POLÍTICAS PÚBLICAS Populi PARA LA LIBERTAD

Asuntos Públicos

N.º 180

FEBRERO DE 2016

TRABAJO Y POLÍTICA SOCIAL

Salud

El Sistema de Salud en Bolivia (parte I): ¿Cómo mejorar la atención médica?

ELABORADO POR

Centro de Estudios POPULI

(591) 69501179 populi@populi-bo.org www.populi.org.bo

Asuntos Públicos
Políticas Públicas para la Libertad
N° 180 – Febrero de 2016

El Sistema de Salud en Bolivia (parte I): ¿Cómo mejorar la atención médica?

"El problema es que, dado que el estado debe pagar la factura de todos (con nuestros impuestos, eso sí), a menudo, el mejor tratamiento es financieramente inviable (…) por lo que todos acaban con el tratamiento de menos calidad." Xavier Sala-i-Martin

Sin duda alguna, la salud es una condición necesaria para el desarrollo de una vida plena. Así, un sistema de salud eficiente debería garantizar que todos los habitantes de un país puedan disfrutar sin mayores inconvenientes de sus proyectos de vida.

Esto es recogido por la Constitución Política del Estado que, en el Art.18 estipula el derecho a la universalidad, gratuidad, y calidad de la salud.

Sin embargo, aunque las intenciones de la Constitución son loables, la realidad dista de ser como se estipula en la ley y, actualmente, existen muchas personas que son excluidas del sistema por distintos motivos. Además, la 'gratuidad', en la práctica, significaría que el individuo no haría un pago monetario *explícito* aunque, de cualquier manera, el salario de los médicos y el equipo tendrían que financiarse de alguna forma.

Debido a la importancia del tema, el Centro de Estudios POPULI, en el presente documento analizará el sistema actual de salud en orden a fortalecer el debate técnico en el país. Así, en el primer punto se revisará brevemente qué se entiende por un sistema de salud y cómo se lo mide; en segundo lugar se realizará un análisis comparativo de los indicadores básicos de salud entre Bolivia y algunos países exitosos en materia de salud; como tercer punto se describirá la estructura y funcionamiento del sistema de salud boliviano; como cuarto punto se harán propuestas en materia de políticas públicas en miras a incrementar la eficiencia y equidad del sistema de salud nacional.

1. ¿Qué es un sistema de salud y cómo se lo mide?

Se entienden como un *sistema de salud*, 'todas las actividades cuyo principal objetivo sea el promover, restaurar o mantener la salud'.[1] En general, los sistemas de salud tienen la responsabilidad no sólo de mejorar la salud de las personas sino protegerlas contra los costos financieros de la enfermedad, además de tratarlas con dignidad.[2]

Así, un *buen* sistema de salud tendría como objetivo lo siguiente: i) mejorar la salud a las personas, ii) responder a las expectativas de las personas y, iii) proveer protección financiera contra los costos de las enfermedades.[3]

Según lo que explica la Organización Mundial de la Salud (OMS), un buen sistema de salud no sólo toma en cuenta la salud de las personas sino el trato que ellas reciben del mismo, lo cual incluye el respeto a la dignidad de la persona y la confidencialidad de la información. Por otro lado, dado que existen eventos impredecibles que afectan a la salud de las personas, se hace necesario que el sistema pueda ofrecer mecanismos para compartir el riesgo y reducir el efecto negativo

[1]World Health Organization (2000), *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization, pp.5.
[2]World Health Organization. (2000), pp. 7.
[3]World Health Organization. (2000), pp. 7.

que estas catástrofes puedan tener sobre la vida de las personas.

Así, la estructura del sistema comprendería la *administración,* el *financiamiento,* la *creación de recursos* (inversión y entrenamiento), y la *provisión*, en orden a cumplir los tres objetivos antes mencionados.

1.1. Medición

El año 2000, la OMS en su reporte anual publicado bajo el nombre de "Health Systems: Improving Performance" intentó elaborar un marco general con el objetivo de identificar y medir los distintos sistemas de salud en función al cumplimientos de los objetivos mencionados en el apartado anterior los cuales, según la OMS cualquier sistema de salud debería cumplir.

Sin embargo, aunque no exista un consenso en la medición de dichos sistemas, una primera aproximación a la misma es tomar en cuenta los trabajos ya publicados en orden a tener un marco de medición que permita realizar dichas comparaciones.

Así, para evaluar el *sistema de salud*, uno debe medir cinco cosas: el nivel general de salud, la distribución de la salud entre la población, el nivel general en que el sistema cumple las expectativas de la población (responsiveness), la distribución de la dichas expectativas y la distribución de la contribución financiera.[4]

Además se debe tener en cuenta que básicamente un sistema de salud se entiende como una *función de producción* clásica de la teoría económica, es decir, qué nivel de resultados o logros se pueden obtener *dados* unos recursos limitados para su utilización en el sistema.

2. Algunos indicadores

Aunque el presente documento no tiene por objeto realizar un análisis detallado de los indicadores de salud, a continuación se mostrarán los más representativos en orden a obtener una visión general del sector en el país.

Por ejemplo, en el Cuadro N°1 se resumen los indicadores de salud más importantes de Bolivia, Chile, Perú y Colombia al año 2013.

Cuadro Nº1. Principales indicadores de Salud al 2013

	Bolivia	Chile	Colombia	Perú
Población (en miles)	10,671	17,620	48,321	30,376
Población menor a 15 años (%)	35	21	28	29
Población mayor a 60 años (%)	7	14	10	9
Edad mediana	22	33	28	27
Población urbana (%)	68	89	76	78
Tasa de fertilidad (por mujer)	3.2	1.8	2.3	2.4
Nro. de nacidos vivos (cada 1000 hab.)	276.6	245.3	907.4	599.1
Número de muertes (cada 1000 hab.)	74.3	95.7	201	133.9
Esperanza de vida al nacer	68	80	78	77
Esperanza de vida sana al nacer	59	70	67	67
Esperanza de vida a la edad de 60 años	19	24	24	23
Ingreso *per cápita* (PPP$)	5,750	21,030	11,890	11,360
*Objetivos de Desarrollo del Milenio**				
Tasa de mortalidad de menores de cinco años (por cada 1000 nacidos vivos)	39	8	17	17
Tasa de Mortalidad Materna (cada 100,000 hab.)**	206	22	64	68
Muertes debido a VIH/SIDA (cada 100,000 hab.)	12.6	2.4	5.9	5.6
Muertes debido a Malaria (cada 100,000 hab.)	0	0	0.1	0.1
Muertes debido a tuberculosis entre VIH-negativos (por cada 100,000 hab.)	4	1.2	1.6	7.7

Fuente: Organización Mundial de la Salud, Perfiles Estadísticos.
* Al 2011; ** Al 2015

En primer lugar, se debe notar que un gran porcentaje de la población boliviana es joven, en relación a los demás países, es decir, el 35% de los habitantes, al 2013, tenía una edad menor a los 15 años. Esto también se puede inferir a partir de la edad mediana, es decir, la edad que más veces se repite entre la población: 22 años. Además, Bolivia

[4] World Health Organization. (2000), pp. 27.

muestra una alta tasa de fertilidad con lo cual en promedio, cada mujer tendría 3.2 hijos en su vida fértil.

Por otro lado, el 68% de la población vive en centros urbanos, siendo uno de los países menos urbanizados de la región.

El número de nacidos vivos y el número de muertes por cada mil habitantes ascienden a 276.6 y 74.3 respectivamente. El último indicador sería bajo en relación a los países tomados como muestra.

Además, la esperanza de vida al nacer estaría, al 2013, en los 68 años, mientras que la esperanza de vida saludable al nacer sería de 59 años. Se debe notar que el promedio de esperanza de vida y esperanza de vida saludable de la región estarían en 76 y 67 años, respectivamente[5] con lo cual, en promedio, cada boliviano viviría 8 años menos que otro habitante de la región y, también, tendría 8 años menos de vida saludable que el habitante promedio regional.

Asimismo, en el Cuadro N°1 se muestran algunos indicadores referidos a los Objetivos del Milenio tomados en cuenta por la ONU. Un vistazo rápido a estos estadísticos revela que Bolivia, aunque ha mejorado en los últimos años, todavía tiene que esforzarse por alcanzar niveles más altos de salud, especialmente en lo referido a la tasa de mortalidad de menores de 5 años y la tasa de mortalidad materna.

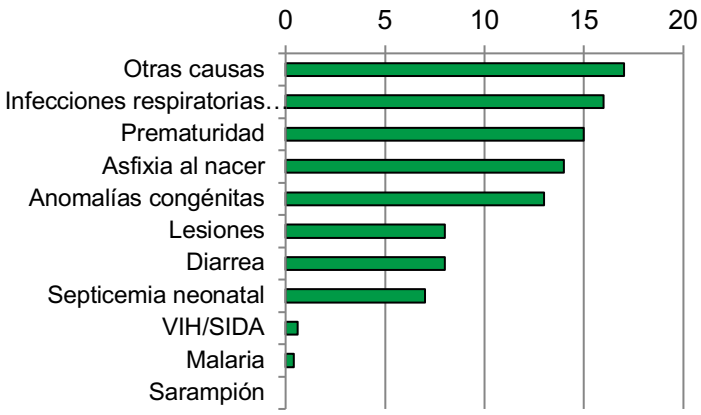
Lo mencionado anteriormente colocaría a Bolivia como uno de los países más rezagados en materias de salud en la región.

Yendo un poco más al detalle, las tasas de mortalidad neonatal, infantil y de menores a 5 años desde el 1990 a la fecha han ido disminuyendo rápidamente, sin embargo, al 2015 todavía Bolivia triplica las tasas de mortalidad del promedio de la región.

Adicionalmente, es posible identificar en cierto grado las causas que provocarían las altas tasas de mortalidad en menores de 5 años. Basado en el perfil estadístico que elabora la OMS para Bolivia, se identifican las infecciones respiratorias agudas como la segunda gran causa de muerte, que cobraría la vida de, aproximadamente, el 16% de los menores de 5 años, la cual sigue a otras causas de muertes.

En tercer lugar, con un 15%, se encuentra la prematuridad al nacer, lo cual se relaciona con las altas tasas de mortalidad materna que existen en el país. Esto queda expuesto en el Gráfico N°1.

Gráfico N°1. Distribución de las causas de muerte en niños menores a 5 años en Bolivia, al 2013.



Fuente: Perfiles estadísticos OMS, Bolivia.

3. El Sistema de Salud en Bolivia[6]

En primer lugar es necesario conocer cómo se encuentra estructurado el sistema de salud en Bolivia. Esto se puede observar en el Cuadro N°2.

[5]World Health Organization, Statistical Profiles, Bolivia.

[6]Esta sección se basa principalmente en Ledo y Soria (2011).

Cuadro N°2. Sistema de Salud en Bolivia*

Sector	Seguridad Social Público/Privado				Privado			
Fondos	Recursos Externos	Recursos del gobierno	Cotización de los empleadores	Cotización de los trabajadores	Empleadores	Hogares: Primas	Hogares: Pagos de bolsillo	Donativos y recursos externos
Compradores	Ministerio de Salud y Deportes (MSD)		Instituto Nacional de Seguros de Salud		Administradoras de Fondos de Pensiones	Seguros Privados		Iglesia y ONG
	SEDES		Cajas de Salud (CNS, Petrolera, Universitaria, Banca Pública y Privada, Caminos, otras)					
	DILOS							
Proveedores	Hospitales y centros de salud del MSD, SEDES y DILOS		Hospitales y clínicas de las Cajas de Salud		Privados lucro	Medicina tradicional		Privados no lucro
Usuarios	Población sin cobertura (30% del total)		Trabajadores dependientes e independientes del sector formal y sus beneficiarios (30% del total)		Población con capacidad de pago (10% del total)		Población sin cobertura (30% del total)	

SEDES: Servicios Departamentales de Salud - Niveles de prefecturas
DILOS: Directorio Local de Salud - Nivel de municipios
CNS: Caja Nacional de Salud

Fuente: Ledo y Soria (2011).
* Versión esquemática del recuadro presentado por los autores. Para ver la interrelación del sistema consultar la versión original presentada en Ledo y Soria (2011).

De manera general, el sistema de salud boliviano se conforma por un subsistema público y otro privado interrelacionados, los cuales no llegan a cubrir al 100% de la población. De esta manera, el sector publico atendería a menos de la mitad de la población mientras que el sector privado concentraría sólo un 10% del total.

El sistema de salud público estaría compuesto por el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) y sus subniveles Departamental (SEDES), Municipal (Dilos) y local, con pequeñas brigadas de atención médica. Además existe un subsector social que comprendería las cajas de salud a cargo del Instituto Nacional de Seguros de Salud.

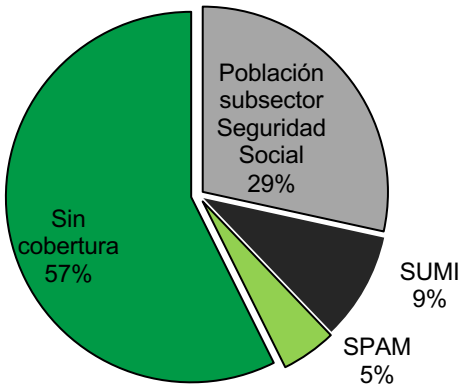
Por otro lado, el sistema de salud privado estaría compuesto por aseguradoras privadas y proveedores de salud con y sin fines de lucro, además de la Iglesia.

3.1. Cobertura y personal de salud

Un punto central en el análisis de políticas públicas es conocer *quiénes* son los *beneficiarios* de la normativa gubernamental.

Así, como se muestra en el Gráfico Nº2 al 2009, la seguridad social, en conjunto con el SUMI y el SPAM sólo albergaba a un 42.6% de la población total quedando, por lo tanto, más de la mitad de la población sin el acceso al sistema de salud público.

Gráfico Nº2. Cobertura del sector público de salud en Bolivia al 2009



Fuente: Ledo y Soria (2011).

Cuadro Nº3. Personal médico del sistema de salud boliviano por cada 1000 habitantes

	2001	2011
Médicos	1.22	0.47
Personal de enfermería y partería	2.13	1.01
Personal de odontología	0.71	0.11
Personal farmacéutico	0.55	0.07
Trabajadores de salud de laboratorio	0.06	0.08
Trabajadores de la salud pública y ambiental	nd	0.01
Trabajadores de la salud comunitaria y tradicional	0.12	nd

Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Por otro lado, el Cuadro Nº3. refleja el personal médico existente en el sistema nacional por cada 1000 habitantes. Claramente se observa que el personal médico ha disminuido en más de la mitad en una década.

El caso más alarmante es en el concerniente a la disponibilidad de médicos y el personal de enfermería. Mientras que el 2001 se contaba con 1.22 médicos por cada 1000 habitantes, al 2011 se tenían sólo 0.47 médicos por cada 1000 habitantes.

Además, el personal de enfermería y partería se habría reducido desde 2.13 a 1.01 enfermeras por cada 1000 habitantes entre el 2001 y 2011 respectivamente.

Así, como se mencionaba en Populi (2010), existiría un alto déficit de enfermeras y auxiliares en enfermería, especialmente en el área rural. Cada red médica en el área rural en promedio cuenta con un déficit aproximado de 27 enfermeras con título de licenciatura, y 74 auxiliares en enfermería. En cambio en el área urbana este déficit aproximado es de 7 enfermeras, y 27 auxiliares en enfermería por cada red médica.[7]

Por último, un detalle adicional es conocer cómo se estructura el sistema de sueldos y salarios del personal médico.

En el Cuadro Nº4 se detalla el marco de incentivos para los recursos humanos de la salud en Bolivia. De este se desprende que existiría una baja relación entre la remuneración y los logros del trabajo profesional. Es decir, si un médico se esfuerza en brindar un buen servicio, el sistema de remuneración no lo premiaría por ese mayor esfuerzo; siendo lo opuesto también válido, es decir, si un médico no brinda un buen servicio, el sistema de remuneración no sancionaría ese bajo desempeño. Bajo este mecanismo, ¿quién

Cuadro Nº4. Resumen del marco de incentivos para los recursos humanos en Salud.

	Médico	**Enfermera Prof.**	**Enfermera Aux.**
Salario Mensual			
Básico	$440	$292	$188
Antigüedad[1]	$6-$65	$6-$65	$6-$66
Bono de afiliación[2]	nd	nd	$14
Bono frontera[3]	$88	$58	$38
Categoría profesional[4]	$264-$444	$175-$292	nd
Escalafón[5]	$101	$67	nd
Salario Máximo (% del salario básico)	$1134 (258%)	$775 (265%)	$305 (162%)

Fuente: Banco Mundial (2002)

[1] Bs. 43 - 430 dependiendo del número de años trabajados en el sistema.
[2] Bs. 1150 (una vez por año) siempre que el trabajador esté afiliado al sindicato.
[3] El 20% del salario básico por trabajar en área fronteriza o en Beni/Pando.
[4] El 60%, 80% o 100% del salario básico por 1, 2 o 3 años de formación adicional (especialización profesional o maestría).
[5] El 23% del salario básico por 51 puntos ganados en: trabajo académico y científico, cargos de responsabilidad, actividades sindicales y/o trabajo en el área rural (4 años).

[7] Populi (2010), Análisis del Plan Nacional de Extensión de Cobertura del Sistema de Salud, Asuntos Públicos, Nº100, pp. 4.

estaría dispuesto a trabajar con un alto desempeño si, de igual manera, recibiría el mismo salario que aquel que trabaje con un bajo desempeño?

Por otro lado, el sistema de remuneración tiende a premiar la antigüedad del trabajador, La especialización profesional, el escalafón e incluso el sindicalismo. Se tiene que tener en cuenta que una mejora de estas variables no necesariamente refleja una mejor calidad de atención del servicio médico y, por lo tanto, los recursos no estarían siendo correctamente asignados. Por ejemplo, las enfermeras auxiliares que están afiliadas a un sindicato reciben un bono de Bs. 1150 anual, por lo tanto, este personal recibe mejor salario cuando se encuentran afiliadas al sindicato que cuando desempeñan un servicio de calidad.

En el caso de la antigüedad, se podría suponer que los años de experiencia del funcionario podrían mejorar las destrezas del mismo, lo cual, supondría una mejor calidad del servicio. Sin embargo, este hecho no es completamente verdadero, ya que no necesariamente, en el transcurso del tiempo, el personal de salud brindará un servicio de mayor calidad.

Análogamente, en el caso de la especialización, el servidor público podría estar motivado a acumular títulos académicos, seminarios, congresos, etc. Pero estos acontecimientos no involucran necesariamente una mejor atención al paciente.

3.2. Financiamiento

Por último, un tema importante es ver cómo se financia el sistema de salud. Sin embargo, antes de considerar el monto de dinero la OMS sugiere que no existe algo así como un 'monto óptimo' de financiamiento y que no siempre 'más es mejor' es decir, a mayores niveles de gasto, la salud adicional que se obtiene por incrementar el gasto puede ser muy poca comparando con el beneficio que esos recursos pudieran tener en otros sectores, por ejemplo la educación.[8]

Así, es trabajo de cada país encontrar un financiamiento adecuado para el sistema de salud que conduzca a la población a un buen estado de salud dada la escasez de recursos.

Gráfico Nº3. Gasto total y per cápita en salud como porcentaje del PIB y en dólares corrientes, respectivamente para Bolivia de 1995-2013

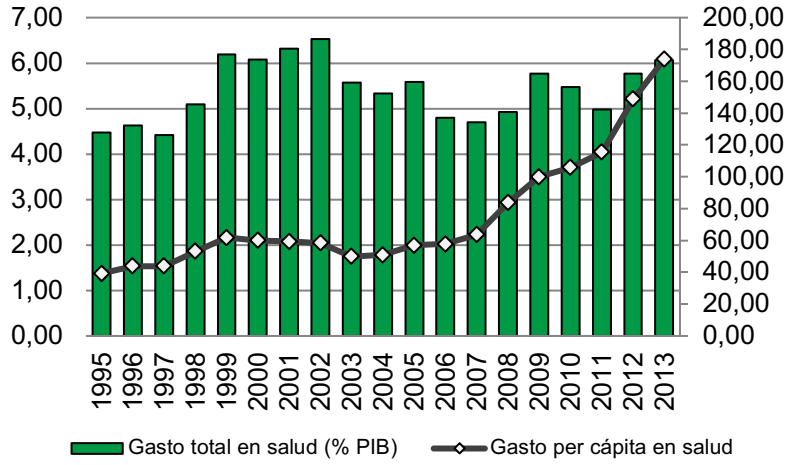
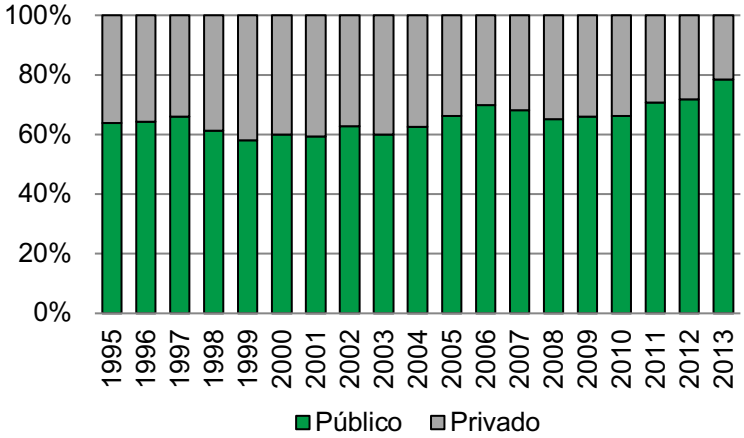


Gráfico Nº4. Composición del Gasto total en Salud entre gasto público y privado en Bolivia 1995-2013.



Fuente: Banco Mundial

[8] World Health Organization. (2000), pp. 26.

Ahora, en el Gráfico Nº3. se observa en el eje vertical izquierdo el gasto total en salud como porcentaje del PIB y en el eje vertical derecho
se mide el gasto en salud *per cápita* en dólares corrientes.

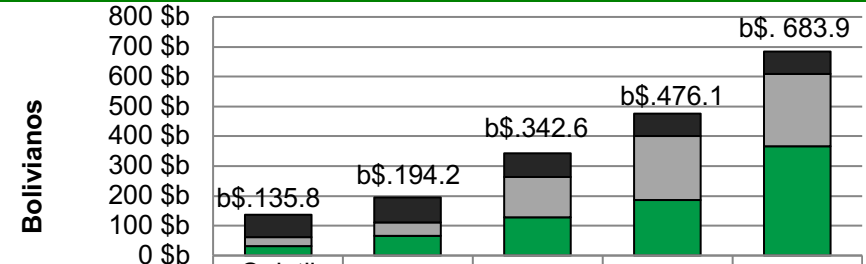
Aunque el comportamiento del Gasto total es un tanto errático con una media de 5.4% del PIB para la serie entera, el gasto *per cápita* muestra una clara tendencia positiva desde el año 2003, es decir que desde dicho año se han destinado, por persona, mayores recursos al cuidado de la salud.

Complementariamente, en el Gráfico Nº4. Se muestra la composición del gasto total en salud, diferenciando entre gasto público y gasto privado. Se observa, por ejemplo, que el sector público ha ido creciendo en lo que respecta al gasto en salud efectuando, al 2013, un 78.4% del gasto total en salud mientras que en Latinoamérica y el Caribe la proporción que ocupa el gobierno en el gasto de salud es, en promedio 49.2% al 2013.[9]

Una pregunta que surge de los datos es la siguiente, ¿quiénes reciben esos recursos? Como se mencionaba en Populi (2006), el Banco Mundial (2002) realizó un estudio donde dividió la población total por quintiles (20% de la población) de ingreso donde, además, se veía cuánto dinero gastaba en salud y en qué concepto. Esto queda expuesto en el Gráfico Nº5.

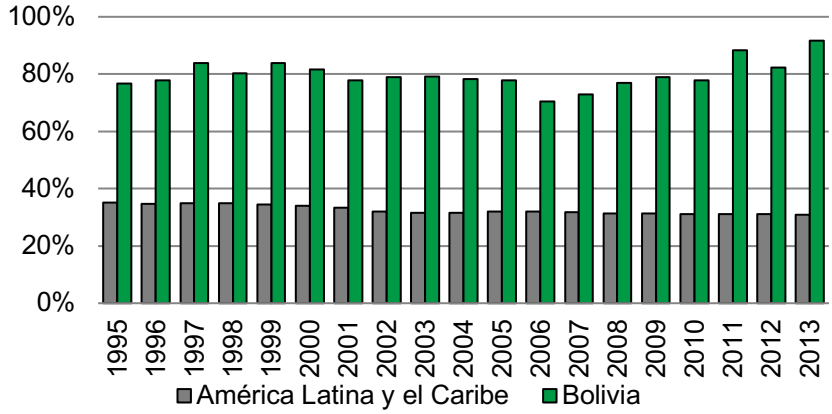
Aunque el Gráfico Nº5 no se ha vuelto a actualizar, se ve claramente que el gasto público no estaba focalizado y que el seguro social favorecía más a los que tenían mayores ingresos.

Gráfico Nº5. Gasto per cápita en salud por quintil de ingreso en Bolivia al 1999



	Quintil más pobre	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil más rico
Gasto Público	$b 74	$b 82	$b 78	$b 76	$b 75
Seguro Social	$b 31	$b 46	$b 137	$b 214	$b 243
Privado	$b 31	$b 67	$b 127	$b 187	$b 367

Gráfico Nº6. Pagos del bolsillo como porcentaje del gasto privado en salud



Fuente: Banco Mundial

Por último, en el Gráfico Nº6 se muestran los pagos del bolsillo como porcentaje del gasto privado de salud para América Latina y el Caribe y Bolivia entre 1995 y 2013.

Los datos muestran que la mayor parte del gasto privado de salud en Bolivia se realizaría en pagos directos por el servicio, es decir, el individuo o familia revelaría que prefiere *no* usar el seguro público de salud.

La OMS en su reporte del año 2000 sugiere que un alto grado de pagos directos del

[9] Estadísticas del Banco Mundial.

bolsillo podría volver *injusto* el sistema de salud ya que expondría a los individuos a eventos catastróficos *inesperados* lo cual podría llevarlos a situaciones de pobreza, socialmente indeseables.

4. Propuestas para mejorar el sistema de salud

Se debe tener en cuenta que, en última instancia, los problemas de salud son problemas de *pobreza* en cuanto las personas, por cuenta propia, no pueden obtener el nivel de salud mínimo para desempeñar sus actividades.

4.1. Mejorar la asignación de los recursos y la eficiencia del Sistema de Salud Público para incrementar la cobertura de atención médica.

Los problemas de financiamiento del sector salud son evidentes, sin embargo, también se tiene que tomar en cuenta que existen otros factores que impedirían un mejor rendimiento del sistema de salud con el actual nivel de gasto, es decir, problemas estructurales podrían ser atendidos a través de una mejor asignación de los recursos que permita el incremento de la cobertura de salud. Por ejemplo:

a) Podrían existir excedentes de médicos en el área urbana y déficit de médicos en el área rural. Según los estudios del Banco Mundial (2002), se sostiene que en el área urbana existen 14 redes de salud donde el número de médicos que trabajan supera al número óptimamente requerido. En cambio, en el área rural se tienen 44 redes que presentan déficit de médicos. Así mismo, el estudio de UDAPE (2006) sostiene que es posible que al menos una parte de los requerimientos del personal de salud en Bolivia puedan ser cubiertos con una mejor distribución del personal existente en los diferentes niveles de atención.

4.2. Incrementar la participación del sector privado en el sistema de salud

Un dato a tomar en cuenta es que el financiamiento del sector salud utiliza recursos propios para el gasto corriente y depende de recursos externos (donaciones, créditos) para proyectos de inversión en salud.[10]

Así, un incremento en la participación del sector privado puede proveer de nueva infraestructura e inversiones en tecnología, capacitación y especialización que el sector público no es capaz de lograr.

Por otro lado, con lo expuesto anteriormente, se puede ver que existen tres funciones que desempeñar en el sector salud, estas son: normativa, ejecutiva y financiamiento. Actualmente las tres funciones son realizadas por el sector estatal pudiendo este, subsidiariamente, compartir la ejecutiva y financiamiento con el sector privado.

a) Se propone cambiar el actual *subsidio a la oferta* por medio del cual el Estado se constituye como productor del servicio o coloca fondos a disposición para que los posibles productores del mismo puedan ofertar servicios de salud a un precio más bajo que el precio de mercado. Sin embargo, se presta a pérdidas de eficiencia por las huelgas, mala calidad del servicio y presiones corporativas para captar los recursos.

Alternativamente, el *subsidio a la demanda* consiste en trasferir directamente los fondos a las personas –por ejemplo, en función a su nivel de ingreso- para que éstas puedan utilizar el servicio de salud que ellas prefieran.

De esta manera, surgirían nuevos consultorios, clínicas y establecimientos de salud que competirían en *costos* y *calidad* para captar los recursos disponibles.

Una consecuencia de esta medida sería la aparición de *aseguradoras* privadas que, a

[10] Ledo y Soria (2011), pp. 110

cambio de una aportación mensual, cubrirían a los contribuyentes en el centro de salud de su preferencia.

5. Conclusiones

No existe un acuerdo en la profesión sobre cómo evaluar el sistema de salud en orden a realizar comparaciones, sin embargo, un *buen* sistema de salud debería tomar en cuenta el nivel general de salud de la población, las expectativas que tiene la gente respecto a dicho sistema y el grado en que los individuos pueden protegerse financieramente de catástrofes inesperadas.

Bolivia sigue presentando un rezago en salud respecto a los demás países de la región, hecho que se observa comparando la esperanza y esperanza de vida sana la nacer, tasa de mortalidad materna y de menores de cinco años.

El sistema de salud nacional presenta dos subsistemas –público y privado- que *no* se complementan y no llegan a cubrir a un 30% de la población.

La remuneración de la mayor parte del personal de salud está sujeta al *monopsonio* estatal, es decir, los sueldos son fijados por el Estado el cual no toma necesariamente criterios de calidad y eficiencia y puede, además, estar influenciado por criterios políticos o intereses particulares.

Por otro lado, sigue existiendo una mala distribución geográfica de médicos en el sector público dejando desprotegidos a los habitantes de las zonas más alejadas del país.

El gasto tanto *per cápita* como en porcentaje del PIB ha aumentado en el transcurso del tiempo, sin embargo, este gasto no está *focalizado* y, por tanto, termina favoreciendo a personas que sí podrían costearse su salud, en desmedro de los más vulnerables.

Por último, el sector estatal ha ido creciendo en el tiempo quitando participación al sector privado de salud, sin embargo, los datos sugieren que los individuos particulares prefieren *no* hacer uso del sistema público de salud y hacer pagos directos desde su bolsillo.

BIBLIOGRAFÍA

Aedo, C., & Sapelli, C. (1999). *El sistema de Salud en Chile: readecuar el mandato y reformar el sistema de seguros* (No. 293). Centro de Estudios Públicos.

Bloom, D. E., & Canning, D. (2008). Population health and economic growth.*The World Bank, Washington, DC*.

Esquivel, A. D. (2006). Reflexiones sobre el recurso humano del sector salud en Bolivia. *Documento de Trabajo*, *2*.

Ledo, C., & Soria, R. (2011). Sistema de salud de Bolivia. S*alud pública de México*, *53*, s109-s119.

Mundial, B., & Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. (2004). *Reforma del sector salud en Bolivia: análisis en el contexto de la descentralización*. Banco Mundial.

Murray, C. J., Lauer, J. A., & Evans, D. (2001). *Measuring overall health system performance for 191 countries*. World Health Organization.

Populi (2006), ¿Emergencia en el Sistema de Salud? Propuestas para Mejorar la Atención Médica, APs, Nº12.

Populi (2010), Análisis del Plan Nacional de Extensión de Cobertura del Sistema de Salud, APs, Nº100.

World Health Organization. (2000). *The world health report 2000: health systems: improving performance*. World Health Organization.

El Sistema de Salud en Bolivia (parte I): ¿Cómo mejorar la atención médica?

SEGUÍ NUESTRO TRABAJO

Estudios, monitores y herramientas en populi.org.bo

POLÍTICAS PÚBLICAS Populi PARA LA LIBERTAD

Centro de Estudios POPULI

(591) 69501179 populi@populi-bo.org www.populi.org.bo