Sin embargo, el grado de desarrollo socioeconómico relativo alcanzado por un país determinado, puede imponer una definición más amplia incluyendo gastos en otras áreas de la educación, en particular la secundaria y la técnica, y en niveles de salud más complejos. Por esta razón y por la dificultad de desagregar las estadísticas regionales, se usará la definición amplia de inversión en capital humano.

A pesar de que existe consenso de que la educación y la salud constituyen importantes sectores de la economía, y que este gasto tiene un importante efecto benéfico sobre la productividad de la mano de obra, las condiciones sociales y los procesos de democratización, el nivel educacional de los trabajadores y los estándares de salud no alcanzaron en la región latinoamericana el nivel correspondiente a su grado de desarrollo socioeconómico relativo (CEPAL, 2004).

CAPITULO III

EL SECTOR SALUD EN BOLIVIA

3.1 EL SISTEMA DE SALUD DENTRO EL CONTEXTO LATINOAMERICANO

Es conocido que la década de los años 80 en América Latina y el Caribe fueron marcados por una profunda crisis económica, a la cual denominaron la década perdida.

A mediados del decenio de la misma década, varios países iniciaron procesos de estabilización y ajuste estructural, pero en términos de bienestar, la situación de la región se deterioró considerablemente, como lo demuestran múltiples mediciones y estudios de la pobreza.

En cambio durante la década de los noventa se han profundizado programas de ajuste principalmente en países en vías de desarrollo producto del proceso de globalización, liberación y desregularización casi simultánea de los mercados. Las medidas de reforma económica incluyeron, la privatización de empresas públicas, la liberación de los mercados financieros y de mano de obra.

En el campo de la salud se incrementó el reconocimiento de los diversos actores sociales, sectoriales y particularmente entre los ciudadanos corrientes, de considerar a la salud como un derecho humano. Para promover y garantizar este derecho, los organismos internacionales se propusieron intervenciones, de tipo global, político y legislativo, como también estructural, normativo, programático y técnico.

En América Latina y el Caribe, los procesos de transformación se han concentrado en los cambios estructurales, financieros y organizacionales que son importantes en la atención de salud. La salud pública ha sido olvidada como una responsabilidad social e institucional donde requiere una modernización y apoyo de los gobiernos y las instituciones de cooperación internacionales.

En la actualidad, los gobiernos vigentes, agencias internacionales e instituciones dedicadas a la salud y al mejoramiento de las condiciones de salud y al control de sus funciones, consideran esencial el asegurar la calidad de la salud pública y fortalecer a sus autoridades sanitarias.

En el año 2006, según el informe “Salud en las Américas, 2005”. América Latina y la salud y demografía se caracterizan por una transición a las bajas tasas de fecundidad y al descenso de las tasas de mortalidad, la esperanza de vida en la región ha aumentado y la edad promedio actual es de más de 70 años.

Respecto de la mortalidad en América Latina las enfermedades transmisibles han dejado de ser las principales causas de enfermedad y muerte, actualmente ocupadas por las enfermedades de padecimientos de tipo crónico degenerativo (enfermedades presentadas por el aparato circulatorio, las neoplasias “cáncer” malignas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes), así como las causas externas tales como las lesiones debidas al tráfico y los homicidios.

En el campo de las enfermedades prevenibles por vacunación, los países de la región han marcado la pauta en la erradicación (viruela y poliomielitis), la eliminación (transmisión endémica del sarampión) y el control (tosferina, difteria, tétanos y enfermedades invasivas ocasionadas por *Haemophilus influenzae* tipo B y hepatitis B), gracias a la conservación de los niveles elevados de cobertura de inmunización, y campañas de vacunación masiva.

Los padecimientos transmitidos por vectores, en particular la malaria, el dengue y la enfermedad de Chagas, siguen comprometiendo la salud de una gran proporción de la población. La cifra de casos de malaria notificados alcanzó su punto máximo al final de la década de 1990, se estima que lo anterior conlleva un impacto económico significativo, dado que dos tercios de esos casos ocurren en la población en edad de trabajar.

Respecto del SIDA y a pesar de establecer programas de prevención y control para combatir dicha enfermedad, se estima que al final de 2005 en la región había 3,2 millones de personas infectadas con VIH. Los casos de contagio de sida se redujeron un 21% entre 1997 y 2010, hasta los 2,67 millones en todo el mundo

Las enfermedades crónicas no transmisibles son de padecimientos cardiovasculares, como ser; cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas que ocasionan dos de cada tres muertes en la población general de América Latina y el Caribe.

En América Latina los problemas de salud mental representan la cuarta parte de la carga de enfermedad total. Los servicios de atención de salud mental tienden

a centrarse en el tratamiento de problemas psiquiátricos tales como la ansiedad, la depresión, la conducta compulsiva y el consumo de sustancias ilícitas.

La salud oral sigue siendo un aspecto crítico de la salud pública, debido a los elevados costos de tratamiento y el incremento en las inequidades en salud oral. Si bien la prevalencia de la caries dental en la Región se redujo entre 35% y 85% a partir de 2005, el número de enfermedades bucodentales sigue siendo elevado en comparación con otras partes del mundo, a lo cual también contribuyeron los servicios de salud oral de baja calidad, así como su limitada cobertura.

Respecto de los padecimientos oculares en particular la ceguera y la discapacidad visual pueden atribuirse a condiciones tratables tales como las cataratas, los defectos de refracción, la retinopatía diabética y el glaucoma además de existir enormes discrepancias en la cobertura de la atención de los males oculares que van de cerca de 80% en las áreas urbanas con un buen desarrollo, hasta menos de 10% en las áreas rurales.

La situación de la salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe representa 20% de la carga total de enfermedad en las mujeres, y 14% en los hombres. El uso de métodos de control de la natalidad va más allá del 60%, pero es considerablemente menor en algunos países.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que de los 16,2 millones de nacimientos el 2003, hubo 22.680 muertes maternas con una tasa de 140 por cada 100.000 nacidos vivos, sobre todo por causas como el aborto, la preclamsia y las hemorragias. La salud sexual y reproductiva se vincula directamente con las altas tasas de alumbramiento entre las adolescentes de América Latina y el Caribe, donde una de cada tres mujeres menores de 19 años de edad ha tenido un hijo (OMS, 2000).

Cada día mueren en todo el mundo unas 800 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto. En 2010 murieron 287 000 mujeres durante el embarazo y el parto o después de ellos. Prácticamente todas estas muertes se produjeron en países de ingresos bajos y la mayoría de ellas podrían haberse evitado. (OMS, 2012).

La desnutrición infantil, así como las enfermedades crónicas no transmisibles en los adultos, son el resultado, en gran medida, de la mala nutrición. Existen deficiencias de micro nutrientes vitamina A, zinc, vitamina B12, folatos y yodo.

En algunos países, las cifras relativas al alcoholismo, el suicidio, el consumo de sustancias ilícitas y las enfermedades de transmisión sexual son notoriamente más altas entre las poblaciones indígenas. Se explica según el informe por la discriminación y desigualdad que los sistemas de salud ejercen sobre ellos.

La falta de análisis epidemiológicos uniformes sobre discapacidad en América Latina, complica la valoración de su dimensión pero los tipos más frecuentes de discapacidad se vinculan con la movilidad, la comunicación y la participación en la sociedad. Las causas más comunes son los trastornos degenerativos debidos a la edad, las enfermedades crónicas, los accidentes, los problemas que se derivan del embarazo y el parto, y las enfermedades ocupacionales.

Las enfermedades desatendidas infecciosas o parasitarias, que afectan a millones de personas pobres en América Latina y el Caribe son una manifestación evidente de las desigualdades prevalecientes en salud. En este grupo se pueden incluir las helmintiasis intestinales, las esquistosomiasis, la filariasis linfática, la leptospirosis, la leishmaniosis, la cisticercosis, la enfermedad de Chagas y la oncocercosis.

3.2 INDICADORES DEL ESTADO BOLIVIANO

La división política administrativa de Bolivia contempla 9 Departamentos, cuenta con un Poder Ejecutivo Departamental presidido por un Prefecto en ese entonces hoy en día Gobernador. Los 9 Departamentos se subdividen en 112 Provincias y 327 municipios autónomos.

Las acciones de salud se sustentan en el Plan General de Desarrollo Económico y Social (PGDES)² a través del Plan Estratégico de Salud (PES) elaborado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS) Los lineamientos del PES se incorporan en los Planes de Desarrollo Departamentales (PDD) y municipales (PDM) mediante la conciliación entre la planificación indicativa en salud que el PES propone y la planificación participativa local, a nivel Municipal.

² En la actualidad el Plan Nacional de Desarrollo del actual gobierno cumple esta función.

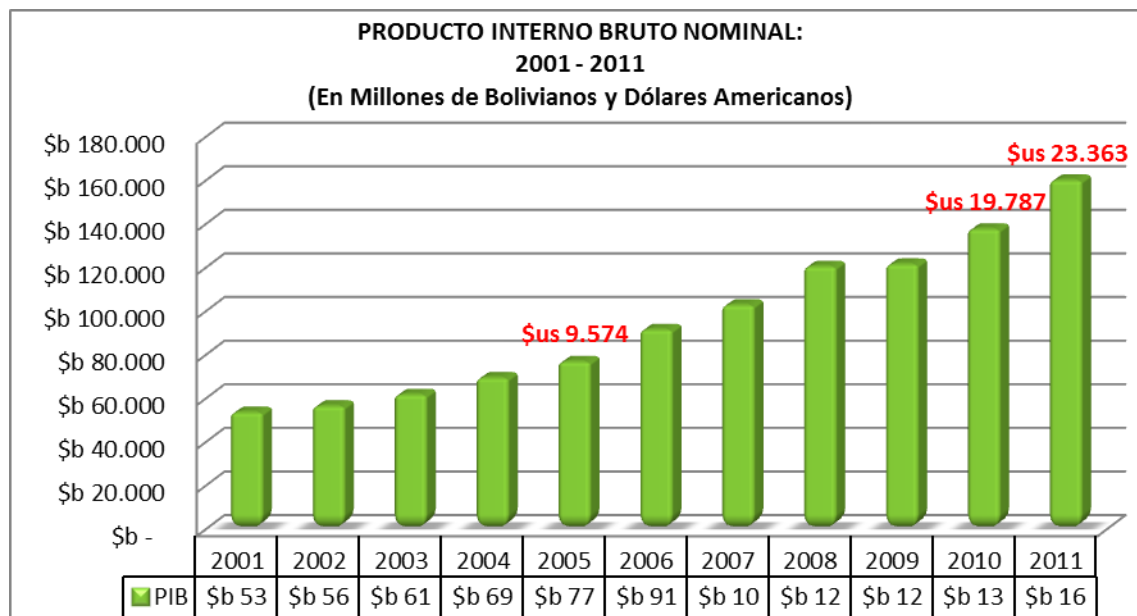
3.2.1 Contexto Económico

El crecimiento económico durante la última década se basó principalmente en el desempeño de los sectores como hidrocarburos, minería, transportes y servicios financieros que alcanzaron tasas de crecimientos superiores al 5%.

Según informes del Banco Central, el año pasado la deuda pública externa alcanzó a 4.196 millones de dólares, lo que representa al 15% del PIB de Bolivia.

El PIB per cápita alcanzó en 2005 a \$us. 9.574 y se observó un alcance de \$us 23.363 para el año 2011.

GRÁFICO N° 1

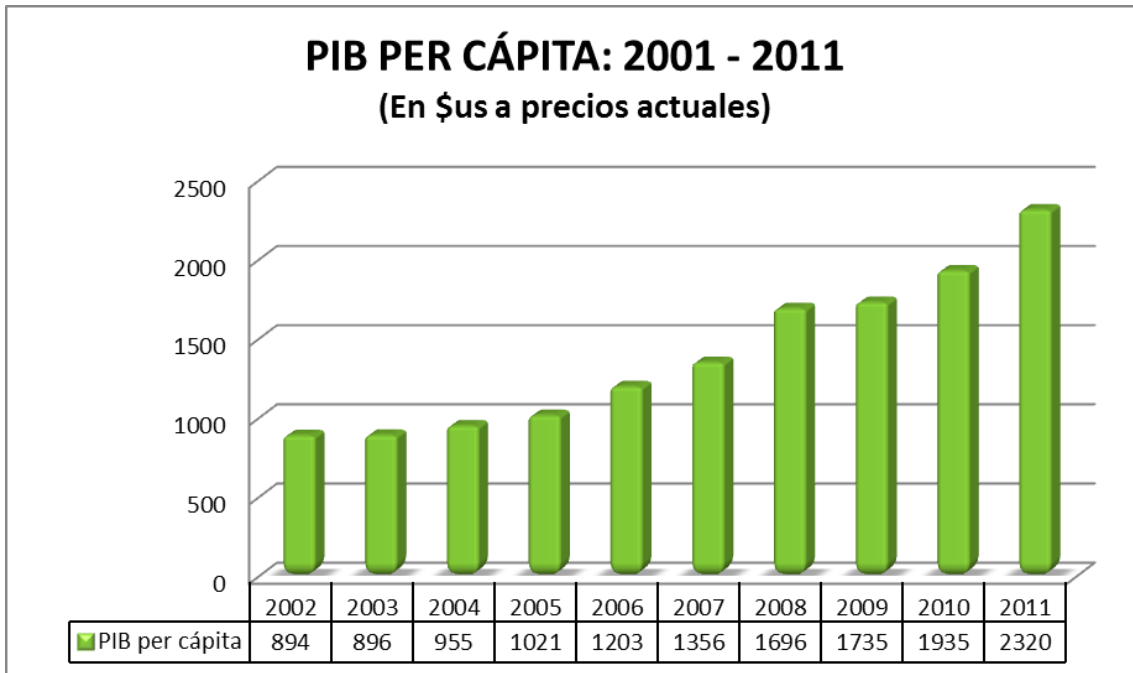


FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE) y Banco Central de Bolivia (BCB).

La tasa media anual de inflación en los años 2005 a 2006 fue de 7.8%. Para el año 2006 el sector público no-financiero espera alcanzar un superávit fiscal de 5.9% del PIB, mostrando un comportamiento inédito en las finanzas.

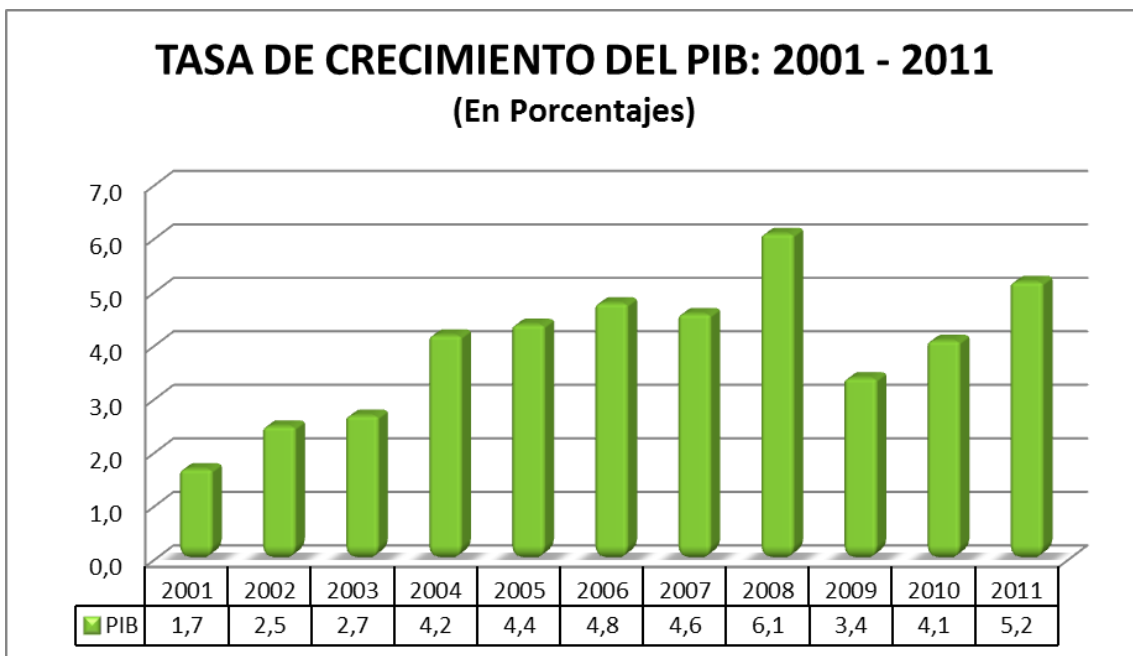
La economía boliviana tuvo un significativo crecimiento en los últimos siete años. Esa expansión se ha traducido en el incremento del PIB per cápita o ingreso por habitante que, en el periodo 2005-2011, se ha más que duplicado al pasar de 9.574 a 23.363 dólares.

GRÁFICO N° 2



Fuente: Banco Mundial.

GRÁFICO N° 3



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas públicas.

CUADRO N° 1
BOLIVIA: PRINCIPALES INDICADORES ECONÓMICOS 2001 - 2010

Variables	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
SECTOR REAL										
Producto Interno Bruto Promedio (\$us)	834	874	912	980	1010	1182	1328	1652	1683	1871
Producto Interno Bruto (millones de \$us)	7,816	8,264	8.485	9,358	10,582	11,462	12,813	16,128	16,486	18,641
Crecimiento Real del PIB (%)	3,9	3,8	4,1	4,06	4,5	5,1	5,9	6,2	6,8	7,7
Inflación (%)	2,52	2,45	3,70	4,91	4,84	4,95	11,73	11,85	0,22	7,18
SECTOR EXTERNO										
Cuenta Corriente (% PIB)	2,6	2,7	3,7	6,6	11,6	6,9	6,2	5,8	5,4	5,0
Balanza Comercial (MM \$us)	541	549	608	513	1,308	1724	1638	1578	1621	1704
Exportaciones FOB (MM \$us)	1226	1320	1590	2195	2867	4088	4822	6933	5400	6966
Importaciones CIF (MM \$us)	1708	1832	1692	1920	2440	2926	3588	5100	4577	5604
Reservas Internacionales Netas (MM de \$us)	1418	1587	1642	1714	3183	5301	7716	8567	9745	12034
SECTOR FISCAL										
Resultado Fiscal (+superávit/-déficit)	-6,8	-8,8	-7,9	-5,5	-2,2	4,5	1,7	3,2	0,1	1,7
Recaudación IDH (MM \$us)	287	331	485	815	1400	2011	2240	3483	2107	2984
SECTOR FINANCIERO										
Depósitos Totales Sist. Financiero (MM \$us)	3964	3483	3470	3399	3678	4227	5280	6876	8373	8944
Disponibilidades Depósitos (%)	10,8	11,2	11,8	13,1	13,9	16,7	14,9	14,5	24,7	21,3
SECTOR SOCIAL										
Población (millones de habitantes)	8,27	8,58	8,92	9,43	9,63	9,83	9,86	9,89	9,93	9,98
Tasa de Desempleo abierto -área urbana (%)	8,50	8,69	8,71	8,48	8,15	7,99	7,67	4,43	4,91	4,69

Fuente: UDAPE en base a información del BCB, INE, SBEF,

3.2.2 Contexto Social

La población estimada para el año 2006 en Bolivia es de 9,63 millones de habitantes, correspondiendo el 65% al área urbana, y el 35% al área rural. La población indígena según datos del (INE) se estima en más de 3,6 millones, y comprende 36 grupos étnicos, con una fuerte proporción de culturas originarias andinas (quechua – aymara), y de las tierras bajas (tupí guaraní), así como mestizos, tanto de origen hispánico como andino y amazónico.

Según el último informe de Desarrollo Humano (2006), Bolivia está considerada como nación de desarrollo humano mediano, con una ubicación en el rango 114 según índice de desarrollo humano alcanzado.

Según las memoria 2005 de UDAPE el 2005, la tasa de desempleo abierto fue del 8.15% y la tasa de Subempleo visible fue 15,13%. En 2005, el 63% de la población tenían ingresos menores a las líneas de pobreza y 40% disponía de ingresos que no alcanzaban para adquirir una canasta básica sólo alimentaria (indigencia). En el área rural, más del 89% de la población vivía en condiciones de pobreza y cerca del 60% en indigencia. Aunque la incidencia de pobreza rural es más elevada que la del área urbana, la proporción de pobres que viven en el área urbana representa el 52%.

La razón entre el ingreso del 20% superior y del 20% inferior de la población era de 46.4. Durante los últimos años, se ha evidenciado que el 20% de la población urbana más pobre (primer quintil) retenía el 4%; en área urbana y 4.4% en área rural del ingreso agregado, mientras que el 20% de la población con más altos ingresos (quinto quintil) retuvo el 56.4%, en área urbana y el 59.3% en área rural del ingreso. Para 2004, la proporción de población analfabeta representaba el 13.3%. La tasa de término de 8vo grado de primaria fue de 7.8% para el año 2005. En 2005, el gasto social fue 30.9% del total del gasto, de los cuales para Educación se destinó el 6.8%, para Salud 6.5%, a Servicios y Urbanismo y vivienda 17.6%.

3.2.3 Contexto Demográfico y Epidemiológico

Esta sección se basa datos e informes recopilados de SEDES en promedio, la esperanza de vida al nacer estimada es de 62 años en general, 60 para varones y 64 años para mujeres. La diferencia según sexo, no ha variado, siendo de 4 años más para mujeres.

En un último estudio, sobre la estructura de la mortalidad general, identifiqué que según grupos de causas: 30.3% por enfermedades del sistema circulatorio, por signos y síntomas mal definidos en un 10.8%, enfermedades transmisibles en un 12.0%, neoplasias 8.7%, afecciones originadas en el período peri natal un 5.4%, causas externas un 10,7% y demás causas un 22.2%.

El diagnóstico de tuberculosis considerada como la enfermedad causa de una precaria condición de vida y pobreza, en la última década ha fluctuado alrededor de entre 6,000 y 9,000 casos por año. La tasa de incidencia nacional de tuberculosis fue de 78 por 100,000 habitantes. Esta incidencia se encuentra entre las más altas de América Latina y el Caribe.

Por la enfermedad de Chagas que se constituye un problema de salud pública el 60% del territorio nacional es considerado endémico, por la presencia de aproximadamente 700,000 viviendas ubicadas en 169 municipios y de una población de 4,000,000 habitantes, el 40% estaría infectada y 24% de ella presenta alguna alteración relacionada al mal de Chagas.

Según datos oficiales de la ENDSA de cada 1,000 niños que nacen en Bolivia 54 mueren durante el primer año. Las causas de muerte en menores de 5 años es principalmente atribuida a enfermedades diarreicas agudas (EDA's) 36%; la desnutrición crónica en menores de 3 años, 16% corresponde a causas perinatales, 3% a enfermedades inmuno-prevenibles y 24% a otras causas..

La encuesta de Demografía y Salud (2003) evidenció que un 67% de los menores de 3 años tiene algún grado de anemia, y que la desnutrición crónica llega a 26%. La tasa de mortalidad neonatal en Bolivia fue de 34 por mil nacidos vivos. Más de la mitad de los niños muertos en el primer año de vida (67/1000 NV) mueren durante los primeros 28 días. Casi una tercera parte del total de muertes antes de los 5 años de edad ocurren en el período neonatal. Esta proporción es similar en el área urbana y rural. Tanto las tasas de mortalidad neonatal e infantil como la de la niñez son casi el doble en el área rural que en el área urbana.

La desnutrición crónica en el altiplano alcanza al 32.1%, más del doble de los niños que se encuentran en las regiones de los llanos 15.9%.

La enfermedad del VIH/Sida, sífilis congénita, malaria y otras enfermedades tropicales. Bolivia muestra mejorías en promedio en los indicadores de malaria

y mal de Chagas, pero varias regiones, como los departamentos de Beni y Pando y algunos bolsones en diversas partes del país, conservan niveles endémicos muy altos. Se estima que en 2009 los casos de VIH/SIDA llegaron a 12 mil (Ministerio de Salud y Deportes, 2010 a). La epidemia está especialmente concentrada en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y, en menor medida, en trabajadoras sexuales y clientes de trabajadoras sexuales.

Las poblaciones de mayor vulnerabilidad sufren violencia física, económica y psicológica; además son víctimas de estigmatización y discriminación por razones culturales, que les dificultan su acceso a información adecuada y servicios que viabilicen sus derechos y que controlen más efectivamente los focos de irradiación (REDBOL, 2010). La mayor parte de los casos notificados (54%) se presenta en Santa Cruz, seguido de Cochabamba y La Paz. Estos tres departamentos concentran el 89% de casos notificados.

La sífilis congénita es un importante problema de salud pública en Bolivia, con una prevalencia de 11 por 1000 nacidos vivos. Es necesario reforzar las actividades tendientes a la eliminación de la sífilis durante el embarazo y en el recién nacido en el marco de la Estrategia de Reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil y la Sífilis Congénita, promovida por OPS y UNICEF.

La Malaria, considerada una enfermedad emergente en el mundo, en Bolivia la tasa de incidencia parasitaria anual por mil habitantes llegó a 24.8 en 1998 disminuyendo en 2006 a 4.3 por mil habitantes. A pesar de eso la mortalidad oficial por malaria para el año 2006 fue cero.

Las enfermedades prevenibles por vacunación de acuerdo al ENDSA 2003 fue del 79%. Las coberturas se han incrementado a 50% en los niños de 12 a 23 meses de nacidos que están protegidos con todas las vacunas, mientras que el 3.0% no tiene ninguna.

En cuanto a la salud materna el 73% de las futuras madres recibieron cuidado prenatal médico en 2007, se incrementó en comparación al año 2001 donde la cobertura fue de 61%.

La decisión política de lucha contra el SIDA en Bolivia ha aumentado, pues el indicador del nivel de compromiso gubernamental pasó de 40% en 2005 a 71% en 2009 (Ministerio de Salud y Deportes, 2010 b).

La tasa de incidencia de VIH/SIDA a nivel nacional, es de 0.62 por 100,000 habitantes, durante un década, desde el año 1985 al 2005 fueron registrados un total de 605 casos, el sub registro es del orden del 30%, el 100% procedentes del área urbana.

3.3 INDICADORES DE SALUD Y POBREZA EN BOLIVIA

Aunque Bolivia ha conseguido avances importantes frente a las carencias de carácter social, la constante precariedad de sus indicadores económicos ha objetado un desarrollo integral.

De acuerdo con los cálculos realizados a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) para los años 2001 - 2011 y considerando como pobres “a los individuos cuyo nivel de ingreso del hogar per cápita está por debajo del ingreso que normativamente se juzga constituye un mínimo razonable para satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias de una persona de acuerdo a los estándares de vida de la sociedad”; Bolivia presenta, unos niveles de pobreza moderada y pobreza extrema alarmantes, manteniéndose como uno de los países más pobres de la región.

CUADRO N° 2
EVOLUCIÓN DE INDICADORES DE POBREZA EN BOLIVIA 2001-2011

Población	UNIDAD MEDIDA	2001	2002	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
BOLIVIA	—									
Incidencia de pobreza (FGT0)	Porcentaje	63,12	63,33	59,63	59,92	60,10	57,33	51,31	52,22	51,89
Brecha de pobreza (FGT1)	Porcentaje	34,55	34,88	33,30	32,39	30,52	27,81	24,60	25,14	25,04
Magnitud de pobreza (FGT2)	Porcentaje	23,88	24,24	23,36	21,79	20,11	17,90	15,91	16,18	15,94
Población total	Persona	8.248.404	8.547.091	9.366.312	9.600.809	9.850.513	9.999.829	10.269.598	10.270.454	10.271.529
Población pobre	Persona	5.206.393	5.412.566	5.584.772	5.752.902	5.919.766	5.732.617	5.269.390	5.348.282	5.283.143
Área Urbana	—									
Incidencia de pobreza (FGT0)	Porcentaje	54,28	53,91	48,18	50,27	50,90	48,72	43,55	44,38	43,63
Brecha de pobreza (FGT1)	Porcentaje	24,60	23,81	20,25	21,81	21,23	19,64	17,03	17,83	17,24
Magnitud de pobreza (FGT2)	Porcentaje	14,65	13,76	11,14	12,22	11,66	10,77	9,23	9,97	9,43
Población total	Persona	5.148.771	5.330.045	6.001.837	6.065.496	6.418.450	6.546.521	6.785.816	6.797.526	6.791.214
Población pobre	Persona	1.682.481	2.873.265	2.891.635	3.049.317	3.266.991	3.189.499	2.955.047	2.989.548	2.966.734
Área Rural	—									
Incidencia de pobreza (FGT0)	Porcentaje	77,69	78,80	80,05	76,47	77,29	73,64	66,43	69,31	67,87
Brecha de pobreza (FGT1)	Porcentaje	50,95	53,08	56,58	50,55	47,90	43,31	39,34	41,87	40,07
Magnitud de pobreza (FGT2)	Porcentaje	39,10	41,44	45,16	38,22	35,92	31,41	28,94	30,21	29,11
Población total	Persona	3.099.633	3.217.046	3.364.475	3.535.313	3.432.063	3.453.308	3.483.782	3.491.964	3.488.967
Población pobre	Persona	4.000.080	2.535.037	2.693.137	2.703.585	2.652.775	2.543.118	2.314.343	2.42.432	2.386.254

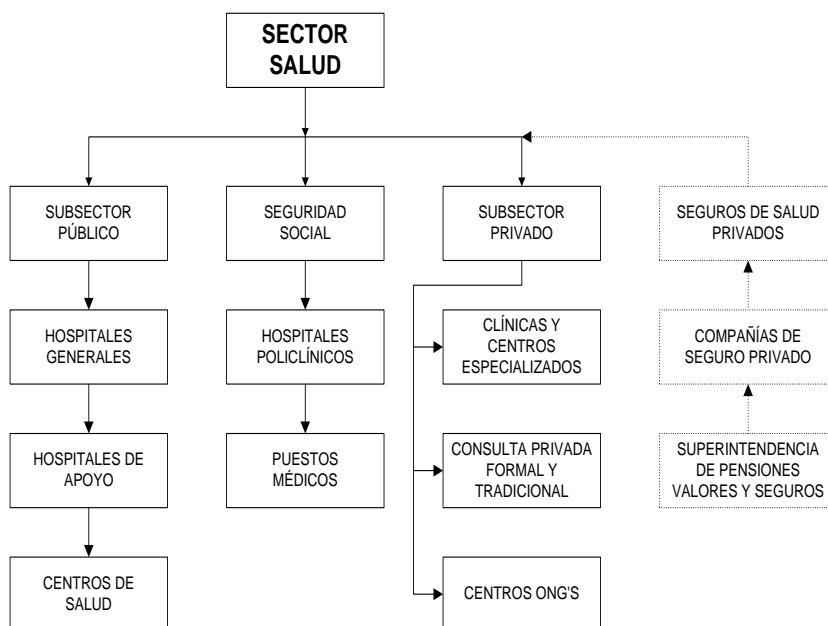
Fuente: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA

De acuerdo con el cuadro N° 2. Se puede observar como los porcentajes de Bolivia. Incidencia, Brecha y Magnitud de la pobreza desde el 2001 al 2011, aunque no es de manera continua, se encuentra en descenso. Así también, es necesario aclarar que no se cuenta con la base de datos del año 2003 y 2004.

3.4 ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

El sistema de salud boliviano es altamente segmentado, y está conformado por tres subsistemas, claramente diferenciados: el subsector público, la seguridad social y el subsector privado con o sin fines de lucro, como se describe en la figura siguiente. En la misma se observa el alto nivel de desagregación que se presenta en el sector de servicios de salud del país. Para la presente investigación el subsector público es el de mayor interés por la existencia de seguros de salud públicos de cobertura gratuita.

**FIGURA N° 3
BOLIVIA-SUBSECTORES DE SALUD**



Fuente: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - CNFGS.

3.4.1 Subsector Público

El subsector público está encabezado por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD), responsables de las normas e implementación de políticas nacionales tendientes a mejorar los indicadores de salud en Bolivia. En el ámbito regional se encuentran las prefecturas de departamento, responsable de la

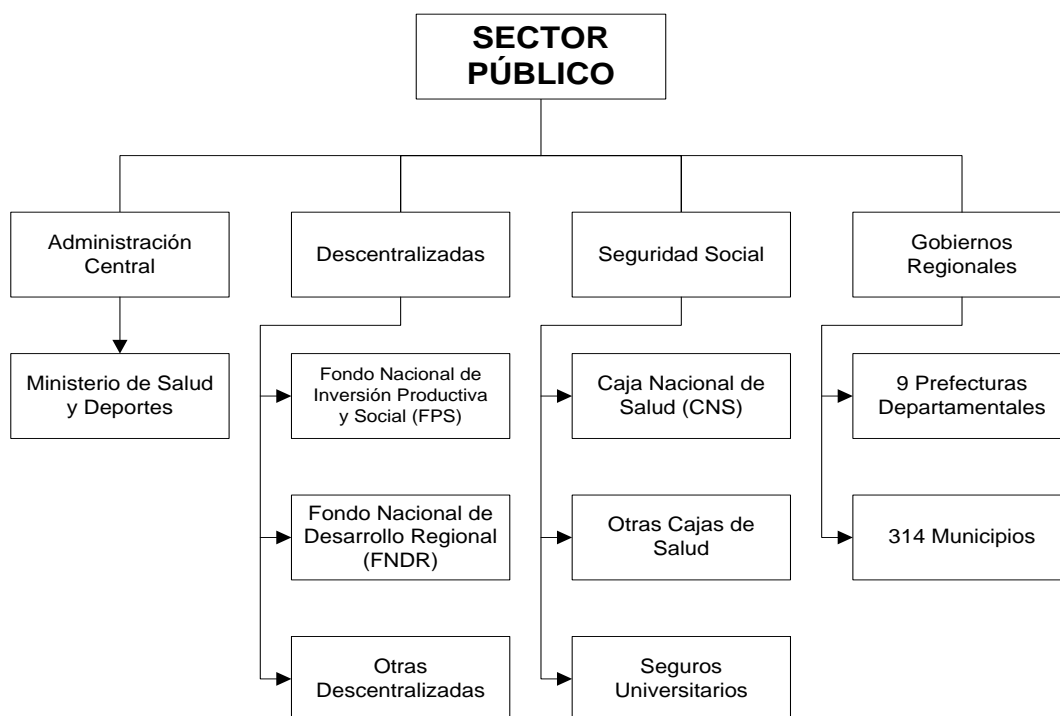
administración de recursos humanos necesarios para coadyuvar a lograr metas establecidas a nivel nacional.

En el ámbito local los gobiernos municipales son los encargados de la administración de los establecimientos de salud. Existen otras instituciones que realizan actividades complementarias en el sector, tales como el Fondo Nacional de Inversión Productiva y Social (FPS), cuyo objetivo es apoyar en la inversión para el desarrollo de la red de servicios de salud a nivel local, con criterios de focalización a fin de facilitar el acceso de la población, en especial a la de mayor riesgo.

3.4.1.1 Estructura Institucional del Sector Público

El sector público en Bolivia está conformado por el Sector Público Financiero que agrupa a las instituciones que realizan operaciones bancarias mediante la captación de depósitos y colocación de créditos, y el Sector Público No Financiero, donde están incluidas.

FIGURA Nº 4
ESTRUCTURA DE INSTITUCIONES DEL SECTOR PÚBLICO
RELACIONADAS CON SALUD

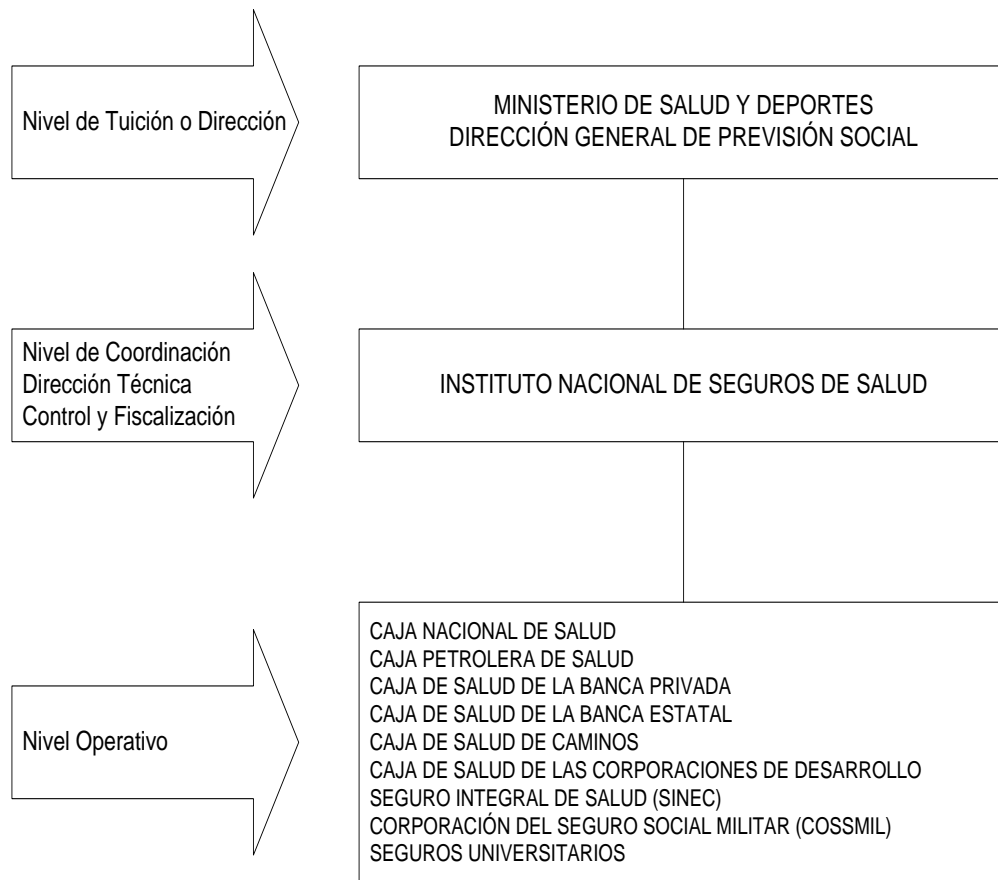


Fuente: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - CNFGS.

3.4.1.2 Seguridad Social – 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, la Dirección General de Previsión Social y al Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES). Las cajas de salud son las prestadoras de servicio del sistema de seguridad social de corto plazo en Bolivia y dependen de la Dirección General de Previsión Social en el MSD. El INASES es la institución de coordinación, control y supervisión de cajas de salud (ver Figura 5).

FIGURA Nº 5
ESTRUCTURA INSTITUCIONAL DE LAS CAJAS DE SALUD



Fuente: Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - CNFGS.

El Código de Seguridad Social es el instrumento legal – marco del sistema de cajas de salud, que es un conjunto de normas que protege la salud del capital

humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas discapacitadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar³.

3.4.2 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 (Cárdenas, 2004).⁴

3.5 SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA

Para cuantificar el nivel de oferta de salud en Bolivia se realiza un análisis cuantitativo de los recursos humanos y físicos que la componen. Se calcula que en Bolivia existen 28,720 personas trabajando en el sector salud, de las cuales 51% trabaja en el sector público, 46% en el sistema de cajas de salud y sólo un 3% estaría en el sector privado (estas cifras no toman en cuenta que un porcentaje de este personal médico trabaja a la vez en el subsector público, las cajas de salud y/o en el subsector privado) (CNFGS, 2006).

Los establecimientos de salud registrados en el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) son 2.580 en 2005, es decir se tiene 3.207 habitantes por cada establecimiento de salud en el país. El sector público cuenta con 2.111 establecimientos de salud, las ONG con 169, las Cajas de Salud con 300 y los Organismos Privados con 67. Un 75% de estos establecimientos se encuentra en el área rural, de los cuales la mayoría son centros de salud dependientes del subsector público. Las diferencias regionales muestran una inequitativa distribución de los recursos físicos a nivel nacional, ya que en El Alto se tienen 9.959 habitantes por establecimiento y por cama existen 1.308 habitantes, mientras en Tupiza se tienen 543 habitantes por establecimiento y 310 habitantes por cama (INASES, 2006).

³ Código de Seguridad Social del 14 de diciembre de 1956 y Constitución Política del Estado.

⁴ Para mayores detalles sobre el sector privado ver Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, Marina Cárdenas (2004).

Los recursos humanos en el sector público alcanzaron en 2005 un total de 14.790 personas, de las cuales el 60% es personal en salud y 29% personal administrativo. (Cuadro N° 3).

CUADRO N° 3
RECURSOS HUMANOS- SECTOR PÚBLICO SALUD PROMEDIO 2001-2011

Descripción del Cargo	Número
Médico, Médico Especialista TC	2.017
Médico, Médico Especialista MT	895
Odontólogo y Bioquímico TC	314
Odontólogo y Bioquímico MT	294
Lic. en Enfermería	793
Auxiliares de Enfermería*	4.631
Técnicos	211
Administrativos	4.278
Otros	1.357
TOTAL	14.790

Fuente: Estudio CNFGS, en base a información del MSD.

En cuanto a recursos físicos, la red de servicios públicos en el país se cuenta con 2.057 establecimientos de salud para 2006, de los cuales el 95% pertenece a la red primaria, 4% a la red secundaria y 1% a la red terciaria (SNIS, 2006) (Cuadro N° 4).

CUADRO N° 4
ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR PÚBLICO PROMEDIO 2001 - 2011

Niveles	Urbano	Rural	Total
Centro de Salud	15	1,289	1,304
Puesto de Salud	246	407	653
Hospital Básico	28	39	67
Hospital General	10	0	10
Instituciones Especializadas	22	1	23
TOTAL	321	1,736	2,057

Fuente: Estudio CNFGS, en base al SNIS.

El personal de salud en la seguridad social ascendía a 13.137 personas como se puede apreciar en el cuadro N° 5, de las cuales 58% es personal de salud. Considerando que el sistema cubre a 2, 311,266 personas a nivel nacional, se tiene relación de 1 médico por cada 709 asegurados.

CUADRO N° 5
RECURSOS HUMANOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL PROMEDIO 2001-2011

Descripción del Cargo	Número
Médicos	3,262
Odontólogos	342
Farmacéuticos y Bioquímicos	511
Lic. en Enfermería	161
Graduadas en Enfermería	1,66
Auxiliares de Enfermería	2,224
Auxiliares de Consultorio	79
Dietistas	57
Técnicos	573
Personal de Adm. Servicios Médicos	1,324
Personal de Servicio y Mantenimiento	1,714
Personal Adm. Nacional – Regional	1,724
TOTAL	13,137

Fuente: Estudio CNFGS, en base a información del INASES.

En 2004, la seguridad social contaba con 254 establecimientos de salud, entre propios y alquilados, de los que 72% pertenecía a la red primaria, el 20% a la red secundaria y el 8% a la red terciaria. En la red primaria, el 48% estaba formado por puestos de salud.

Cuentan con 172 establecimientos de primer nivel y cinco de segundo nivel. La actividad principal de estas organizaciones está dirigida a la atención primaria, por esta razón el 97% de sus establecimientos es de primer nivel. Su orientación hacia los programas preventivos y de promoción, además de la disponibilidad financiera, son factores que limitan la posibilidad de estas organizaciones de contar con establecimientos especializados.

CUADRO Nº 6
NÚMERO DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR NIVEL DE ATENCIÓN

Centros de atención	1er Nivel	2do Nivel	3er Nivel	TOTAL
Sistema Público	1135	374	22	1531
Hospitales		106		106
Centros de Salud	1167			1167
Seguros en cajas	166			166
Ong´s	143	9		152
Iglesia	106	14	3	123
Fuerzas Armadas	9	1		10
TOTAL	2726	504	25	3255

Fuente: Estudio CNFGS, en base a información del SNIS 2011

3.6 FUNCIONES DEL SISTEMA DE SALUD

En esta sección se presentan las principales funciones del sistema de salud.

Rectoría: La rectoría del Sistema de Salud es ejercida a nivel nacional por el Ministerio de Salud, cuyo rol es normar, evaluar, supervisar y fiscalizar en el marco de las Leyes de Descentralización y Participación Popular.

A nivel departamental, las direcciones de Servicios de Salud, dependientes de las Prefecturas Departamentales, cumplen un rol de ejecución y adecuación de las políticas nacionales, coherente con el nivel central.

En el ámbito Municipal, se encuentran las instancias locales con competencias operativas y de desarrollo de las acciones de prestación de servicios a través de los Distritos Sanitarios, responsables de la red local. La estructura de los distritos de salud, en gran medida no corresponde a la estructura basada en los municipios.

Las funciones de supervisión, evaluación y control de la provisión de los servicios de salud son ejercidas por los Servicios Departamentales de Salud a través de sus instancias técnicas hacia los establecimientos de la red. Los equipos de Distritos realizan supervisiones periódicas programadas.

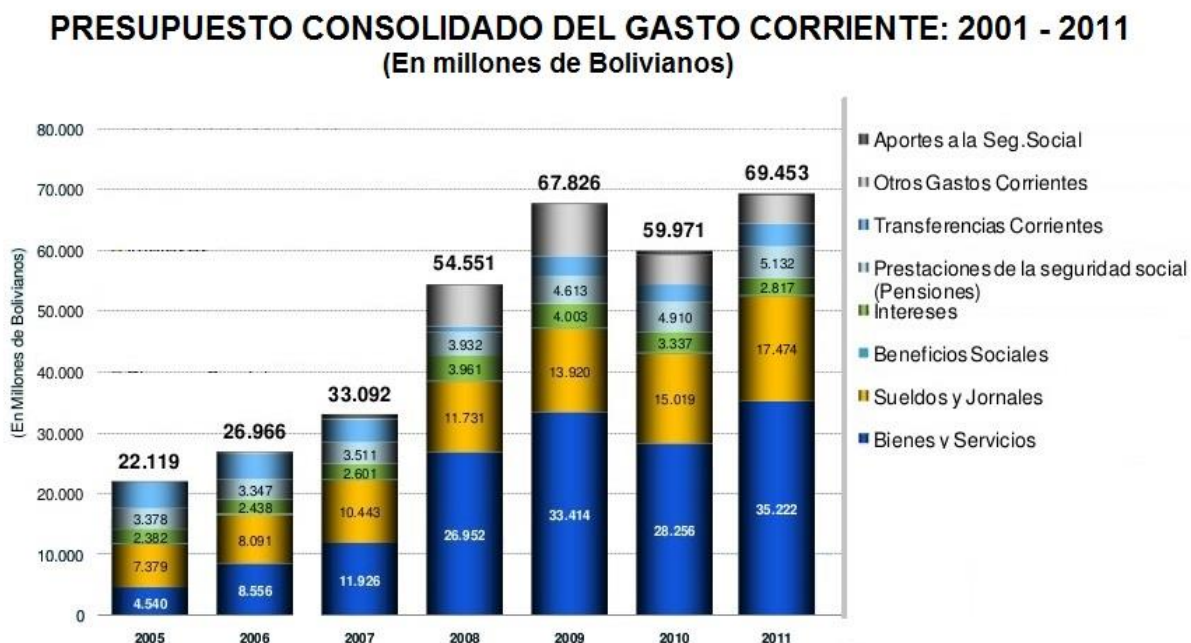
Bolivia cuenta con el Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), implementado hace 10 años, que provee información sobre producción de los servicios de salud y de la morbilidad sujeta a la acción programática y de vigilancia, desagregada por Servicio Departamental de Salud, distrito, municipio, establecimiento de salud, subsector, institución, según nivel de atención, por año y por mes.

3.7 FINANCIAMIENTO Y GASTO

Entre el periodo 2005-2006, el Gasto Público en Salud, como promedio alcanzo al 24.2% del Gasto Nacional en Salud. Porcentual menté y en cifras absolutas el sector público es el que contribuye con la mayor cantidad de recursos al Gasto Nacional en Salud.

En cifras absolutas, el Gasto Público en Salud ha ido aumentando año tras año de USD 81.345.000 en 2005 a USD 122.983.000 en el año 2006, lo que significa un aumento del 51.2% en este periodo. En cambio, porcentual menté, la participación del sector público en el Gasto Nacional en Salud ha disminuido de 27.7% en 2005 a 25.9% en 2006, siendo 1997 el año de menor participación del sector público en el Gasto Nacional de Salud (22.2%).

FIGURA N° 6



FUENTE: Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal

El Gasto Privado representa como promedio en los años en estudio, el 34.2% del Gasto Nacional en Salud. Desde 2005 y 2006 fue aumentando en un 41.6% en este periodo como parte del Gasto Nacional en Salud, en cambio ha disminuido porcentual menté de 34.9% en 2005 a 30.6% en 2006. Por su volumen el gasto privado en Salud es el segundo que ocupa después del gasto del subsector de la seguridad social.

CUADRO Nº 7
BOLIVIA: GASTO NACIONAL EN SALUD, SEGÚN SUBSECTOR
(EN MILES DE DÓLARES AMERICANOS)

AÑO	GASTO PUBLICO		GASTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL		GASTO PRIVADO EN SALUD		TOTAL GASTO EN SALUD	
	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%	CANTIDAD	%
2001	83.554	24.4	148.450	43.3	110.958.000	32.3	342.962.000	100
2002	82.756	22.2	155.656.000	41.7	134.835.000	36.1	373.247.000	100
2003	99.743	23.1	179.089.000	42.5	145.136.000	34.4	421.655.000	100
2004	103.789	22.7	180.130.000	39.5	172.232.000	37.8	456.152.000	100
2005	112.979	23.7	204.874.000	43.1	157.934.000	33.2	475.787.000	100
2006	122.983	25.9	206.065.000	43.5	144.823.000	30.6	473.871.000	100
2007	130.153	24.5	272.154.850	43.4	170.891.467	32.4	523.611.867	100
2008	138.492	22.3	305.819.929	41.8	178.483.410	36.2	552.087.924	100

Fuente: Elaboración propia en base a datos de "Cuentas Nacionales de financiamiento y gasto en salud "INE UDAPE.

Según el anterior cuadro la seguridad social representa, como promedio en los años que se estudian, el 41.6% del Gasto Nacional en Salud, siendo el mayor dentro del gasto nacional en salud, aunque la población que cubre con sus servicios es menor a la del subsistema público. Inversamente el Gasto en salud de la seguridad social representaba, en el mismo año, el 43.5% del gasto nacional en salud para cubrir las necesidades de salud del 27% de la población boliviana.

Los ingresos del subsector de la seguridad social provienen de los aportes que las empresas realizan del salario mensual de sus trabajadores. Otros ingresos que recibe la seguridad social , especialmente la Caja Nacional de Salud (CNS) son las transferencias que realizan el Tesoro General de la Nación (TGN) y los municipios por la atención a seguros específicos, como ser el Seguro de Vejez y el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), y en general transferencias menores al costo real de las prestaciones.

En cambio los ingresos del subsector Público de Salud provienen de las siguientes fuentes de financiamiento:

- Transferencias del Tesoro General de la Nación (TGN)
- Ingresos propios por venta de servicios en establecimientos de Salud
- Donaciones
- Prestamos que contrae el País y que constituyen deuda externa

CUADRO Nº 8

BOLIVIA: GASTO NACIONAL EN SALUD Y POR SUBSECTORES CON RELACIÓN AL PRODUCTO INTERNO BRUTO (EN MILES DE DÓLARES AMERICANOS)

AÑO	PIB	GASTO NACIONAL EN SALUD		GASTO PUBLICO EN SALUD		GASTO SEGURIDAD SOCIAL		GASTO PRIVADO EN SALUD	
			% del PIB		% del PIB		% del PIB		% del PIB
2001	7.122.275	342.962	4.82	83.554	1.17	148.450	2.08	110.958	1.56
2002	7.968.061	373.247	4.68	82.756	1.04	155.656	1.95	134.835	1.69
2003	8.555.300	421.655	4.93	97.430	1.14	179.089	2.09	145.136	1.70
2004	8.512.195	456.152	5.36	103.789	1.22	180.130	2.12	172.232	2.02
2005	8.346.942	475.787	5.7	112.979	1.35	204.874	2.45	157.934	1.89
2006	7.953.512	473.871	5.96	122.983	1.55	206.065	2.59	144.823	1.82
2007	9.788.112	532.417	4.48	127.090	1.24	230.014	1.69	175.313	1.56
2008	10.214.174	564.196	4.82	134.405	1.17	245.228	2.09	184.562	1.56

Fuente: Estudio de Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto de Salud, UDAPE e INE.

El Gasto Nacional en Salud con relación al Producto Interno Bruto ha subido de 4.48% en 2005 al 5.96% en el 2006.

Sin embargo el Gasto Publico en Salud apenas alcanza en ese año al 1.55% del Producto Interno Bruto, mientras que el gasto de Salud de la seguridad social alcanzado al 2.59%, del Producto Interno Bruto.

CUADRO Nº 9
BOLIVIA: GASTO NACIONAL EN SALUD PER CÁPITA SEGÚN
COBERTURA POBLACIONAL, 2006

Destino del Gasto	Monto del Gasto en Salud en miles de dólares	Cobertura de población - 2006		Gasto per cápita en Salud en US\$
Gasto Nacional en Salud	473.871	8.274.325	100%	57.27
Gasto Publico en Salud	122.983	3.309.730	40%	37.2
Gasto de la Seguridad Social	206.065	2.234.062	27%	92.2
Gasto Privado en Salud	144.823	1.654.865	20%	87.5

Fuente: Elaborado propia en base a libro M cárdenas. Estudio de Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto de Salud, UDAPE e INE

El año 2006, el gasto nacional per cápita alcanzo a USD 57.27 dólares. Si se tiene en cuenta el gasto en salud a los sectores que hacen al Sistema Nacional de Salud y la población que cubre cada uno de ellos, encontramos que el gasto público en salud per cápita alcanza anualmente a USD 37.2 frente USD 92.2 que gasta la seguridad social y USD 87.5 per cápita anual del sector privado de salud.

a) Provisión de servicios

El 31 de diciembre de 1998, el Gobierno Nacional promulga el Decreto Supremo No. 25265, con el cual se crea el Seguro Básico de Salud, como un servicio público de acceso universal y destinado a otorgar prestaciones esenciales en salud, con calidad y adecuación cultural.

Con respecto al el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, se añaden algunas prestaciones para la niñez menor de 5 años y las mujeres en edad fértil, y se amplía a la población general que vive en zonas endémicas.

El Seguro Básico de Salud, otorga un total 92 prestaciones de carácter promocional, preventivo y curativo. Entre ellas está la detección de la sífilis

materna, incluida como el Subprograma de Eliminación de la Sífilis Materna y Congénita, con Resolución Ministerial No. 365 de agosto de 1998. Todas las acciones se hallan orientadas a reducir la mortalidad en el neonato y en la niñez, y la mortalidad materna.

Servicios de salud poblacional: Los programas prioritarios están orientados hacia los grupos vulnerables (primordialmente menores de 5 años, mujeres en edad fértil y adolescentes) para ser ejecutados a través de acciones de promoción y prevención desarrolladas desde el primer nivel de atención por auxiliares de enfermería y promotores de salud, y mediante campañas educativas implementadas en el nivel comunitario e institucional.

Existen los Programas de Prevención de la tuberculosis, rabia y enfermedad de Chagas. La cobertura no está cuantificada. Entre los programas de detección precoz de patología se encuentra el de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino.

Sin embargo los datos de compromisos de gestión registran para el año 2005 un logro del 89% para DPT3 en menores de un año.

El incremento de la cobertura del parto institucional entre aumentó de 42.3% en 1994 a 55.9% en 1998. El fuerte incremento entre los dos últimos estudios se debe fundamentalmente a la gratuidad de la atención de parto brindada por el Seguro Nacional de la Mujer y el Niño a partir de 1996.

Las cinco causas más frecuentes de consulta son: enfermedades del aparato respiratorio, infecciosas intestinales, enfermedades del sistema osteomuscular, de la piel, de los órganos genitales, y de la cavidad bucal.

El personal Auxiliar de Enfermería desarrolla acciones de atención primaria en salud a través de consulta externa en patologías prevalentes y visitas domiciliarias programadas semanalmente a las comunidades.

3.8 POLÍTICAS DE SALUD

3.8.1 Plan Nacional de Desarrollo

Durante el 2006 el actual gobierno ha presentado el Plan Nacional de Desarrollo (PND), el cual tiene como objeto fundamental en el área de la Salud

la eliminación de la exclusión social, que se conseguirá con la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, que asume la medicina tradicional.

Según el PND, este sistema será inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y calidez. Participará de la dimensión económica, productiva, sociocultural y política organizativa, generando capacidades individuales, familiares y comunitarias, actuará de manera intersectorial sobre los determinantes de salud con participación plena en todos sus niveles, orientado hacia la promoción de hábitos saludables, de la actividad física y deportiva, que cuida, cría y controle el ambiente, promueve y se constituye en el espacio de organización y movilización socio comunitaria.

Por otra parte menciona que el rol del Estado, estará basado en una concepción social, comunitaria y plurinacional de la salud, y garantizará el Derecho a la Salud y la ciudadanía plena en la que se abrirán espacios para la participación de nuevos actores.

Por último esta política proyectaba que la población boliviana, hasta el 2006, acceda en un 100 por ciento al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, además del acceso a servicios básicos. Eliminar la desnutrición en niños menores de cinco años. Alcanzar la mayor cantidad de años de vida en forma saludable con menor incidencia de enfermedades.

El sistema de salud generará un ambiente sano y sostenible vigilando el ámbito productivo, los desechos industriales, residuos hospitalarios y suelos (minería, agricultura, hidrocarburos y otros). Para ello se crearán políticas, normas y sistemas. Se eliminará la violencia intrafamiliar focalizada principalmente en niñas de municipios pobres.

Dentro del PND, se tienen especificadas las siguientes Políticas y Estrategias.

Política 1: Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud Esta política permitirá el acceso a los servicios de salud del 100 por ciento de la población boliviana bajo el Sistema Único, Intercultural y Comunitario, mediante la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, logrando una población sana y productiva, que participe en la transformación económica, social y cultural, con la aplicación de un modelo de salud familiar, plurinacional y comunitaria.

La estrategia de esta política es la Universalización del acceso al Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud, orientada a superar toda forma de exclusión en salud, que se traduce en altos índices de enfermedad y muerte, pero también en personas con hábitos no saludables.

Para la implementación del programa Modelo de Salud Familiar y Comunitaria Intercultural se fortalecerá las redes de salud (infraestructura, equipamiento, insumos, medicamentos y capacitación del personal de las redes de servicios de salud, redes sociales e intersectoriales) en todo el ámbito nacional (nueve prefecturas y 327 municipios) para aumentar la capacidad resolutive de enfermedades y discapacidades.

El proyecto de gestión de la calidad, con carácter plurinacional, cuenta con un enfoque de género y generacional, lo cual creará reciprocidad del sistema con la comunidad y el respeto a los derechos de los indígenas, reconociendo, efectivamente, la medicina tradicional en las redes de salud en todo el país.

El proyecto de extensión de coberturas, desde unidades fijas y unidades móviles de salud, llega a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país, el periodo de ejecución es fue del 2006 al 2010 se espera que la población boliviana tenga acceso a un sistema único plurinacional y comunitario.

Política 2: Rectoría Esta política recupera la soberanía y la rectoría del sistema, liderizando la intersectorialidad para la salud; con mayor capacidad de gestión que permitirá garantizar la sostenibilidad financiera del Sector para proteger la salud de los bolivianos, sus condiciones de vida, de trabajo y de su relación con el ambiente. También se busca que el Sistema de Salud cuente con un marco jurídico normativo, administrativo y financiero independiente de condicionamientos externos.

Para implementar esta política se plantea la estrategia de Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, orientada a fortalecer la rectoría estatal del Sistema Único de Salud, Intercultural y Comunitario y de la intersectorialidad para la salud. El Programa de Conducción, Regulación Fiscalización y Modulación del Financiamiento recuperará para el Estado la responsabilidad de la salud y la protección social de la población, en general, y de los grupos más vulnerables, en particular. El avance será mediante aseguramiento público ampliado y reformas en la Seguridad Social de Corto Plazo.

El proyecto para este programa es el « Fortalecimiento de la capacidad de gestión». Para ello se creará la escuela de gobernabilidad en salud, para formar recursos humanos con capacidad gerencial que implementen la descentralización del sector eficientemente. Asimismo, se realizará profundos cambios en la formación académica de los recursos humanos en salud en todo el país.

Política 3: Movilización Social Está política plantea promover la ciudadanía activa, participativa y responsable de su salud (gestión social, movilización social y control social) creando consejos de salud a nivel nacional, departamental y municipal. Esto permitirá aumentar los años de vida saludable de la población y con ello se logrará contar con más gente sana y, por ende, mayor productividad para el país.

La estrategia de esta política es la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas, orientada a la promoción de una ciudadanía activa, participativa y responsable, con influencia en la creación de una atmósfera espiritual para la percepción del desarrollo físico y mental en el hogar, en el trabajo y en la colectividad, en el marco de la responsabilidad para la sostenibilidad del ambiente sano y productivo.

En ese entendido, los años de vida saludables se darán en el marco de la seguridad humana, que incluye la protección a las personas y el desarrollo de sus fortalezas y aspiraciones; esta seguridad significa que el Estado garantizará el desarrollo de las potencialidades humanas de libertad frente a las privaciones, libertad frente al miedo y libertad para actuar en nombre propio.

Para lograr esta estrategia se implementará el programa Gestión social, movilización social y control social para la revalorización de la salud en las prioridades de los hombres, mujeres, comunidades y familias bolivianas, orientada a lograr la participación comunitaria.

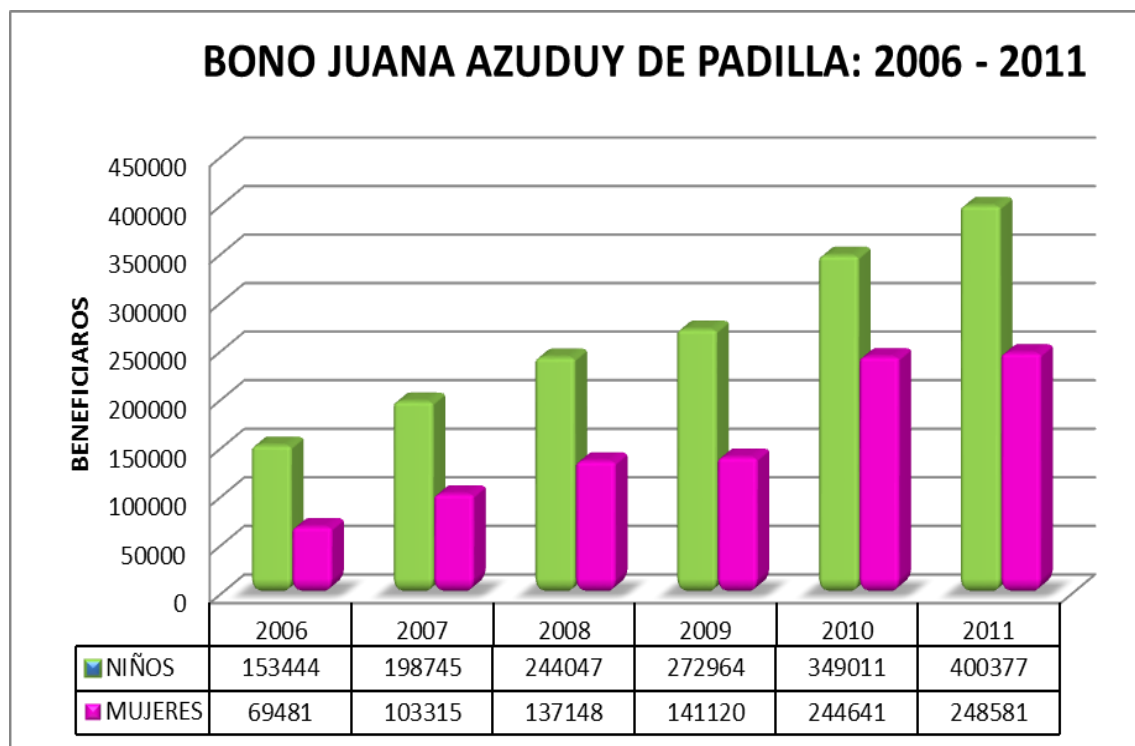
Política 4: Promoción de la Salud Propone la recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir coordinadamente entre el sector salud y los demás sectores del Estado en los factores determinantes de la exclusión social en salud, incrementando el acceso de la población a servicios básicos, como educación, trabajo digno o decente, seguridad, energía limpia, vivienda, saneamiento básico, nutrición y salud para el Vivir Bien.

La estrategia de esta política es la Recuperación de la responsabilidad del Estado en la cultura de salud integral y la calidad de vida, orientada a intervenir, coordinadamente, entre el sector salud y los demás sectores del Estado, en los factores determinantes de la exclusión social en salud, con miras a lograr el Vivir Bien.

Para lograr esta estrategia se implementará el programa «Intersectorialidad», como una acción intersectorial, integral, articulada y sostenible para contribuir a mejorar la capacidad del Estado para enfrentar los problemas de los diferentes grupos sociales, logrando aumentar la calidad de vida y alcanzar la equidad por sobre intereses excluyentes, contribuyendo con ello a la dignidad nacional.

El proyecto de «Promoción de la salud», articulará al sector educativo, por ser el encargado de formar la mente de las y los niños, y producir recursos humanos para el desarrollo nacional. Este proceso debe generar un enfoque de salud para la educación y de educación para la salud; contribuyendo a la generación de personas sanas, inteligentes y creativas, capaces de agregar valor agregado a la producción en cualquier área.

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Ministerio de Salud y Deportes

Política 5: Solidaridad Esta política desarrollará una alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientado a eliminar la exclusión social en salud más intolerable e inserción de esos grupos a mejores niveles de vida. Esto implica un plan de acciones inmediatas intersectoriales bajo la coordinación del Sector Protección Social y con recursos de los sectores incorporados en su programación operativa como acciones intersectoriales.

La estrategia es la Alianza nacional para la erradicación de la desnutrición, la violencia y la inclusión de grupos más desprotegidos que viven en extrema pobreza, orientada a eliminar la exclusión social en salud más intolerable y la inserción de esos grupos en mejores niveles de vida. Para lograr esta estrategia se implementará el programa Solidaridad, que busca mejorar la calidad y la cantidad de los alimentos y, sobretodo, cambiar los hábitos alimentarios, focalizado las intervenciones en forma inmediata, en tanto se vayan modificando las estructuras sociales y del Estado para el «bien vivir». Asimismo, se plantea luchar contra la violencia, fundamentalmente en niñas menores de cinco años.

El proyecto prioritario, a través de la intersectorialidad, denominado Nutrición pretende mejorar la alimentación y nutrición a los niños menores de cinco años y mujeres en edad fértil; cambiar los hábitos alimentarios con enfoque plurinacional; implementar la capacidad del sector salud en la gestión nutricional y lograr la participación comunitaria para prevenir y combatir la desnutrición, y mejorar la salud de la población boliviana.

3.8.2 Otras Políticas de Salud Implementadas Anteriormente

Como antecedentes de la política de Salud actual se tienen los Diálogos Nacionales de Salud en sus dos fases que se llevaron a cabo con representantes de instituciones y organizaciones de los distintos niveles de Gestión del sistema público de salud y entidades involucradas con el sector salud.

En esto Diálogos se escucharon los criterios para lograr consensos sobre las propuestas de la sociedad civil y del resto de las instituciones públicas y privadas que tenían relación directa o indirecta con el desarrollo del sector. Múltiples eventos y documentos forman parte de los antecedentes de estos diálogos.

Las Políticas de Salud normativas implementadas están relacionadas de acuerdo a las Políticas anteriores de los Gobiernos pasados.

a) Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) (2003-2011)

Es un sistema nacional, creado por Ley N° 2426, de 21 de noviembre de 2002. El SUMI sustituye al Seguro Básico de Salud (SBS) y al Seguro Básico de Salud Indígena y Originario (SBS-IO).

El SUMI entro en vigencia en toda Bolivia el 1 de enero del 2003, con carácter universal y gratuito para otorgar prestaciones en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud.

El Seguro Materno Infantil (SUMI) es de carácter obligatorio y coercitivo para las Prefecturas, Municipios, Establecimientos del sector público y de la seguridad social de corto plazo quienes tienen la responsabilidad de su implementación. Este Seguro fue parte de la estrategia Bolivia para la reducción a la pobreza (EBRP).

El SUMI tiene como beneficiarios a:

- Niños y Niñas hasta los 5 años de edad, que llegan a constituir el 13% de la población boliviana.
- Mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación, hasta los 6 meses después del parto. Se calcula que los embarazos esperados representen el 4% de nuestra población.
- Más de 400 prestaciones de atención médica y exámenes de laboratorio de carácter preventivo y curativo con el fin de reducir el impacto de las principales causas de mortalidad y morbilidad materno infantil.
- Cubre prácticamente todos las atenciones que la población beneficiaria requiera, incluyendo capacitación y educación sanitaria.

Las únicas prestaciones que no cubre el SUMI son:

- Ortesis y prótesis (articulares, válvulas y marcapasos cardíacos, neurológicas, lentes, audífonos y placas dentales fijas y removibles), cirugía estética, quimioterapia, radioterapia y cobaltoterapia, trasplantes de órganos y tejidos, diagnóstico y seguimiento de cromosopatías y otros síndromes dismórficos, rehabilitación de la parálisis cerebral infantil, ortodoncia y otras malformaciones congénitas no especificadas en la lista de prestaciones.

Las fuentes de financiamiento del Seguro Materno Infantil SUMI son las siguientes:

- TGN por los recursos humanos del sector público
- Seguridad Social a corto plazo, ONG´s e Iglesias bajo convenio.
- Impuestos Nacionales de Coparticipación Tributaria Municipal.
- Fondo Solidario Nacional, cuyos recursos provienen de la Cuenta Especial del Dialogo 2005 (Recursos HIPC II de alivio a la deuda externa).

Los responsables de implementar el Seguro Materno Infantil SUMI son los Gobiernos Municipales, quienes deben cancelar a los establecimientos de salud por las prestaciones otorgadas. Para cubrir el costo de estas prestaciones los Municipios deben incrementar un porcentaje gradual en los fondos de coparticipación que perciben anualmente

b) Seguro Medico Gratuito de Vejes (SMGV)

El Decreto supremo Nro. 24448 del 24 de mayo de 1996 crea el seguro de vejez. A través de este seguro las personas mayores de 65 años recibían atención gratuita en todos los centros de la Caja Nacional de Salud (CNS).

Este seguro se financiaba con aportes de la Lotería Nacional de Beneficencia y salubridad que provenía de la prima de las ganancias de las empresas de juegos de azar. Lamentablemente, los recursos de la lotería no eran predecibles y puso en riesgo financiero al seguro, finalmente, con la restricción de los juegos de azar deja de existir el financiamiento para éste seguro.

Con el objeto de solucionar el problema de financiamiento, se diseñó un nuevo seguro. La Ley Nro. 1886 “Ley de Derechos y Privilegio y Seguro Médico Gratuito de la Vejez”, del 14 de agosto de 1998, crea el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV).

Los objetivos y la población beneficiaria son: el SMGV tiene el objetivo de atender las demandas de salud de manera integral a través de “Prestaciones en especie del Seguro de Enfermedad, de Medicina Preventiva y Accidentes No Profesionales, establecidos en el Código de Seguridad Social,⁵ con carácter

⁵D.S. Nro. 25186, Art. 9, sobre las prestaciones.

gratuito para los asegurados bolivianos, con radicatura permanente en el territorio nacional, de 60 o más años de edad y que no cuenten con otro seguro de salud”.

Seguro de Salud Para El Adulto Mayor (SSPAM)

Con la aprobación de la Ley No. 3 323, el Congreso Nacional boliviano creó el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM). El SSPAM es aplicado en todo el territorio boliviano y tendrá un carácter integral y completamente gratuito.

El SSPAM prevé prestaciones de salud, en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, a personas mayores de 60 años que radiquen permanentemente en el territorio nacional y que no cuenten con ningún tipo de seguro de salud.

La implementación y administración del SSPAM, respetando los principios de universalidad, solidaridad, equidad e integralidad a favor de los beneficiarios, estarán a cargo de los gobiernos municipales, los que deberán utilizar recursos propios y recursos provenientes del impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).

c) Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO)

El Seguro escolar de salud obligatorio esta otorgado por el Gobierno Municipal del Alto, está dirigido a beneficiar a niños/niñas, adolescentes en edad escolar, desde nivel inicial hasta el cuarto de secundaria. Además de organizaciones de niños trabajadores de la calle hasta los 21 años.

Brinda atenciones y prestaciones en salud de manera gratuita, en consultas médicas, la atención por resfrío, medicina general, todo tipo de laboratorios, como ser hemogramas, examen de orina, Rayos X, hospitalización en neumonía, apendicitis, atenciones odontológicas, éstas entre algunas de las más de 50 prestaciones que se tiene.

3.9 BARRERAS DE ACCESO A SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD

Cárdenas (1993) y Peñaranda (2006), afirman que los factores socioeconómicos, culturales e informativos son determinantes en la decisión del individuo para demandar atención en salud. Además, evidencian que el problema es mayor al hacer un análisis a nivel rural, ya que este sector de la

población, además de pertenecer al grupo de menores ingresos, está muy ligado a sus costumbres, creencias y prácticas étnicoculturales relacionadas a la salud.

Según el trabajo realizado por Hidalgo (2006), las principales barreras a la atención de salud pueden clasificarse en cuatro grupos: barreras económicas, barreras geográficas, barreras culturales, barreras en la calidad en la atención. La gente de menores ingresos sufre de peores condiciones de salud que las personas ubicadas en una mejor situación económica; uno de los determinantes de la demanda de atención de salud es el nivel de ingreso.

Las barreras geográficas son muy significativas y están ligadas a la inequidad que existe en la provisión de servicios entre el área urbana y el área rural. En el área urbana la barrera geográfica ha sido prácticamente eliminada debido a la proliferación de los establecimientos de salud, especialmente de primer nivel de atención.

En cuanto a las barreras culturales, es preciso incluir el idioma y todas las costumbres propias de la población. El problema del idioma surge cuando los encargados de proveer atención médica no pueden comunicarse con los pacientes.

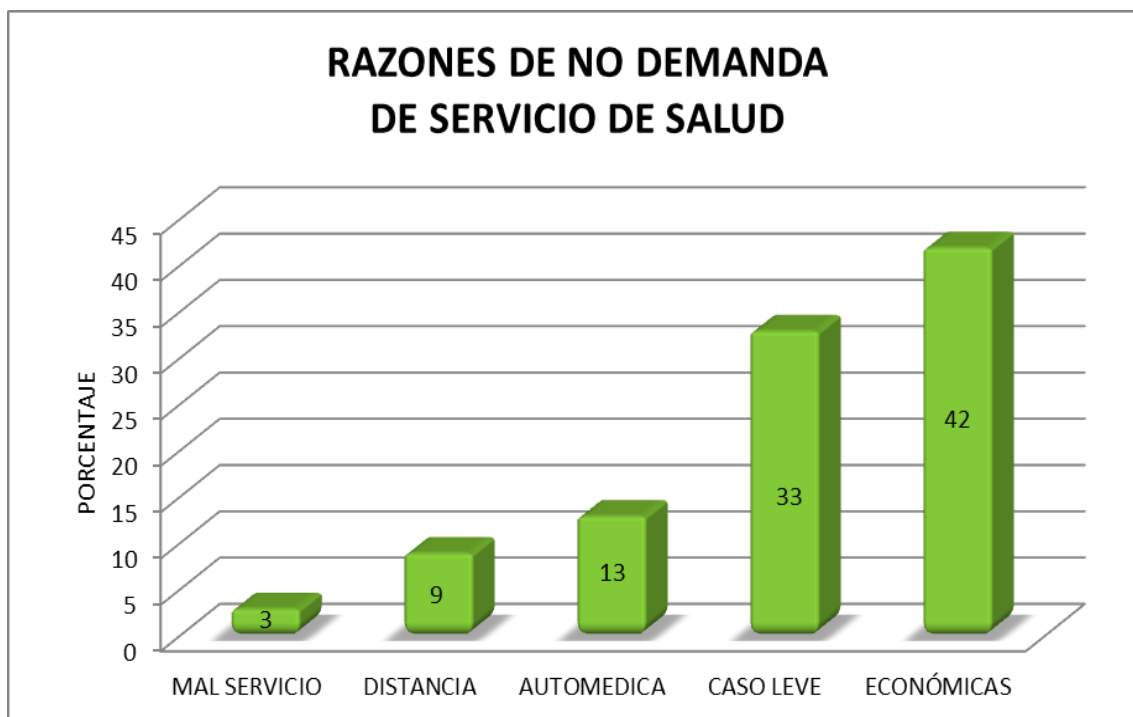
Finalmente, las barreras de calidad en la atención incluyen la insuficiencia técnica, personal no capacitado, calidez en el trato y confianza en el servicio, entre otros.

3.9.1 Exclusión social de salud

En base a un análisis de exclusión de salud en Bolivia realizado por la OPS y UDAPE (2004), se concluyó que la exclusión en salud está asociada a barreras de tipo económico-financiero, geográfico, y étnico-cultural. Las barreras económicas pueden estar relacionadas a la capacidad de generar ingresos de las familias y las asignaciones presupuestarias del gobierno para el sector salud. Las barreras geográficas están relacionadas con el grado de ruralidad del país y la dispersión poblacional, sumados a los problemas de transporte y vías de comunicación, que dificultan la llegada de la oferta de servicios a la población. Las barreras laborales están ligadas al grado de informalidad de la economía, dada la relación positiva entre formalidad y afiliación a la seguridad social de corto plazo.

La razón de no demanda de servicios de salud de acuerdo a la MECOVI, señala, a las causas económicas como el mayor motivo de no asistencia a estos servicios (42%), luego se encuentra la declaración de un caso leve (33%), el 13% se auto medicó, 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.

GRAFICO N° 5



Fuente: Organización Panamericana de la Salud. "Caracterización de la exclusión en Bolivia".

3.10 EL INGRESO EN BOLIVIA

Según Hernani (2007), Bolivia surge como uno de los países más desiguales de Latinoamérica y el Caribe, con niveles superiores incluso a los de países como Brasil, ampliamente reconocido como el paradigma de la desigualdad de la región.

Al igual que sucede en el resto de otros países, la situación de la desigualdad actual presente en Bolivia es producto de una desigualdad histórica y heredada a lo largo de la tradición del país. Desde los tiempos coloniales, las instituciones económicas, políticas y sociales establecidas favorecieron una desigual distribución de los recursos generados.

Como reflejo en el cuadro N° 10, la concentración del ingreso en Bolivia es alarmante. Mientras que en la mayoría de los países de Latinoamérica el ingreso per cápita del 10% más rico se encuentra entre 10 y 20 veces por encima del ingreso del 40% más pobre; en el caso boliviano, esta relación es superior a 20 veces (28,5 de promedio para el período estudiado, comprendido entre 2001 y 2011). Si se realiza el mismo ejercicio para la relación entre el quintil más rico y el quintil más pobre, esta diferencia aumenta. Es decir, mientras en diversos países de la región, la renta per cápita del 20% más rico es entre 10 y 25 veces la renta del 20% más pobre, el promedio entre 2001 y 2006 de ésta razón en Bolivia se ha ampliado a 52, 2 veces.

CUADRO N° 10
EVOLUCIÓN DE LA DESIGUALDAD EN LA DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO,
BOLIVIA Y OTROS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA. (2001-2011)

PAÍS	RAZÓN	RAZÓN	RAZÓN	ÍNDICE
	Y>90/Y<=40	Y>90/Y<=40	Y>90/Y<=40	DE GINI
BOLIVIA	28,5	52,2	178,3	0,609
ARGENTINA	14,7	17,6	37,8	0,519
BRASIL	21,5	24	53	0,585
CHILE	18,3	19,2	43,3	0,564
COSTA RICA	14,3	15,5	33,7	0,518
HONDURAS	14,1	15,9	32,8	0,514
MÉXICO	15,9	17,5	38,8	0,537
PARAGUAY	17,1	25	63,7	0,54
URUGUAY	9,6	10,6	19,3	0,447
MÉXICO	10,8	12,2	25	0,469

Fuente: Elaboración propia, con Datos Organización Mundial de la Salud.

Este diferencial de rentas en Bolivia se maximiza cuando se analiza las diferencias de ingreso entre los dos extremos de la distribución. De este modo, un individuo perteneciente al grupo compuesto por el 10% más rico del país tiene una renta media que supera en más de 175 veces la renta media de un individuo del decil más pobre de la población.

Los resultados analizados demuestran que la desigualdad existente en Bolivia se deriva tanto de una fuerte concentración del ingreso en torno a la población más rica, como a los bajos niveles de ingreso de los más pobres.

Analizando el indicador de Gini se puede concluir que Bolivia es el país con mayor desigualdad de la región. Asimismo, la evolución en el tiempo de esta desigualdad en la distribución del ingreso en Bolivia demuestra que aunque la desigualdad disminuyó, este indicador no fue suficiente para contrarrestar el incremento experimentado en los años promedio.

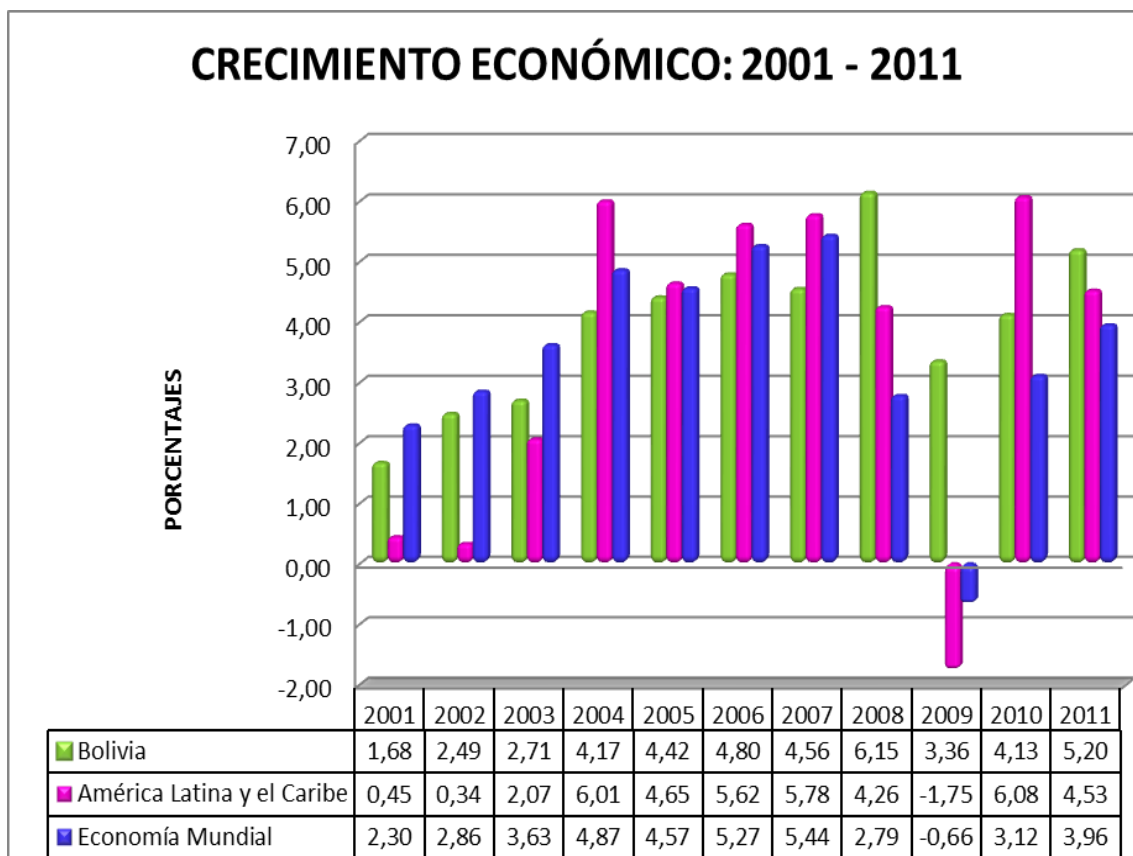
En este sentido, la distribución del ingreso presenta un alto grado de polarización económica, ya que la población está claramente dividida y concentrada en torno a diferentes grupos o estratos en función de los niveles de ingreso, y al mismo tiempo, la distancia entre estos grupos, en términos de diferencia de renta, es muy alta.

Al igual que sucede con los niveles de desigualdad, y de acuerdo con las estimaciones aparecidas en (Hernani, 2007), Bolivia presenta los niveles de polarización económica más altos entre los países de la región analizados.

Dentro de los diferentes efectos que elevados niveles de desigualdad y polarización en la distribución del ingreso pueden tener en la disminución de la pobreza, dos aspectos aparecen como los más relevantes de acuerdo con el escenario socioeconómico presente en el país.

Por un lado, y de manera directa la elevada desigualdad reduce de manera significativa la contribución que el crecimiento económico tiene en la reducción de la pobreza. Por el otro, recientes estudios académicos demuestran los efectos que por si mismo pueden tener la desigualdad y la polarización, al disminuir la capacidad del crecimiento económico.

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Instituto Nacional de Estadística (INE), Banco Central de Bolivia y Fondo Monetario Internacional (FMI)

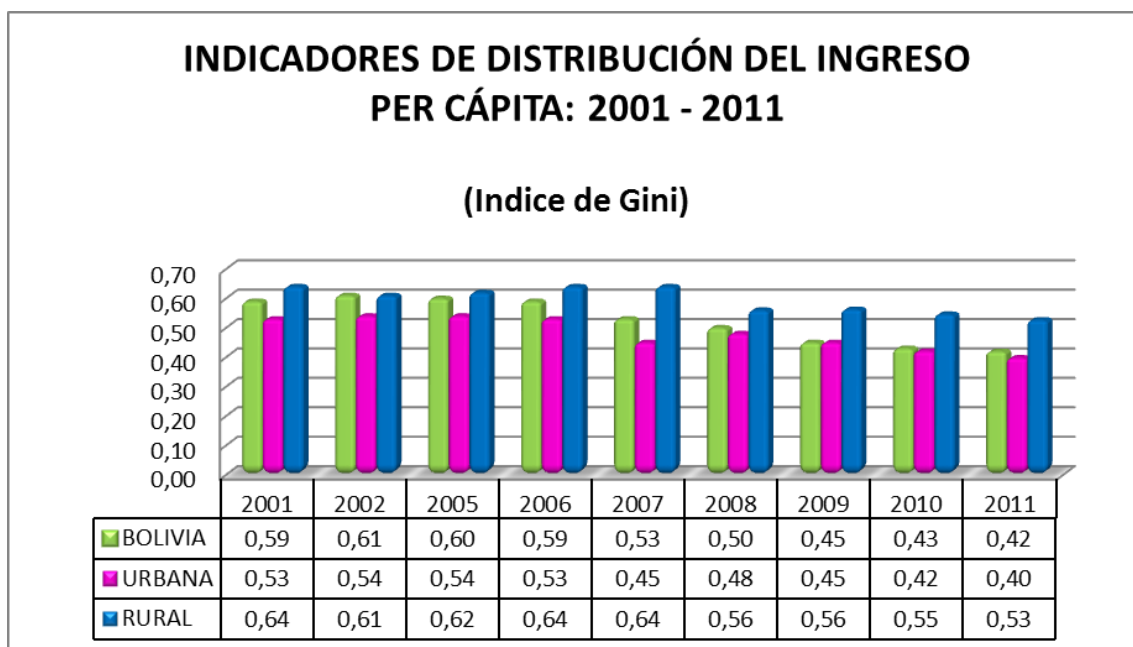
Aunque el crecimiento económico fue un factor positivo en la reducción de la pobreza de todos los grupos, ésta reducción no afectó de gran manera el ingreso salarial de los últimos 6 años.

Las tendencias, de las medidas de pobreza y la distribución del ingreso en el área urbana de Bolivia muestra que la situación es preocupante, debido a que aproximadamente el 50% de los hogares se encuentran debajo de la línea de la pobreza⁶. Y el coeficiente de Gini se encuentra alrededor de 0.50⁷; es decir, según el coeficiente de Gini existe una desigualdad relevante para la distribución de los ingresos en el país.

⁶ La Línea de Pobreza divide la población en dos grupos, el primero corresponde a los que sí pueden cubrir las necesidades básicas y el segundo por los que no lo logran.

⁷ El Coeficiente de Gini es una medida de distribución de ingresos que oscila entre 0 (completa equidad) y 1 (completa desigualdad).

GRÁFICO N° 7



Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Notas: (1) No se calcularon estos indicadores para la Encuesta Continúa a Hogares 2003 - 2004, por tanto no existe información para ese período.

3.11 INDICADORES DE SALUD Y POBREZA EN BOLIVIA

Aunque Bolivia ha conseguido avances importantes frente a las carencias de carácter social, la constante precariedad de sus indicadores económicos ha objetado un desarrollo integral. De acuerdo con los cálculos realizados a partir de la Encuesta Continua de Hogares (ECH) para los años 2001 – 2009 y 2011.

Considerando como pobres “a los individuos cuyo nivel de ingreso del hogar per cápita está por debajo del ingreso que normativamente se juzga constituye un mínimo razonable para satisfacer las necesidades alimentarias y no alimentarias de una persona de acuerdo a los estándares de vida de la sociedad” (Hernani, 2007); Bolivia presenta, unos niveles de pobreza moderada y pobreza extrema alarmantes, manteniéndose como uno de los países más pobres de la región.

Con una población estimada de casi 8 millones y medio de habitantes, el país contaba a nivel promedio 2006-2011 con un 63,8% viviendo por debajo de la

línea de pobreza,⁸ y un 39,5% viviendo en condiciones de extrema pobreza. O lo que es lo mismo, aproximadamente 2 de cada 3 bolivianos no alcanzan los ingresos necesarios para satisfacer sus necesidades alimentarias y no alimentarias personales básicas; y 1 de cada 3 es extremadamente pobre, es decir, con los ingresos personales ni siquiera alcanza a satisfacer las necesidades alimentarias.

CUADRO N° 11
ANÁLISIS DE LA POBREZA EN BOLIVIA SEGÚN ÁREA GEOGRÁFICA
PROMEDIO 2001-2011

	Bolivia	Urbano	Rural
<i>Pobreza</i>			
% de pobres	63,5	51	84,5
Número de pobres(en millones)	5,13	2,58	2,55
Ingreso promedio anual de los pobres	1.552	2.281	817
Brecha de pobreza (en % respecto a la línea pobreza)	36,6	22,4	60,3
Brecha de pobreza anual por pobre	1.909	1.781	2.038
<i>Pobreza extrema</i>			
% de pobres extremos	40,2	22,6	69,5
Número de pobres extremos en millones	3,24	1,14	2,1
Ingreso promedio anual de los pobres extremos	808	1.314	533
Brecha de pobreza extrema (en % respecto a la línea de pobreza)	22,9	8,8	46,4
Valor anual de la brecha de pobreza extrema por persona)	987	833	107

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (2011)

A nivel promedio 2001-2011, el ingreso medio mensual de un habitante pobre en Bolivia fue de 194,4 Bs., un 64,4% de cantidad total expresada en bolivianos necesarios para satisfacer las necesidades valoradas en el umbral de pobreza (alimentaria y no alimentaria). Análogamente y en promedio, los pobres extremos alcanzaron el 78,8% del ingreso necesario para suplir las necesidades alimentarias (la renta media de los pobres extremos fue de 127,5 bolivianos).

⁸ Aproximadamente 5,28 millones de bolivianos, 400.000 personas más que en 2001-2005.

El análisis de la distribución geográfica de la pobreza demuestra nuevamente la disparidad existente entre el mundo rural y urbano. Mientras que el 51% de la población urbana se podía considerar pobre, en el área rural este porcentaje asciende hasta el 85%. Del mismo modo, quizás más significativo resultan los datos referentes a la brecha de pobreza. Como se muestra en el cuadro anterior, los ingresos de los pobres del área rural son mucho menores de los del área urbana en relación con sus respectivas brechas de pobreza.

De este modo los ingresos de un pobre medio en el área rural son de 94,4 bolivianos (apenas un 40% del umbral de pobreza rural), mientras que los de un pobre de la ciudad alcanzan los 264 bolivianos, una cantidad mucho más cercana al umbral de pobreza urbana (un 77,5% del umbral de pobreza urbana). La pobreza extrema está mucho más extendida en el área rural; tanto la brecha como la intensidad esta significativamente más arraigada en el campo que en la ciudad.

Estos altos niveles de pobreza en Bolivia tienen importantes implicaciones, la pobreza como un medio supone un obstáculo para alcanzar una vida sana, larga y digna.

La nutrición adecuada en la niñez tiene un impacto crucial sobre el potencial productivo del adulto. En Bolivia el total de niños con desnutrición crónica asciende al 27% y de ellos el 8% sufre desnutrición crónica severa. La malnutrición es otra expresión de nutrición inadecuada, la anemia es una forma de mal nutrición que se considera grave debido a que tiene serias consecuencias sobre el rendimiento de las actividades diarias y sobre el desarrollo físico e intelectual. Según datos del ENDSA 2008, el 51% de los niños bolivianos presenta algún grado de anemia y entre los niños entre 10 y 11 meses este porcentaje se eleva al 89%.

Se estima que el efecto de la desnutrición crónica sobre la productividad futura de los niños ocasionará pérdidas de alrededor de 510 millones de dólares para el período 2010.

La pobreza es una condición de violación simultánea de derechos. El 51% de los habitantes de Bolivia vive en condiciones de pobreza y el 26% en condiciones de pobreza extrema (UDAPE, 2011 a)⁹.

⁹ Datos provisionales. En 2008 eran 59% y 33% respectivamente. Se define como población en extrema.

Estas cifras son muy superiores a los promedios latinoamericanos, especialmente cuanto a la pobreza extrema, que para el conjunto regional fue de 12,5% (CEPAL, 2009 a)¹⁰.

La pobreza extrema tiene más peso en el campo que en la ciudad. De las 2,7 millones de personas en pobreza extrema, 1 millón reside en áreas urbanas y 1,7 millones en el área rural (UDAPE, 2011 a).

La pobreza extrema afecta más a las poblaciones originarias, pues de cada 5 personas en pobreza extrema, al menos 3 son indígenas. Las estadísticas muestran, además, que la pobreza afecta más a los niños y las niñas que a cualquiera otro grupo poblacional (UNICEF, 2010 c). El análisis desde la perspectiva de género muestra que la pobreza tiene rostro de mujer indígena.

Según la última Encuesta de Hogares realizada por el INE, el 63% de las mujeres del área rural estarían en condiciones de pobreza extrema y en el área urbana el 23%. Si incluimos la variable de autoidentificación étnica, vemos que el 74% de las mujeres que se identifican con la comunidad quechua y el 72% de las mujeres identificadas con la comunidad aymara viven en condiciones de pobreza (INE, 2007) (MIN. JUSTICIA-VIO, 2008).

3.12 LA SITUACIÓN DE LA SALUD EN BOLIVIA

El gobierno actual tiene como uno de sus objetivos apoyar la institucionalidad y gobernabilidad, y continuar la lucha contra la pobreza y la exclusión social, con el fin de integrar aquellas personas que no logran satisfacer sus necesidades básicas, siendo una de las más importantes, el acceso a los servicios de salud.

Se han realizado avances importantes en lo que se refiere a la expansión de algunos servicios, atención del embarazo, el parto y el recién nacido, provisión de medicamentos, introducción de nuevas vacunas e incorporación de la medicina tradicional.

Así, también significativos avances en cuanto a la prevención de enfermedades mediante vacunas.

pobreza a aquella cuyos ingresos no le permiten adquirir la canasta alimentaria y no alimentaria mínima.
¹⁰ La pobreza extrema en Latinoamérica se ha calculado como la proporción personas que tienen ingresos inferiores a un dólar por día. La comparación con la medición Boliviana basada en la canasta alimentaria mínima es meramente indicativa.

CUADRO N° 12
STOCK DE ÍTEMS Y CREACIÓN DE ÍTEMS EN EDUCACIÓN
Y SALUD 2005-2011

(En número de ítems)

Sector	Stock de ítems		Creación de ítems 2006 – 2011
	2005	2011	
Educación	138.243	162.458	24.215
Salud	17.743	22.608	4.865

FUENTE: Dirección de Finanzas Territoriales y Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal.

Sin embargo, el país aún tiene grandes desafíos para lograr y garantizar de una manera sostenible, universal y efectiva el derecho a la salud.

En Bolivia, actualmente siguen predominando los casos de personas que se enferman y mueren predominantemente por causas que podrían prevenirse o tratarse adecuadamente, algunas de las cuales tienen ya muy poca prevalencia en el resto del continente, como rabia humana y enfermedades parasitarias. Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas continúan siendo las principales causas de enfermedad y muerte.

Es necesario hacer notar que la tuberculosis pulmonar ha disminuido pero continúa siendo un problema severo de salud pública. Paralelamente se han incrementado problemas de salud ligados a la transición hacia un país de ingreso medio, tales como las enfermedades crónicas no transmisibles, trastornos de salud mental, accidentes de tránsito y diversas formas de violencia.

Bolivia ha logrado importantes avances en cuanto a la prevención de enfermedades mediante vacunas. También tiene logros relevantes en materia de regulación farmacéutica. (NACIONES UNIDAS, 2011).

Bolivia enfrenta serios problemas de salud ligados a enfermedades endémicas que inciden en gran porcentaje de la población. Las enfermedades transmitidas por vectores afectan a 8 de los 9 departamentos del país, y están concentradas en las áreas de mayor pobreza del territorio, constituyéndose en un serio problema de salud pública (Ministerio de Salud y Deportes, 2011).

Las principales causas de muerte de los niños en Bolivia son la diarrea y las infecciones respiratorias agudas. Se calcula que 35,7% de las muertes de los niños menores de 5 años se deben a enfermedades diarreicas agudas y 20,4% a infecciones respiratorias agudas.

CAPITULO IV MARCO PRÁCTICO

Sobre la base de que nuestro principal objetivo es encontrar las variables que de mejor forma explican el ingreso de las personas, debemos recurrir a datos empíricos de manera de poder explicar tales variables.

Con el objeto de realizar comparaciones de información durante diferentes periodos de tiempo, a partir del año 2001 se realiza un análisis comparativo de la evolución de los ingresos, el nivel salud, y otras variables para Bolivia.

Para estimar el impacto que tienen los seguros de salud sobre el ingreso de las personas en Bolivia, se utilizó el modelo Mincer descrito en el marco teórico. El análisis se realizó para las gestiones 2001 - 2009 y 2011.

En la primera parte se especifica el modelo, se presentan la variable endógena y las variables exógenas referentes o relacionadas al estado de salud (cobertura de seguros), ingresos, nivel de educación (escolaridad), edad, experiencia, residencia (urbano, rural) etc.; que permitan realizar un análisis inicial de las variables bajo estudio.

En la segunda parte se estima el modelo econométrico y se analizan los resultados que permiten probar la hipótesis planteada. La forma más usual de cuantificar lo anterior, es decir, de determinar los rendimientos que se obtienen por invertir en capital humano, es la ecuación de ingresos de Mincer (1970).

Este postula que los ingresos de las personas dependen del nivel de educación alcanzado, estado de salud, la experiencia laboral, a lo que agrega un grupo de variables adicionales, dentro de las cuales se consideran características socioeconómicas y laborales, que son capaces de marcar diferencia en los respectivos ingresos.

Dentro de estas es frecuente encontrar trabajos donde citan por ejemplo el sexo del jefe de familia con la intención de observar la presencia de discriminación, también se emplea el tipo de actividad que realiza la persona con el objeto de captar si ejerce algún efecto en la renta.

4.1 ESPECIFICACIÓN DEL MODELO ECONÓMTRICO

Para nuestro propósito, emplearemos la ecuación de Mincer a objeto de determinar cómo afectan en el ingreso de las personas, las distintas características que cada uno de los individuos posee, con especial énfasis en el factor salud.

Ya que nuestro análisis debe asociar la salud con la tasa de retorno que se logra por invertir en capital humano, es decir, cuanto se incrementa nuestro ingreso por un mejor nivel de salud, se deben tomar en cuenta todas las variables explicativas del ingreso de las personas. Para el estudio y estimación del modelo, se utilizarán las siguientes variables: Logaritmo del Ingreso personal (LYTP), Salud (D1SLTNT), Escolaridad (ESC), Experiencia (EXP1), Experiencia elevada al cuadrado (EXP2), Sexo (SX), y lugar habitual de Residencia urbana o rural (URBRUR).

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

$$LYTP_i = \beta_0 + \beta_1 ESC + \beta_2 EXP1 + \beta_3 EXP2 + \beta_4 SX + \beta_5 URBRUR + \beta_6 D1SLTNT + u_i$$

Se interpreta el coeficiente β_i como el cambio relativo -o cambio porcentual cuando se multiplica el cambio relativo por cien-, en valor de la media de la variable dependiente, por un cambio unitario en una variable independiente o exógena, esta interpretación puede aplicarse siempre y cuando el regresor sea una variable continua y no dicotómica como es el caso de **SX**, **URBRUR** y **D1SLTNT**. Sin embargo, se puede obtener el cambio relativo en la media de la variable dependiente mediante el mecanismo sugerido por Gujarati (1997): tomar el antilogaritmo (base e) del coeficiente dicotómico estimado y restar uno de éste.

Este modelo es igual a cualquier otro modelo de regresión lineal en el sentido de que los parámetros β_i son lineales. La única diferencia es que la variable dependiente o regresada es un logaritmo natural y los regresores o variables explicativas no presentan tal transformación.

Regresiones como el modelo Mincer se denominan modelos semilogarítmicos por que tan solo una variable (en este caso la regresada) aparece en forma logarítmica.

En este modelo el coeficiente de la pendiente mide el cambio proporcional constante o relativo en LYTP para un cambio absoluto dado el valor de ESC, EXP1, EXP2, SX, URBRUR y D1SLTNT, es decir: ¹¹

$$\beta_i = \frac{\text{Cambio relativo en la variable dependiente}}{\text{Cambio absoluto en la variable independiente}}$$

Si se multiplica el cambio relativo en LYP por cien, entonces β_i nos dará el cambio porcentual en LYP ocasionado por un cambio absoluto en X_i (los regresores).

La regresión simple de Mincer, sin embargo presenta generalmente sesgos de selección los cuales si no son corregidos provocan problemas de inconsistencia en el modelo econométrico estimado, este sesgo puede ser corregido mediante el proceso de Heckman, que ha de formularse a su debido tiempo.

4.1.1 Definición de Variables

Para la investigación de la influencia del nivel de salud sobre el ingreso personal se tomó en cuenta el período comprendido entre 2001 - 2009 y 2011 con datos de corte transversal.

Las variables del estudio son definidas bajo los siguientes parámetros:

a) Logaritmo natural del Ingreso personal (LYTP): El nivel de ingresos es el principal indicador del bienestar de los individuos. Esta variable tiene relación directa con la demanda de servicios de atención en salud, nivel de educación, edad, sexo.

Se mensualizaron los ingresos, ya que en la MECOVI, los montos que las personas declaran, se presenta en días, semanas, quincenas, meses, semestral y anual. Para su conversión se utilizó el criterio de: 1 mes = 25 días, 1 mes = 4 semanas, 1 mes = a 2 quincenas. Con estos factores de conversión, se mensualizó los ingresos que se declaraban con distinta frecuencia, se añadió además ingresos adicionales que el individuo declaró recibir en el período bajo análisis.

¹¹Utilizando cálculo diferencial, se puede demostrar que $\beta_i = d(\text{LYP})/dX = (1/\text{LYP})(d\text{LYP}/dX) = (d\text{LYP})/dX$, que no es otra cosa que: Cambio relativo en la variable regresada/Cambio absoluto en el regresor.

Los ítems tomados en cuenta para la obtención del ingreso mensual son los siguientes:

- Salario líquido recibido al mes.
- Ingreso por horas extra al mes.
- Bono o prima de producción y aguinaldo percibido en los últimos doce meses al mes.
- Alquileres de inmuebles, dividendos e intereses recibidos al mes.
- Rentas por jubilación, benemérito, invalidez, viudez, orfandad, y otras rentas al mes.
- Ingreso total declarado.

De modo que la determinación del ingreso para nuestro análisis se basará en un ponderado de los ítems mencionados que puedan reflejar el Ingreso mensual de los agentes económicos.

En lo que guarda relación a la variable dependiente, está se expresa por el logaritmo natural del ingreso (LYTP), De modo que los distintos parámetros de las variables explicativas representaran los cambios porcentuales de la variable en sí, cuando se modifica en una unidad alguno de los determinantes de la ecuación¹², En el caso de variables dicotómicas,¹³ tal como el nivel de salud alcanzado se realizará una interpretación de las mismas en base a el procedimiento de Gujarati (1997).

b) Salud (D1SLTNT): El nivel de salud alcanzado por la población es la principal variable bajo análisis en el estudio, de modo que su determinación presenta ciertas características particulares La literatura económica reconoce a la salud como una variable no observable, que puede ser sólo aproximada por indicadores siempre imperfectos.

Como una Proxy para cuantificar el nivel de salud alcanzado por el individuo, esta variable se construyó en función a la pregunta de Afiliación a un seguro de salud: público, privado, ninguno y otros (MECOVI, 2001-2009 y 2011).

¹²Es decir, si se multiplica el cambio relativo en la variable dependiente por cien nos dará entonces el cambio porcentual, o la tasa de crecimiento, en la variable dependiente ocasionado por un cambio absoluto en la variable explicativa.

¹³Como afirma Gujarati (1997), la interpretación de variables dummy es un poco distinta y debe realizarse un mecanismo de conversión para interpretar los parámetros estimados.

Para la obtención de esta variable se realizó una recodificación de la pregunta de modo que se ajuste a la investigación¹⁴. Se espera que el parámetro estimado de esta variable tenga signo positivo.

c) Escolaridad (ESC): Existe una relación muy estrecha entre la educación y el ingreso, debido a que la educación eleva la productividad del trabajo y por lo tanto el ingreso. Se puede decir que la inversión en capital humano parece ser muy rentable, ya que cuanto más alto es el nivel educativo de las personas, mayor es el ingreso mensual promedio, principalmente en el ámbito urbano.

Para este estudio la escolaridad se mide en años, siendo la mejor variable Proxy el nivel de instrucción alcanzado por la persona. Basándonos en trabajos anteriores se esperaría que el parámetro estimado presente un signo positivo, ya que a mayor nivel educativo se tiene un mayor ingreso.

d) Experiencia (EXP1): En lo referente a la variable continua experiencia, se espera que esta sea positiva, lo que indicaría que esta aumenta con los años, alcanza un cierto pico y luego disminuye. Con esta variable se espera poder determinar la relación entre experiencia e ingreso. Para la cuantificación de ésta variable se utiliza el nivel de edad declarado por las personas entrevistadas en la base de datos de la MECOVI, menos los años de educación adquiridos (escolaridad) menos cinco (que representa la edad a la que se ingresa al sistema educativo).¹⁵

e) Experiencia elevada al cuadrado (EXP2): Se incorpora la variable experiencia al cuadrado para capturar el efecto de los rendimientos decrecientes del entrenamiento específico (relación parabólica entre el ingreso y la edad) por la justificación anterior deberíamos esperar que tenga signo negativo.

f) Sexo (SX): Respecto al género, éste representa una de las principales variables determinantes del ingreso laboral (salario). Según la teoría económica existe un sesgo de discriminación hacia el sector femenino el no tomar en cuenta esta variable causaría problemas de variables omitidas en el modelo¹⁶. De esta manera es muy posible que el signo asociado a esta variable muestre una relación negativa.

¹⁴ La variable a utilizar, la fuente, el código inicial y la recodificación se presentan en anexos.

¹⁵ La variable escolaridad se construye en función al nivel de instrucción declarado por las personas.

¹⁶ Con problema de variables omitidas los estimadores son sesgados e inconsistentes.

g) Residencia Urbano Rural (URBRUR): La significancia de la residencia de los individuos se basa en la idea que los agentes económicos de áreas urbanas presentan mayor posibilidad de hallar fuentes de empleo mejor remuneradas, y a la vez toma en cuenta el hecho de que el área rural presenta un nivel productivo y de desarrollo menor. Se esperaría por tanto que el signo del parámetro sea positivo.

h) Otras Variables Bajo Consideración: Para la realización del modelo se tomaron en cuenta otras variables en consideración entre estas la variable categoría ocupacional, edad, rama de actividad y la pertenencia o no al eje central. La categoría 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; también se consideró la rama de actividad la cual representa el sector en el que se generan los ingresos, no obstante se decidió no incluirlas por posibles problemas de multicolinealidad y correlación.

La edad de las personas tampoco fue tomada en cuenta debido a que esta se halla estrechamente correlacionada con las variables experiencia y experiencia al cuadrado; 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.

4.1.2 Fuentes de información

Los datos utilizados para este estudio provienen de la “Encuesta Continua de Hogares Programa - MECOVI 2001-2009 y 2011”¹⁷ como se aprecia, en 2010 no se ha realizado la encuesta y por ello no se considera esta gestión, puesto que metodológicamente no se puede inferir acerca de sus resultados.

Es importante mencionar que la Encuesta MECOVI para los años mencionados contiene una pregunta relacionada directamente a la afiliación a un seguro de salud. Esta pregunta permitió construir la variable D1SLTNT para el nivel de salud, la no existencia de tal interrogante para la Encuesta MECOVI 2010, no permitió incluir este año en el estudio.

¹⁷ MECOVI: Programa para el Mejoramiento de Encuestas y la Medición de las Condiciones de vida.

Además, se realizó un proceso de selección y recodificación de las variables exógenas y la variable endógena para la especificación y estimación del modelo

4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS DATOS

Para estudiar empíricamente los problemas de salud e ingreso se ha usado la información de la Encuesta de Hogares del “Programa de Mejoramiento de Medición de las Condiciones de Vida,” (MECOVI 2001-2009 y 2011).

Dicha base contiene información sobre las características estadísticas de los individuos referentes a: ingresos, nivel de salud, años de escolaridad, experiencia, sexo, residencia urbana rural, origen étnico.

Se utilizó además como fuentes de información auxiliares datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), Unidad de Análisis de Políticas Económicas (UDAPE) y la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDSA).

4.2.1 Afiliación a seguros de salud

Una de las formas de protección en salud más importantes en Bolivia es la afiliación a un seguro público y a la seguridad social de corto plazo (Cajas de Salud). Sin embargo, la cobertura es baja, en base a la MECOVI 2001-2009 y 2011, se reporta en promedio apenas un 29% de la población total protegida por los seguros públicos y la seguridad social de corto plazo.

La experiencia de Bolivia en desarrollar esquemas de aseguramiento público orientados a proteger a la madre y al niño, origina la necesidad de crear otra categoría de análisis en el aseguramiento que contemple no solamente la cobertura de la seguridad social de corto plazo, sino también el SBS que se denomina tenencia de seguro de salud.

En cuanto a los seguros de salud privados estos apenas cubren en promedio un 4% de la población. Es notorio que la mayoría de la población no cuenta con ningún tipo de seguro, manteniéndose constante en un promedio de 66% para el período 2001-2009 y 2011, esta situación se presenta pese a la aparición de seguros públicos de salud gratuitos.

CUADRO N° 13
AFILIACIÓN AL SEGURO SEGÚN POBLACIÓN TOTAL

SEGUROS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	PROMEDIO
PUBLICO	28%	27%	30%	29%	29%	27%	28%	28%	32%	31%	29%
PRIVADO	5%	4%	2%	6%	4%	3%	4%	3%	3%	2%	4%
NINGUNO	66%	67%	66%	63%	66%	68%	67%	68%	65%	66%	66%
OTROS	1%	2%	2%	2%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	1%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas MECOVI.

El análisis de la tenencia de seguro según promedio de ingreso, indica que quienes declaran tener un seguro de salud privado tienen un mayor nivel de ingreso con un promedio de Bs. 1.596, seguidos por aquellos que cuentan con un seguro público con un ingreso promedio de Bs. 977, como se esperaba el sector con menor ingreso es aquel que no cuenta con una cobertura sanitaria teniendo en promedio solo Bs. 726, se puede afirmar por tanto que el sector con menos inversión en salud presenta también menor productividad medida por el nivel de ingresos declarado.

CUADRO N° 14
AFILIACIÓN A SEGURO DE SALUD SEGÚN PROMEDIO DE INGRESO

INGRESO PROMEDIO/ SEGÚN TIPO DE SEGURO	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	PROMEDIO
PUBLICO	982,91	1.022,31	903,22	989,41	976,41	1.068,22	738,23	791,63	834,79	1.442,79	974,99
PRIVADO	1.261,05	1.305,43	1.564,19	1.201,00	1.321,09	1.289,76	1.838,62	2.152,23	1.373,62	1.996,46	1.530,34
NINGUNO	769,11	542,66	478,95	885,00	653,21	432,11	525,79	759,32	844,01	987,16	687,73
OTROS	445,75	201,37	200,14	556,28	335,21	67,54	332,75	1.019,04	1.055,36	1.381,45	559,49

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas MECOVI.

Según área de residencia, la tenencia de seguro formal, asociado a la seguridad social de corto plazo y otros seguros, se concentra claramente en el área urbana. De total de asegurados en términos formales para los periodos en estudio, el 87,5% en promedio residen en el área urbana y solo 12,5% en promedio en el área rural. Este sesgo hacia el área urbana demuestra la exclusión en salud que sufre el sector rural del país.

CUADRO N° 15
AFILIACIÓN A UN SEGURO DE SALUD SEGÚN RESIDENCIA
URBANA-RURAL

AFILIACIÓN A SEGURO SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA		2001	2002	2003-2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	PROMEDIO
URBANA	PUBLICO	21%	23%	21%	24%	20%	35%	39%	41%	38%	31%
	PRIVADO	5%	6%	5%	4%	4%	3%	2%	5%	2%	4%
	NINGUNO	72%	70%	72%	72%	75%	62%	57%	53%	59%	64%
	OTROS	2%	1%	2%	0%	1%	0%	0%	1%	0%	1%
RURAL	PUBLICO	6%	4%	5%	9%	7%	21%	25%	16%	25%	12%
	PRIVADO	1%	3%	1%	2%	2%	0%	3%	6%	1%	2%
	NINGUNO	92%	91%	93%	89%	91%	78%	69%	78%	74%	85%
	OTROS	1%	2%	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	1%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas MECOVI.

Esta concentración en el área urbana demuestra el sesgo de cobertura que los seguros públicos han mantenido en los últimos años, no obstante los esfuerzos estatales por revertir la situación.

Sin embargo el área urbana solo cuenta con un 36% de su población asegurada a un seguro público o privado, quedando un porcentaje de 64% aislado de este beneficio.

La situación en el área rural es aún más acentuada, en la medida que el 85% de su población en promedio no dispone de ningún seguro.

Según el sexo, la mayor cantidad de personas afiliadas a un seguro de salud son varones representando el 52% de total de asegurados, el 48% restante pertenece a las mujeres.

Dentro el grupo de varones, en promedio el 26% se encuentra afiliado a un seguro de salud, mientras que el restante y el 73% no cuenta con ningún tipo de seguro, este porcentaje refleja una baja cobertura.

En el caso de las mujeres, el porcentaje de aseguradas es mayor alcanzando un 27%, esta cifra explicada en parte por la implementación de los seguros para la mujer embarazada y aquellos que velan por la salud del adulto mayor.

CUADRO N° 16
AFILIACIÓN A UN SEGURO DE SALUD SEGÚN SEXO

AFILIACIÓN A SEGURO SEGÚN SEXO		2001	2002	2003 - 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011	PROMEDIO
HOMBRE	PUBLICO	18%	16%	15%	16%	16%	30%	27%	31%	33%	22%
	PRIVADO	4%	6%	5%	3%	4%	2%	3%	4%	2%	4%
	NINGUNO	78%	77%	78%	81%	80%	68%	56%	65%	65%	73%
	OTROS	0%	1%	2%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
MUJER	PUBLICO	18%	21%	19%	18%	16%	31%	30%	28%	35%	24%
	PRIVADO	2%	4%	3%	3%	3%	2%	2%	4%	2%	3%
	NINGUNO	79%	75%	78%	79%	80%	67%	68%	68%	63%	73%
	OTROS	1%	0%	0%	0%	1%	0%	0%	0%	0%	0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas MECOVI.

4.3 ESPECIFICACIÓN DEL MODELO ECONÓMTRICO PARA ESTIMAR LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO DE LA PERSONAS EN BOLIVIA

El modelo econométrico para medir el impacto del nivel de salud sobre el ingreso de las personas se presenta de la siguiente manera:

$$LYTP_i = \beta_0 + \beta_1 ESC + \beta_2 EXP1 + \beta_3 EXP2 + \beta_4 SX + \beta_5 URBRUR + \beta_6 D1SLTNT + u_i$$

Dónde:

- LYTP_i** = Logaritmo natural o neperiano del ingreso para el individuo “i”
ESC = Nivel de educación, aproximado por los años de escolaridad
EXP1 = Experiencia en años
EXP2 = Experiencia en años al cuadrado
SX = Variable dummy de género masculino o femenino, donde 1: hombre y 0: mujer
URBRUR = Variable dummy de residencia urbana o rural, donde 1: urbano y 0: rural
D1SLTNT = Variable dummy de acceso a seguro de salud, donde 1: cuenta con seguro de salud público o privado, y 0: no cuenta con seguro de salud
μ_i = Término residual

4.3.1 Estimación del Modelo Econométrico

El modelo econométrico estimado para los años seleccionados presenta los siguientes resultados:

Resultados 2001:

$$LYTP_i = -1,576 + 0,211ESC + 0,045EXP1 - 0,0167EXP2 + 0,831SX + 0,493URBRUR + 0,195D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2002:

$$LYTP_i = -1,702 + 0,22ESC + 0,043EXP1 - 0,0215EXP2 + 0,757SX + 0,377URBRUR + 0,122D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2003- 2004:

$$LYTP_i = -1,45 + 0,128ESC + 0,047EXP1 - 0,012EXP2 + 0,463SX + 0,243URBRUR + 0,175D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2005:

$$LYTP_i = -1,954 + 0,072ESC + 0,039EXP1 - 0,031EXP2 + 0,276SX + 0,949URBRUR + 0,294D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2006:

$$LYTP_i = -1,28 + 0,29ESC + 0,208EXP1 - 0,014EXP2 + 1,2SX + 0,396URBRUR + 0,202D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2007:

$$LYTP_i = -1,39 + 0,205ESC + 0,216EXP1 - 0,002EXP2 + 1,239SX + 0,475URBRUR + 0,269D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2008:

$$LYTP_i = -1,318 + 0,222ESC + 0,182EXP1 - 0,001EXP2 + 1,169SX + 0,609URBRUR + 0,069D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2009:

$$LYTP_i = -1,215 + 0,225ESC + 0,182EXP1 - 0,495EXP2 + 1,155SX + 0,511URBRUR + 0,069D1SLTNT + u_i$$

Resultados 2011:

$$LYTP_i = -1,243 + 0,218ESC + 0,206EXP1 - 0,002EXP2 + 1,245SX + 0,407URBRUR + 0,166D1SLTNT + u_i$$

El cuadro siguiente presenta un resumen de los resultados obtenidos para las regresiones del modelo econométrico para los años 2001-2009 y 2011, los resultados para 2003-2004, son iguales dado que las encuestas se han realizado una sola vez para ambas gestiones.

CUADRO N° 17
RESULTADO DE LA REGRESIÓN PARA EL MODELO ECONOMÉTRICO
DE LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN
CON EL INGRESO DE LAS PERSONAS EN BOLIVIA: 2001 – 2009 y 2011

VARIABLE DEPENDIENTE: LOG DEL INGRESO PERSONAL

VARIABLES	2001	2002	2003 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
C	-1,576 (0,213)	-1,702 (0,381)	-1,45 (0,045)	-1,954 (0,717)	-1,28 (0,04)	-1,39 (0,04)	-1,318 (0,044)	-1,215 (0,045)	-1,243 (0,033)
ESC	0,2115 (0,053)	0,222 (0,042)	0,128 (0,064)	0,072 (0,02)	0,209 (0,003)	0,205 (0,003)	0,222 (0,004)	0,225 (0,004)	0,218 (0,003)
EXP1	0,045 (2,216)	0,043 (1,823)	0,047 (2,609)	0,039 (1,037)	0,208 (0,003)	0,216 (0,003)	0,18 (0,003)	0,182 (0,003)	0,206 (0,002)
EXP2	-0,016 (0,21)	-0,021 (5,671)	-0,012 (8,461)	-0,031 (0,145)	-0,014 (0,08)	-0,002 (0,38)	-0,001 (0,458)	-0,495 (0,071)	-0,002 (0,12)
SX	0,8315 (12,165)	0,7575 (11,34)	0,463 (12,99)	0,276 (9,69)	1,2 (0,03)	1,239 (0,037)	1,169 (0,041)	1,155 (0,41)	1,245 (0,027)
URBRUR	0,493 (0,7127)	0,377 (0,368)	0,243 (0,047)	0,949 (2,71)	0,396 (0,04)	0,475 (0,042)	0,609 (0,43)	0,511 (0,42)	0,407 (0,031)
D1SLTNT	0,1955 (0,215)	0,122 (0,39)	0,175 (0,04)	0,294 (0,74)	0,202 (0,05)	0,269 (0,04)	0,069 (0,76)	0,069 (0,073)	0,166 (0,029)

OBS	12.664	14.075	11.254	16.895	16.511	16.804	15.030	11.375	33.821
R ²	0,378	0,369	0,387	0,351	0,534	0,49	0,533	0,525	0,538
R ² AJUST	0,3765	0,368	0,385	0,351	0,532	0,49	0,533	0,524	0,538
EST F	249,75	340,32	159,19	521,44	2.802,40	2.796,70	2.857,90	2.878,70	6.556,40

Fuente: Elaboración propia

Una vez realizada la estimación para el periodo de referencia, se procede a interpretar los resultados como siguen:

- El coeficiente de cada intersección, β_0 representa el logaritmo de los ingresos medios mensuales para cada año, este resultado ha de ser siempre positivo cuando al mismo se le aplica el antilogaritmo correspondiente.
- El coeficiente de la variable años de escolaridad (ESC), multiplicado por cien, representa el cambio porcentual del ingreso personal (laboral y no laboral), debidos a un cambio unitario en los años de educación. Así por

ejemplo para 2009, un año más de estudio, en promedio, genera un incremento en el ingreso personal del orden del 22,5%.

- El coeficiente de la variable EXP1 se puede interpretar como en el punto anterior. Así por ejemplo para 2009, un año más de experiencia genera en promedio un incremento en los ingresos personales del 18,2%.
- De la misma manera, el coeficiente de la experiencia al cuadrado, (EXP2), representa los rendimientos decrecientes que se derivan de la experiencia, en tanto que a partir de un máximo de experiencia, el ingreso personal comenzará a disminuir.
- El coeficiente de la variable sexo (SX) representa la diferencia en términos porcentuales entre el ingreso promedio de los varones, respecto de las mujeres. Así por ejemplo, para 2009, el ingreso personal promedio de los varones, era superior al ingreso promedio de las mujeres en 115%. Esta suma, aunque parece exorbitante es real, véase el cuadro siguiente:

CUADRO N° 18

Sexo	Promedio del ingreso personal mensual, laboral y no laboral (En Bs.)
Mujer	516,7
Hombre	1.014,9

Como se aprecia, el ingreso promedio de las mujeres, tan solo representa el 51% del ingreso personal de los varones para 2009.

- El coeficiente de la variable de residencia de la persona, en el área urbana o rural URBRUR, se debe interpretar como la diferencia en los ingresos de quienes viven en ambas áreas. Así por ejemplo para 2009, el ingreso promedio de quienes vivían en el área urbana del país, era superior al ingreso promedio de quienes vivían en el área rural, en un 51%.

CUADRO N° 19

Área	Promedio del ingreso personal mensual, laboral y no laboral (En Bs.)
Rural	434,7
Urbano	1.014,9

Como se aprecia el ingreso personal de quienes viven habitualmente en el área rural, es mucho menor al ingreso personal de quienes viven en las ciudades.

- El coeficiente de la variable de disposición de seguro de salud público o privado D1SNTLT, se interpreta de la misma manera, esta es la variable más importante de nuestro modelo. Para 2009, **los ingresos promedio de quienes disponen de un seguro de salud son superiores en un 6,9%, respecto de las personas que no cuentan con este beneficio.**

4.4.3 Evaluación del modelo

En general, salvo en las primeras regresiones, el ajuste del modelo es bueno, dado que el valor R^2 , para cada regresión asciende a más del 50%, de la misma manera, el coeficiente R^2 ajustado no varía mucho respecto del primero hecho que refuerza la bondad de ajuste. En todas las ecuaciones, los coeficientes han obtenido un p-valor menor que 5% y tanto individual, como globalmente el modelo para cada año ha resultado ser significativo.

CUADRO N° 20

	2001	2002	2003 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
OBS	12.664	14.075	11.254	16.895	16.511	16.804	15.030	11.375	33.821
R²	0,378	0,369	0,387	0,351	0,534	0,49	0,533	0,525	0,538
R² AJUST	0,3765	0,368	0,385	0,351	0,532	0,49	0,533	0,524	0,538
EST F	249,75	340,32	159,19	521,44	2.802,40	2.796,70	2.857,90	2.878,70	6.556,40

El signo de las variables es el esperado, siendo la relación positiva para la escolaridad y la experiencia. También los indicadores de discriminación como sexo, residencia urbana o rural, presentan las características pronosticadas, es decir, existe un sesgo de discriminación hacia el sector femenino y los residentes del área rural.

La variable de mayor importancia para el estudio se presenta por medio de la tenencia o no de un seguro de salud, en los casos bajo análisis este muestra que el mismo es de gran importancia para el ingreso personal, se puede afirmar, por tanto que las personas afiliadas a algún seguro de salud ya sea público como privado, perciben un ingreso mayor a las que declaran no tener ningún tipo de cobertura.

La evaluación del modelo del impacto de los seguros de salud sobre los ingresos personales es analizada de forma separada a la obtención del mismo, sin embargo, ambos aspectos se encuentran relacionados porque en el proceso de selección de datos se requirieron criterios de evaluación. Para evaluar el modelo se observan los siguientes puntos:

b) Especificación de la forma funcional del modelo: Para tal efecto se utilizó el test de Ramsey que consiste en la regresión de la ecuación original más la variable dependiente estimada elevada a una potencia superior sucesivamente. Si la variable añadida es significativa, la especificación lineal no es válida. En el caso del modelo se obtuvo que las variables añadidas no eran significativas por lo que se concluye que la especificación lineal del modelo es válida.

c) Supuesto de Homoscedasticidad: Otra condición importante en la evaluación de los resultados de un modelo es que las perturbaciones de la regresión sean homocedásticas, esto implica que posean una dispersión igual. Para comprobar la ausencia de heteroscedasticidad se efectúa el test **LM Arch** cuando esta es del tipo autoregresivo condicional, verificando si los residuos al cuadrado dependen de sus valores pasados y el test **WHITE** que verifica si los residuos al cuadrado se encuentran relacionados con el cuadrado de las variables independientes de la regresión. Ambos test dieron como satisfactoria la prueba de no existencia de heteroscedasticidad.

d) Test de Wald: El test de Wald nos permite testear la significancia de los parámetros estimados de modo que se puede realizar un análisis más detallado de los coeficientes estimados. En el caso de los modelos para los diferentes períodos el Test de Wald indica que éstos son significativos a un nivel de confianza del 5%.

4.5 EVALUACIÓN DE LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN CON EL INGRESO DE LAS PERSONAS EN BOLIVIA

En base a los resultados obtenidos para los periodos bajo análisis, se realiza un análisis más detallado de la variable de interés para el estudio, es decir, la importancia de los seguros de salud tanto públicos como privados en el ingreso percibido por los agentes económicos, para ello se han transformado los coeficientes asociados a la variable de interés como:

$$(e^{\beta_6} - 1) * 100$$

El cuadro siguiente presenta un resumen de los resultados obtenidos para la incidencia de la disposición de un seguro de salud de carácter público o privado sobre el ingreso personal.

CUADRO N° 21
LA COBERTURA DE LOS SEGUROS DE SALUD Y SU RELACIÓN
CON EL INGRESO DE LAS PERSONAS EN BOLIVIA

Indicador	2001	2002	2003 2004	2005	2006	2007	2008	2009	2011
Semi-elasticidad de D1SLTNT	21,59%	12,97%	19,12%	34,17%	22,38%	30,86%	7,12%	7,14%	18,05%

Se puede observar que durante el período de análisis el impacto de los seguros de salud ha experimentado un gran incremento, en la gestión 2005 las personas que declararon tener un seguro de salud contaban con un ingreso superior al de las personas que no contaban con un seguro, en promedio 19% mayor; esta variable alcanzó un nivel promedio de 34,17% en 2005, en parte este incremento puede ser explicado por la mayor exactitud de la MECOVI, sin embargo un gran porcentaje de este aumento puede deberse a los seguros públicos implementados en el país.

Este incremento ha ido disminuyendo a partir de 2008 y nuevamente ha incrementado su participación a partir de 2011, lastimosamente no se cuenta con la MECOVI 2010, para realizar una comparación idónea de estos resultados, pero la tendencia parece sugerir que la mayor cobertura de los seguros públicos ha permitido que las personas en promedio que disponen de este beneficio, incrementen sus ingresos mensuales promedio, dado que disminuyen los gastos asociados a estos contratiempos de salud.

Se puede afirmar por tanto que la no cobertura de las personas por parte de algún seguro de salud sea este público o privado implica una menor capacidad productiva lo cual se refleja en un menor ingreso.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El estudio analiza la asociación entre los ingresos y el nivel de salud (medido por la afiliación o no, a un seguro de salud), como una forma de capital humano. A continuación se presenta en forma sinóptica las principales conclusiones que se pueden destacar del trabajo:

Después de analizar los gráficos y datos estadísticos se observa, que la gran mayoría de la población aún no cuenta con una cobertura de seguro de salud siendo en promedio la población no protegida 66% del total. Por tanto, no existen variaciones sustanciales en el nivel de cobertura.

Se observa que el grupo que declara estar afiliado a algún tipo de seguro presenta también un ingreso mayor, en promedio Bs. 977, para los afiliados a seguros públicos y de Bs. 1596 para los afiliados a seguros privados; de forma opuesta el grupo mayoritario sin cobertura presenta un ingreso promedio inferior llegando en promedio a Bs. 726 para los periodos bajo estudio.

Si bien existen diferencias en la lógica laboral entre el área rural como urbana, en ambas áreas existe un gran porcentaje de población sin cobertura de salud de corto plazo siendo los indicadores del sector rural alarmantemente altos, lo cual indica una falta de políticas hacia ese sector. El área rural presenta un indicador promedio de cobertura en salud de solo el 12,5% para todo el periodo bajo análisis siendo poca la influencia de los nuevos seguros implementados por el gobierno. En base a este resultado se recomienda una política de salud focalizada al área rural que permita incrementar este bajo índice de cobertura.

En lo referente a la cobertura en seguros de salud y el género se determinó que el sector femenino presenta un mayor nivel de afiliación, este hallazgo puede ser explicado por implementación del SUMI el cual fue una política focalizada al sector Madre-Niño.

Una primera aproximación se realiza mediante la elaboración de una ecuación Mincer que relacione todas las variables anteriormente mencionadas con el nivel de ingreso mensual de los individuos. Sin embargo los resultados obtenidos presentan problemas de sesgo por lo cual se precisa de una corrección mediante el procedimiento de Heckman.

La corrección de Heckman precisa la determinación de ecuaciones Probit auxiliares para la obtención de la variable correctora de sesgo, mediante este proceso se realiza la regresión Mincer para el impacto de los seguros de salud en el nivel de ingresos.

La información de las Encuestas MECOVI 2001-2009 y 2011 y la regresión Mincer corregida verifican que la salud tiene un efecto significativo sobre el ingreso mensual de los individuos. Los resultados indican que se alcanzan mejores niveles de ingreso cuando se disfrutan de mejores condiciones de salud. De hecho, la relación ingreso nivel de salud presenta un índice creciente para las gestiones de 2001 a 2007 pasando de un 21% en 2001 a un 30% para el año 2007, este aumento puede deberse en gran medida a la creación y aplicación en los últimos 10 años de los seguros de salud público de corto plazo de carácter gratuito dirigidos a grupos focales como: Madre-Niño, personas de la tercera edad, etc. El restante de la base datos denota un descenso radical debido al cambio y reducción de exactitud del MECOVI y los descensos posibles en este indicador.

El estudio de los determinantes de la salud subraya la importancia de una mejor cobertura de los seguros de salud, ya sean públicos o privados. Para ello, se utiliza una variable instrumental con el fin de reducir el sesgo de selección que ocasiona problemas de inconsistencia en el modelo inicial.

El impacto de la utilización de los servicios de salud ofertados por el Ministerio de Salud y deportes es muy significativo para ambos, hombres y mujeres. Este resultado deja abierta la posibilidad de analizar con mayor profundidad los retornos de la inversión pública en salud en diversos grupos de la población y en distintas ubicaciones geográficas, y fortalecer el nuevo rol del Estado en la entrega de servicios de salud en el país.

La salud tiene una alta valoración social debido a que la población en su conjunto se beneficia de ella y contribuye a la reducción de pobreza. El velar por el estado de salud de la población para preservar el capital humano y su productividad es una función pública. En el caso de los más pobres la atención debe ser prioritaria porque presentan un mayor riesgo de enfermedad, la generación de sus ingresos depende casi exclusivamente del trabajo físico y el costo monetario de enfrentar una enfermedad puede estar fuera del alcance de sus recursos.

Se debe ampliar la población actualmente protegida por la Seguridad Social de corto plazo centrando los esfuerzos en quienes se hallan más desprotegidos, incluyendo adultos mayores, población trabajadora sin dependencia salarial y personas con discapacidad, sobre la base de un financiamiento sostenible en el tiempo, mediante políticas de aseguramiento progresivo de todas las personas y bajo premisas de aseguramiento adecuadas a cada sector.

Para superar las barreras culturales en la prestación de servicios de salud, que se han determinado en la presente investigación, se debe concientizar al personal médico y paramédico de la importancia de promover el respeto al uso y costumbres de los pueblos originarios en el proceso salud-enfermedad mediante campañas educativas. Esta acción logrará una mayor confianza de estos grupos de población en la medicina convencional. Se debe ampliar el programa “Salud con Identidad” que busca la construcción de un modelo mixto de atención que combine las virtudes y beneficios de los sistemas de atención tradicional y convencional.

El bajo uso de los servicios de salud en los municipios más pobres puede ocurrir aun cuando los servicios públicos y privados estén presentes y cuando el programa del Seguro de Salud proporcione estos servicios sin costo para sus usuarios.

Debido a los costos indirectos, al desconocimiento de los beneficiarios o las barreras culturales, en el uso de los servicios de salud podrían ser más bajos de lo que se requiere para mejorar los indicadores del sector salud. Cuando existe una demanda insuficiente para el servicio a un precio cero, puede ser necesario generar un precio negativo para que estos servicios se utilicen. Esto puede llevarse a cabo proporcionando un pago por servicios en donde si existe una demanda a un precio positivos.

Finalmente, es necesario definir una política nacional que regule la forma en que se debe financiar y desarrollar la cobertura de seguros de salud públicos, principalmente los seguros de salud focalizados a sectores de baja cobertura y con baja formación de capital humano debido a la importancia que estos tienen para el desarrollo de los individuos y el incremento de sus ingresos permitiendo un mayor progreso para la sociedad en su conjunto.

BIBLIOGRAFÍA

- Arrow K. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care". The American Economic Review.
- Banco Central de Bolivia – BCB. (2010, 2011). "Administración de las Reservas Internacionales "
- Banco Interamericano de Desarrollo - BID. (1994). "Hacia una agenda Regional para la Reforma del Sector salud". Washington D.C.
- Banco Mundial. (1993). "Invertir en Salud. Washington D.C.". Informe sobre el desarrollo Mundial.
- Banco Mundial. (2004). "Bolivia: Public Expenditure Review. 2004. Cap. 5. Oficina Sub regional Bolivia, Paraguay y Perú. Región de América Latina y el Caribe".
- Behrman, Jere. (1993). "Health and economic growth: Theory, evidence and Policy".
- CEPAL. (1996). "Macro determinantes y Condicionantes de la situación de salud".
- CEPAL / OPS. (1994). "Salud, equidad y transformación productiva en América Latina y el Caribe".
- CEPAL. (2009). "Informe Sector Salud".
- Cárdenas, Marina. (1994). "Análisis de los determinantes de acceso a los servicios de salud en Bolivia ". Tesis de Grado UCB.
- Cárdenas, Marina. (2004). "Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en salud".
- Cárdenas, Marina. (1994). "Análisis de los determinantes de acceso a los servicios de salud en Bolivia ". Tesis de Grado UCB.
- Cárdenas M. "Apuntes de Clases. (2005). "Economía de la Salud. Maestría en Desarrollo Humano. CIDES-UMSA".

- Código de Seguridad Social y Constitución Política del Estado.
- Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud. (2006). “Informe Sector Salud”.
- Fundación Milenio (2012). “Informe Económico Anual”.
- Heckman, J. (1979). “Sample Selection Bias as a Specification Error”, *Econometría*, volumen Nro.47, Enero.
- Hernani, Werner (2007). “Mercado Laboral, Pobreza y Desigualdad en Bolivia”.
- Instituto Nacional de Estadística – INE. (ENDSA 2003-2008). “Informe Encuesta Nacional de Demografía y Salud”.
- Instituto Nacional de Estadística – INE. (MECOVI 2001-2009 y 2011). “Base de Datos. “Encuesta Continua de Hogares - Medición de las Condiciones de Vida ”
- Instituto Internacional de Gobernabilidad. (2003). “El desarrollo posible, las instituciones necesarias”. Plural editores.
- Instituto Nacional de Seguros de Salud–INASES (2006). “Gaceta Oficial”.
- Jiménez, Fernando (1970-1991). “Determinantes y comportamiento de la inversión privada en Bolivia”. Tesis de Grado UCB. 1993.
- LeRoy, Miller. (2005). “Microeconomía Moderna”.
- Lucas, R. (1988). “On the Mechanics of Economic Development”. *Journal of Monetary Economics* 22. Julio.
- Mackay, Gerson. (1996). “El impacto de la salud en la determinación del ingreso de las personas”. Tesis de Grado UCB.
- M.D.H. Y S.N.S. (1996).”Estudio del sistema de aranceles de los servicios de salud”.

- Mincer. J. (1970). "The distribution of labor income: a survey; with special reference to human capital approach. Journal of economic literature".
- Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. (2010 y 2011). "Memorias de la Economía Boliviana".
- Ministerio de Salud y Previsión Social (2004). "Informe Materno Neonatal".
- Ministerio de Salud y Deportes. (2006, 2010 y 2001). "Informe Anual, La Paz – Bolivia".
- Ministerio de Salud y Deportes. (2004). "Política Nacional de Salud. Serie documentos de políticas Nro. 1".
- Ministerio de Salud y Deportes. (2011). "Plan Nacional de Desarrollo".
- Ministerio de Salud y Deportes. (2011). Estudio Previo a la Implementación del Sistema Único de Salud.
- Morales Rolando. (2005). "Bolivia: Reflexiones sobre la economía de la salud".
- Morales Sydney Edson. (2007). "El Sistema de Salud Boliviano".
- Naciones Unidas. (2005). "Remontando la Pobreza". Editorial EDOBOL.
- Naciones Unidas en Bolivia (2011). "Análisis Complementario de la Situación en el País".
- Novales, Alfonso (1997). "Econometría". Segunda Edición".
- Organización Panamericana de la Salud - OPS. (1994). "Pobreza y Salud en Bolivia".
- Organización Panamericana de la Salud – OPS. (2004). "Caracterización de la exclusión en Bolivia".
- Organización Mundial de la Salud. (2000). "La Salud en las Américas".

- Organización Mundial de la Salud. (2008). “Por la Salud Mundial”. Resumen, Conferencia.
- Organización Mundial de la Salud. (2011). “Protección Social de Salud”. Boletín de Noticias.
- Organización Mundial de la Salud. (2012). “Estado de Salud Periodontal en Embarazadas”.
- Quintanilla, Mauricio. (1998). “Incidencia de la salud pública sobre la distribución del Ingreso”. Tesis de Grado UCB.
- Red Nacional de personas con VIH y sida en Bolivia – REDBOL. (2010). “Informe Consejo Ejecutivo”.
- Sistema Nacional de Información en Salud - SNIS. (2006 - 2011). “Boletín Informativo”.
- Sistema de Salud Boliviano (2006). “Boletín Informativo”.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE. (2004). “Caracterización de la Exclusión en Salud en Bolivia”.
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas – UDAPE. (2005 y 2011). “Análisis de las determinantes del desempleo”.
- UNICEF Bolivia. (2010). “Informe Anual”.
- UNICEF Comité Español (2013). “Una Victoria Posible: la ayuda y la supervivencia infantil en Bolivia”. Publicación.
- Varian Hall. (1997). “Microeconomía Intermedia. Un Enfoque Moderno”.
- Viceministerio de Presupuesto y Contabilidad Fiscal. “Presupuesto General del Estado 2012”.

ANEXOS

ANEXO 1

MECOVI

La Encuesta Continua de Hogares (Medición de las Condiciones de Vida-MECOVI) es una investigación por muestreo efectuada a hogares particulares. Se la realizó mediante la aplicación de un cuestionario multitemático, que permite el estudio de las condiciones de vida de los hogares y sus diferentes componentes.

La Encuesta es parte del Programa de Mejoramiento de las Encuestas de Medición de las Condiciones de Vida (MECOVI), y tiene como objetivo el fortalecimiento y la institucionalización de las encuestas a hogares que miden condiciones de vida.

La información de la Encuesta Continua de Hogares, será utilizada para la elaboración de un perfil de pobreza de Bolivia, documento base para la formulación, evaluación y seguimiento de políticas y el diseño de programas de acción en el área social, tendientes a la reducción de la pobreza.

El cuestionario de la encuesta está organizado por secciones y permite la investigación de las características generales, educativas, empleo, salud, gastos, ingresos, vivienda y servicios básicos de los hogares.

OBJETIVOS

El objetivo general de la encuesta es obtener información sobre las condiciones de vida de los hogares, referente a variables socioeconómicas y demográficas, necesarias para la formulación, evaluación, seguimiento de políticas y el diseño de programas de acción en el área social.

En forma específica la MECOVI se propone:

- Producir una Base de Datos completa con información actualizada de variables importantes, determinantes de las condiciones de vida a nivel de viviendas, hogares e individuos.
- Medir oportuna y apropiadamente los niveles de bienestar y pobreza de la población boliviana en función a sus factores determinantes.
- Aportar con información confiable al estudio de los factores determinantes de la pobreza en la población boliviana.

REGRESIONES REALIZADAS: 2001

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,478	,378	,376	2,0480

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	46955,038	6	13091,006	249,751	,000
Residual	64383,300	10103	5,630		
Total	17428,244	10093			

2001	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,576	,213	-43,787	,000
Años de escolaridad	,2115	,053	43,142	,000
Años de experiencia	,045	2,216	74,022	,000
Experiencia al cuadrado	-,016	0,21	-41,761	,000
Sexo del entrevistado	,831	12,165	30,213	,000
Área de residencia	,493	,7127	41,045	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,195	,122	4,797	,000

REGRESIONES REALIZADAS: 2002

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,603	,369	,368	2,489

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	138072,515	6	35091,006	340,32	,000
Residual	85384,031	14023	5,630		
Total	223456,546	14029			

2002	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,702	,0381	18,621	,000
Años de escolaridad	,2 22	,042	34,124	,000
Años de experiencia	,043	1,823	63,82	,000
Experiencia al cuadrado	-,021	5,671	43,227	,000
Sexo del entrevistado	,757	11,34	41,943	,000
Área de residencia	,037	,368	12,475	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,122	,390	5,533	,000

REGRESIONES REALIZADAS: 2003 - 2004

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,707	,387	,385	2,39480

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	96546,038	6	13091,006	159,191	,000
Residual	84583,300	15023	5,630		
Total	181129,337	15029			

2003 - 2004	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,450	,045	-30,787	,000
Años de escolaridad	,128	,064	52,342	,000
Años de experiencia	,047	2,609	70,922	,000
Experiencia al cuadrado	-,012	8,461	-45,767	,000
Sexo del entrevistado	,463	12,990	33,393	,000
Área de residencia	,243	,047	11,145	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,175	,040	6,693	,000

REGRESIONES REALIZADAS: 2005

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,707	,351	,351	1,98028

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	54645,038	6	16091,006	521,441	,000
Residual	76583,300	15023	5,630		
Total	131229,337	15029			

2005	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	1,954	,717	-20,787	,000
Años de escolaridad	,072	,020	41,342	,000
Años de experiencia	,004	,104	51,922	,000
Experiencia al cuadrado	-,001	3,190	-38,767	,000
Sexo del entrevistado	,276	9,690	37,439	,000
Área de residencia	,949	2,710	12,715	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,294	,740	6,930	,000

REGRESIONES REALIZADAS: 2006

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,710	,505	,504	2,34065

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	92120,384	6	15353,397	2802,411	,000
Residual	90419,457	16504	5,479		
Total	182539,841	16510			

2006	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,285	,044	-29,364	,000
Años de escolaridad	,209	,004	53,263	,000
Años de experiencia	,208	,003	68,574	,000
Experiencia al cuadrado	-,002	,000	-43,936	,000
Sexo del entrevistado	1,203	,037	32,945	,000
Área de residencia	,397	,042	9,431	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,202	,048	4,181	,000

REGRESIONES REALIZADAS: 2007

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,707	,500	,500	2,39480

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	96546,038	6	16091,006	2857,954	,000
Residual	84583,300	15023	5,630		
Total	181129,337	15029			

2007	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,397	,045	-30,787	,000
Años de escolaridad	,205	,004	52,342	,000
Años de experiencia	,216	,003	70,922	,000
Experiencia al cuadrado	-,002	,000	-45,767	,000
Sexo del entrevistado	1,240	,037	33,393	,000
Área de residencia	,476	,043	11,145	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,270	,040	6,693	,000

REGRESIONES REALIZADAS: 2008

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,730	,533	,533	2,37282

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	96546,038	6	16091,006	2857,954	,000
Residual	84583,300	15023	5,630		
Total	181129,337	15029			

2008	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,318	,044	-30,028	,000
Años de escolaridad	,222	,004	53,413	,000
Años de experiencia	,180	,003	56,944	,000
Experiencia al cuadrado	-,001	,000	-27,373	,000
Sexo del entrevistado	1,169	,041	28,569	,000
Área de residencia	,609	,043	14,119	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,062	,076	,815	,415

REGRESIONES REALIZADAS: 2009

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,724	,525	,524	2,41439

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	100683,747	6	16780,624	2878,686	,000
Residual	91274,621	15658	5,829		
Total	191958,368	15664			

2009	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,215	,045	-27,281	,000
Años de escolaridad	,225	,004	54,776	,000
Años de experiencia	,182	,003	56,862	,000
Experiencia al cuadrado	-,001	,000	-27,107	,000
Sexo del entrevistado	1,155	,041	28,060	,000
Área de residencia	,511	,042	12,227	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,069	,073	,950	,342

REGRESIONES REALIZADAS: 2011

R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación
,733	,538	,538	2,46405

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Regresión	238844,811	6	39807,468	6556,375	,000
Residual	205303,962	33814	6,072		
Total	444148,772	33820			

2011	Coeficientes		t	Sig.
	B	Error típ.		
(Constante)	-1,243	,033	-37,618	,000
Años de escolaridad	,218	,003	79,184	,000
Años de experiencia	,206	,002	95,001	,000
Experiencia al cuadrado	-,002	,000	-49,245	,000
Sexo del entrevistado	1,245	,027	46,318	,000
Área de residencia	,407	,031	13,291	,000
Disposición de seguro de salud público o privado	,166	,029	5,799	,000