



GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y ASEGURAMIENTO PÚBLICO DE LA SALUD EN BOLIVIA

La Paz, 29 de diciembre de 2020



Apreciado, apreciada compratiota:

La presente carta informativa pretende brindar información sobre el gasto de bolsillo en la salud y el aseguramiento público de la salud en el país. El gasto de bolsillo –es decir, el pago por utilizar servicios de salud– tiene efectos perniciosos sobre la pobreza y la desigualdad; por lo que se hace fundamental avanzar en el acceso a los servicios de salud. Este acceso puede garantizarse a través del aseguramiento público, sobretudo en economías altamente informales como la boliviana, donde la cobertura del seguro de salud a los trabajadores y sus familias es escasa.

El país cuenta con varios años de experiencia en el diseño y la implementación de programas de aseguramiento público en salud para grupos vulnerables, principalmente para el binomio madre-niño y para el adulto mayor. Estos seguros públicos han cumplido su objetivo de proteger a las poblaciones más vulnerables, pero han excluido a importantes segmentos de la población como los niños en edad escolar, los adolescentes y los trabajadores informales -cuyas condiciones contractuales les impiden afiliarse a la seguridad social debido a que están fuera de la Ley del General del Trabajo-.

La dotación de un seguro universal depende del espacio fiscal de un país, entendido este concepto como los recursos públicos adicionales necesarios para alcanzar esta meta de desarrollo, sin comprometer la estabilidad económica y fiscal, y con fuentes principales asentadas en la repriorización del gasto presupuestario, la recaudación impositiva y la eficiencia en el gasto público. En 2018, durante la etapa previa al inicio de la implementación del Sistema Único de Salud, muchas voces provenientes del Colegio Médico Nacional y sus afiliados, así como algunos ex ministros de salud y salubristas de renombre, calificaron el presupuesto de la salud como insuficiente. De hecho, el Colegio Médico de Bolivia pidió al poder ejecutivo que se subiera el presupuesto para la salud -con relación al PIB- al 10 por ciento.

Lamentablemente, el Seguro Universal de Salud (SUS) en Bolivia, creado por la Ley 1152 en 2019, modificatoria de las leyes 475 y 1069 “Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito” (que establece la ampliación de la cobertura a la población no cubierta por la seguridad social de corto plazo), no fue concebido por los principios del espacio fiscal.

El diseño y la implementación del SUS requiere de elementos técnicos que justifiquen la carga fiscal que representará. La solución ante la falta de recursos debe conducir a la universalidad de los servicios de salud de manera gradual; por ejemplo, puede implementarse un seguro escolar, dados los riesgos que viven los niños y adolescentes sobre todo ahora, en la era post COVID-19. Luego, paulatinamente, se debe ir avanzando hacia la cobertura universal.

A seguir explico en mayor detalle la problemática del gasto de bolsillo y el aseguramiento para la salud.

Recibe un cordial saludo.

Rory Narváez

Economista de la salud e Investigador Senior Invitado de INESAD

CARTA A LOS BOLIVIANOS PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS es un insumo del proyecto **DEBATE PÚBLICO INCLUSIVO** promovido por la Fundación INESAD para contribuir a la sociedad civil a través de una serie de análisis temáticos para el desarrollo de Bolivia.

www.inesad.edu.bo



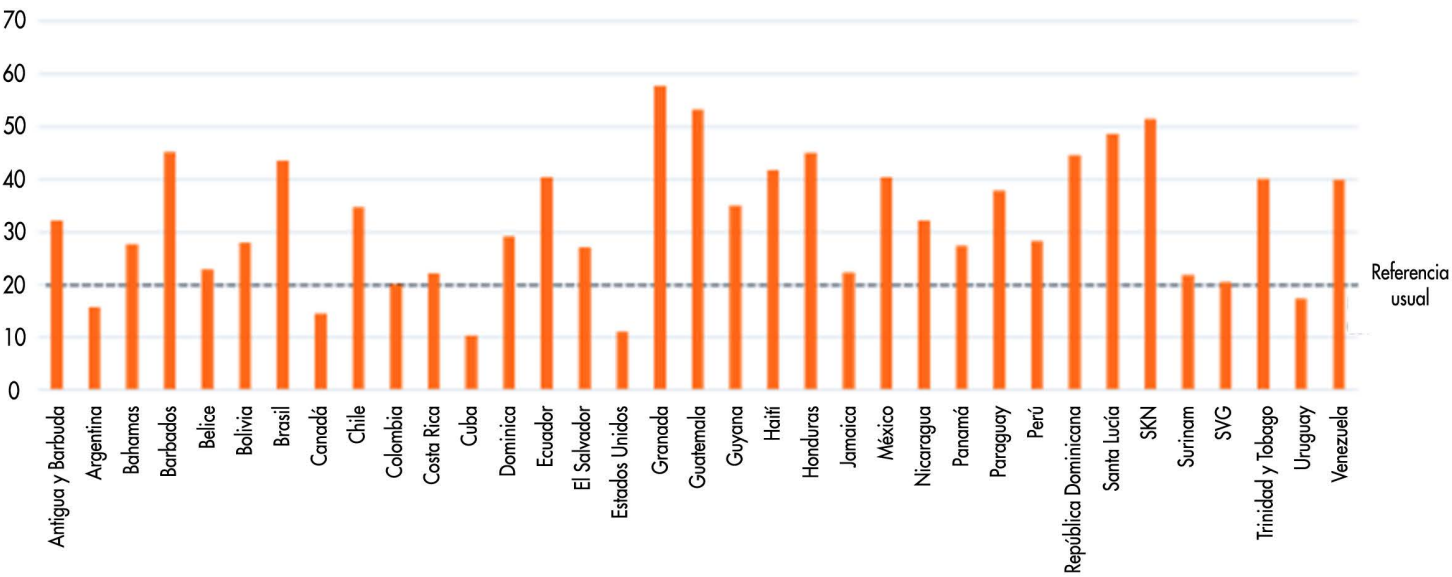
EL GASTO DE BOLSILLO (GdB) EN AMÉRICA LATINA Y EN BOLIVIA

En 2014, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) firmaron la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de la salud. En ella, se comprometieron a aumentar el gasto público en salud hasta alcanzar la meta referencial del 6% del PIB. Pese a que Bolivia llegó a ser uno de los países con el mayor gasto público en salud (GPS), con el 4,6% del PIB en 2014, en la región latinoamericana el gasto de bolsillo (GdB), con respecto al PIB, continuó siendo más alto y el gran reto llegó a consistir en disminuirlo. El GdB es el gasto realizado por las familias al momento de utilizar los servicios en salud para

recibir cualquier tipo de atención, incluidos todos los medicamentos, las preparaciones farmacéuticas y los productos para la salud provenientes de cualquier tipo de proveedor.

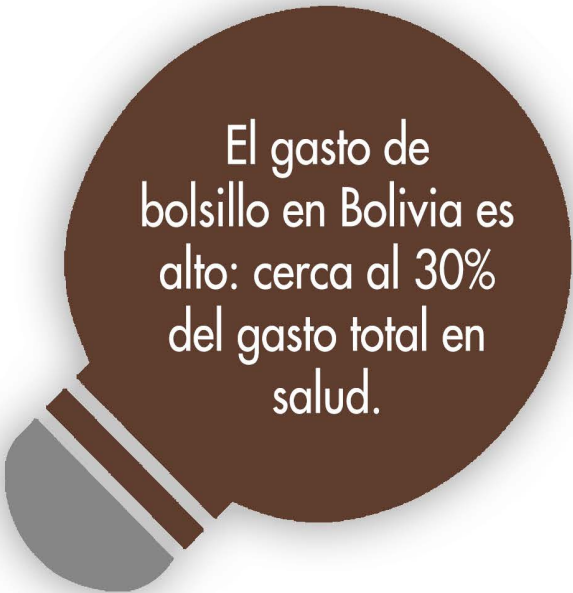
En América Latina, el GdB constituye la fuente más importante de financiamiento del sector de la salud. En el siguiente Gráfico se observa el GdB como proporción del gasto total en la salud de los hogares (GTS) para el año 2016. Se observa que países caribeños y centroamericanos como Granada, Guatemala y Saint Kitts & Nevis (SKN) tienen un GdB por encima de la mitad del GTS, cuando la referencia usual es que el GdB no debe exceder al 20%. Desafortunadamente, nuestro país tiene un GdB cerca al 30% del GTS.

Gráfico No. 1: Gasto de bolsillo (GdB) como proporción del gasto total en salud (GTS) en países de América (2016)



Fuente: Organización Panamericana de la Salud (2016).

Ahora bien, la protección de la salud implicaría contar con un sistema de financiamiento prepago que permita cubrir los eventos por enfermedad y que evite que los hogares tengan que recurrir al GdB e incluso disponer de sus activos para financiar su recuperación sanitaria. Los efectos del GdB se pueden ver en la disminución del ingreso disponible de los hogares (Yd), que es utilizado en mediciones de la pobreza y la desigualdad.



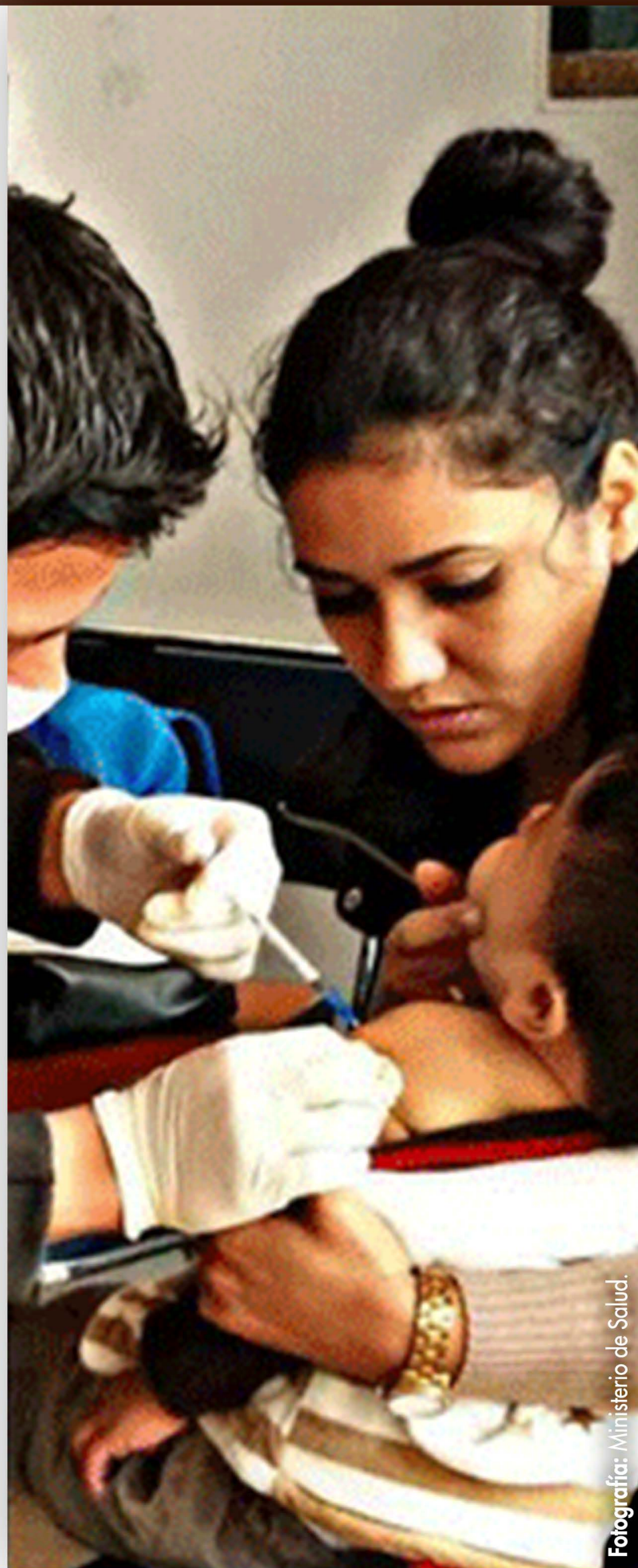
EL GdB PARA LA SALUD EN BOLIVIA Y SUS EFECTOS SOBRE LA POBREZA Y LA DESIGUALDAD

Desafortunadamente, no se cuenta con un estudio reciente que describa el comportamiento del GdB. El último análisis fue realizado por Narváez (2012), que utilizó la base de datos de la Encuesta de Hogares de 2009. De todos modos, lo importante es conocer los cambios cualitativos que no se modificaron en la última década. Los resultados más importantes de este estudio son los siguientes: i) los sistemas de salud universales no aseguran la desaparición del GdB sin embargo, es importante reducir el GdB para evitar sus efectos empobrecedores; ii) Bolivia debería duplicar su gasto total en salud en relación al PIB para avanzar en la cobertura universal de la salud; iii) el impacto del GdB sobre la pobreza y la desigualdad es muy relevante.

La Tabla No. 1 presenta las estimaciones que se tienen del impacto del GdB sobre la pobreza, a través del ajuste del ingreso disponible (un método indirecto). El ingreso "inicial" es aquel que no tiene ajustes, en tanto que el "contrafactual" lleva a estimaciones a través del ajuste del ingreso disponible con la deducción del GdB.¹

A nivel nacional, en el año 2009, la pobreza alcanzaba un 51% de la población (es decir que 51 de cada 100 personas eran pobres); sin embargo, con el ajuste del ingreso a través de la deducción del GdB, este índice de pobreza subía a un 59%. Según el área geográfica, el mayor impacto del GdB sobre la incidencia de la pobreza se observaba en el área urbana. Esto puede explicarse a que existe una mayor oferta de servicios de salud y a que los efectos empobrecedores del GdB pueden localizarse en áreas periurbanas. Asimismo, es importante notar que, según el grupo etario, las mayores diferencias se registran en la población entre 15 y 49 años, la población económicamente activa, que se encuentra desprotegida del esquema de aseguramiento público del sistema de salud boliviano (a excepción de la mujer embarazada y aquella formal). Esta es una clara señal de la necesidad de avanzar para proteger al segmento poblacional entre 5 y 60 años de manera gradual, que actualmente la mayoría no se encuentra protegida.

¹ El método indirecto se aplica para mejorar las estimaciones de la pobreza, dado que la Academia Nacional de Ciencias (NAS, por sus siglas en inglés) reconoció la pertinencia de incluir las necesidades de la salud en su revisión de las mediciones de la pobreza. La NAS sugiere que la línea de pobreza se siga basando en gastos alimentarios, vestimenta, vivienda y algunos otros gastos en ítems personales, y que se deduzcan del ingreso disponible del hogar los gastos de bolsillo para la salud (Narváez, 2012).



En términos del impacto del GdB sobre la desigualdad en la distribución del ingreso, medida a través del coeficiente de Gini ², existe un patrón similar al impacto observado sobre la pobreza. La distribución del ingreso se deteriora con mayor

intensidad en el área urbana, sobre todo en los llanos y valles, y en la población entre 15 y 49 años de edad, además de la población correspondiente al adulto mayor (con más de 60 años).

Tabla No. 1: Estimaciones de la pobreza y coeficiente de Gini con respecto al ingreso disponible observado y el ingreso contrafactual

ESTRATO	Pobreza		Gini	
	Inicial	Contrafactual	Inicial	Contrafactual
Nacional	51%	59 %	0,50	0,52
Urbana	44%	53%	0,45	0,48
Rural	66%	69%	0,53	0,54
Altiplano	57%	61%	0,52	0,52
Valle	53%	61%	0,52	0,54
Llano	42%	55%	0,44	0,47
Castellano	43%	52%	0,47	0,49
Quechua	65%	71%	0,53	0,53
Aymara	66%	71%	0,49	0,50
Otro	49%	78%	0,39	0,41
< 5 años	58%	71%	0,46	0,48
5 – 14 años	63%	71%	0,48	0,48
15 – 49 años	47%	55%	0,50	0,51
50 – 60 años	43%	48%	0,55	0,55
> 60 años	43%	46%	0,49	0,50

Fuente: Narváez (2012).

Por otra parte, según el idioma materno, el pueblo aymara es el más afectado por este ajuste. Probablemente, por razones culturales, contienen la demanda y no expresan sus necesidades de manera oportuna con los gastos necesarios. En resumen, la tabla anterior muestra que el GdB es un componente importante de los ingresos y que este incrementa tanto la pobreza como la desigualdad; situación que no se habría modificado en el tiempo.

EL ASEGURAMIENTO PÚBLICO DE LA SALUD EN BOLIVIA Y EL GdB

Desde la década de los 90, la atención a la salud de la población materno-infantil se constituyó en una política prioritaria para el estado boliviano. Entre 1993 y 1996 se implementó el Plan Vida, que buscó una reducción acelerada de la mortalidad materna, perinatal e infantil. En mayo de 1996, mediante el Decreto Supremo N° 24303, se creó el seguro nacional de maternidad y niñez (SNMN), que buscó

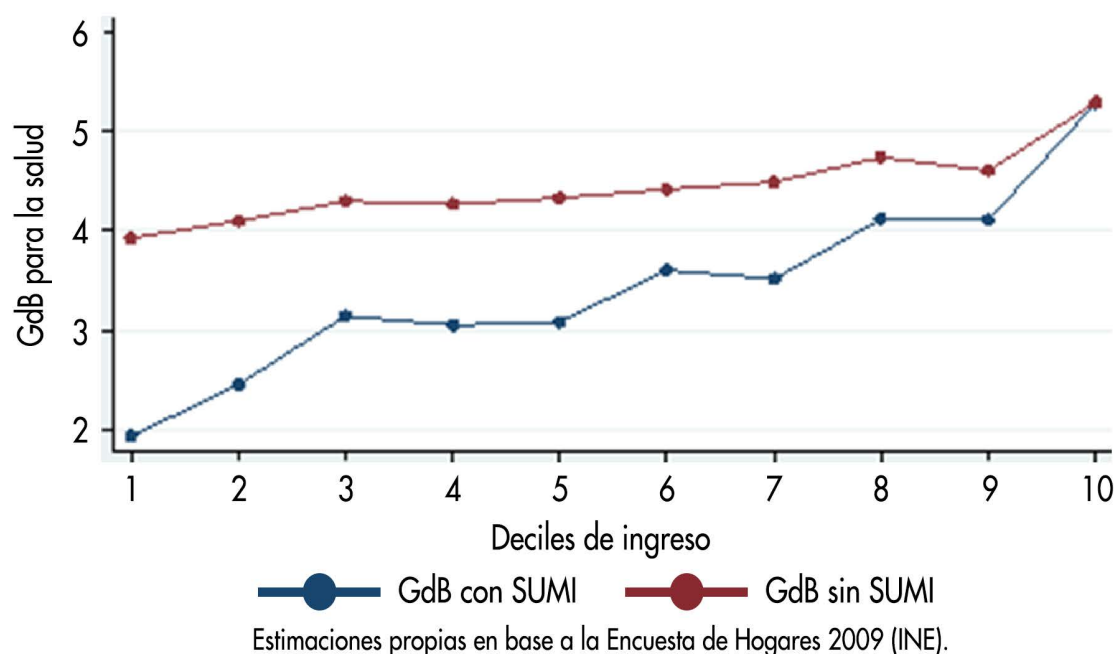
cubrir, a nivel nacional, los servicios médicos de las mujeres gestantes y de los niños y niñas menores de cinco años. De este modo se brindaron 32 tipos de prestación en total. En 1998, el seguro fue redefinido a través del seguro básico de salud (SBS), mediante el Decreto Supremo N° 25265, que se puso en vigencia desde enero de 1999. Este seguro mantuvo las mismas características de su predecesor, protegiendo el binomio madre-niño; sin embargo, amplió el número de prestaciones y puso mayor énfasis en el aseguramiento del área rural. Hacia noviembre de 2002 se promulgó la Ley 2426 de creación del seguro universal materno-infantil (SUMI), que entró en vigencia en enero de 2003. El SUMI sustituyó al SBS y se implementó en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito. La población objetivo fueron las mujeres embarazadas, desde el inicio de su gestación hasta los seis meses posteriores al parto, y los niños y niñas, desde su nacimiento hasta sus cinco años de edad. Este seguro amplió las prestaciones del SBS a 547 (Narváez, 2009). Desde el año 2014, mediante la Ley N° 475 de diciembre de 2013, el SUMI llegó a formar parte de las Prestaciones de Servicios de Salud Integral.

² El coeficiente de Gini es una medida paramétrica de la desigualdad. Si el valor del coeficiente tiende a 0, una economía (o una sociedad) es más igualitaria; y si tiende a 1, es más desigualitaria.

El gasto de bolsillo, realizado por los hogares, aumenta la pobreza y la desigualdad.

El Gráfico No. 2 muestra el GdB con el SUMI y sin él. Se observa que este seguro ha favorecido a los más pobres, a pesar de sus limitaciones: en los deciles de los ingresos del hogar más bajos (del 1 al 2), la brecha entre el GdB con el SUMI y sin él es alta, mostrando que el SUMI disminuye el GdB de manera importante. A medida que los deciles aumentan, la brecha se reduce y, para la población con los ingresos más altos (el decil 10), ya no se presentan diferencias.

Gráfico No. 2: GdB con SUMI y sin él, según deciles de ingreso (2009)



Fuente: Narváez R. (2012).

Otra población asegurada relevante fue la población adulta mayor. En el año 2006 fue creado el seguro de salud para el adulto mayor (SSPAM), mediante la Ley N° 3323, que estableció "beneficios de salud en todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud a ciudadanos mayores de 60 años, con residencia permanente en territorio nacional y que no tengan otro tipo de seguro de salud". El seguro entró en vigencia el año 2007 y suplantó al seguro médico gratuito de vejez (SMGV), que se había establecido con la Ley N° 1886 de agosto de 1998. A su vez, el SMGV reemplazó al seguro nacional de vejez (SNV), promulgado en diciembre de 1996 mediante el Decreto Supremo N° 24448. Desde el año 2014,

mediante la Ley N° 475 de diciembre de 2013, el SSPAM fue fusionado con otros programas, como el SUMI, y formó parte de las Prestaciones de Servicios de Salud Integral.

Finalmente, en febrero del 2019, se promulgó la Ley del Sistema Único de Salud (SUS), que buscó otorgar un acceso y una cobertura de salud a toda la población boliviana que no tuviera seguro de forma gratuita, bajo gradualidad concertada. Se buscó, de esta manera, cumplir con la Constitución Política del Estado (Artículo 18), que señala que "el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna", y

que “el sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social”.

PRINCIPALES DESAFÍOS DEL ASEGURAMIENTO PÚBLICO PARA LA SALUD EN BOLIVIA

Como se mostró anteriormente, las medidas de aseguramiento implementadas en Bolivia buscaron favorecer a algunas personas que no tienen un seguro de salud. Los efectos fueron positivos sobre la caída del GdB —como se aprecia en el gráfico 2—. Sin embargo, persisten varios problemas para un aseguramiento efectivo y de calidad. El más importante consiste en los bajos recursos disponibles para la salud: según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Bolivia es el país que tiene el menor gasto per cápita anual en salud de toda América del Sur, e incluso su inversión en salud —es decir, en infraestructura, capacidad instalada, equipos, formación, etc.— es baja. Además, según la información de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), en el año 2000 el 10,4% de la inversión pública se destinó a la salud, la cual llegó al 3,7% en 2017 (Salazar y Rocha, 2020).

En el año 2018, durante la etapa previa al inicio de la implementación del SUS, algunas voces provenientes del Colegio Médico Nacional y sus afiliados, así como algunos ex ministros de salud y salubristas de renombre, calificaron al presupuesto en salud como insuficiente. El Colegio Médico de Bolivia pidió al poder ejecutivo que subiera el presupuesto total para la salud con relación al PIB hasta el 10%. Esto claramente se refleja en la oferta insuficiente de los servicios de salud.

Por otro lado, el país enfrenta problemas asociados a la eficiencia del gasto (corriente y de inversiones) en la salud. De acuerdo a CAF- Banco de Desarrollo de América Latina (2012), Bolivia tiene uno de los peores índices de eficiencia en cuanto a sus resultados sobre la esperanza de vida al nacer y la tasa de supervivencia infantil por cada 1.000 niños de América Latina. Esto quiere decir que hay posibilidades de que los recursos fiscales destinados a la salud puedan ser reestructurados y mejor utilizados para proveer más y mejores servicios de salud.

En este escenario se hace fundamental trabajar sobre el espacio fiscal (EF) del país. Según la Organización Panamericana de la Salud (2018), el EF se define como el conjunto de recursos adicionales que se pueden incorporar al

presupuesto público para alcanzar una meta de desarrollo del país, sin comprometer su estabilidad o solvencia económica y financiera, cuyas fuentes principales pueden ser de cuatro tipos: crecimiento económico, repriorización del gasto presupuestario, recaudación impositiva y eficiencia en el gasto público.



Así, cabe recaudar más recursos fiscales y de mejor manera, además de que es necesario revisar los gastos tributarios para identificar las exenciones injustas o sin beneficios. Además, existen argumentos y espacios para aumentar los impuestos de salud específicos (principalmente sobre el alcohol y el tabaco). Aunque la recaudación sea baja en estos casos, los ahorros previsibles para el sistema pueden ser altos.

La cobertura universal efectiva en Bolivia solo puede darse gradualmente; por ejemplo, con un seguro escolar, dados los riesgos que tienen los niños y adolescentes, sobre todo ahora en la era de la COVID-19. Luego, paulatinamente se podrá ir avanzando en la cobertura universal. También es importante la población trabajadora informal, constituida por personas con rentas bajas y que no están aseguradas: se pueden implementar estrategias para que puedan acceder a seguros formales en el sector público (como las cajas de salud) o privado (Vidal, 2005).



REFERENCIAS

CAF-Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) (2012). Finanzas públicas para el desarrollo. Bogotá, Colombia: Autor.

Narváez, R. (2009). El aseguramiento público en salud en Bolivia y brechas urbano rurales. La Paz, Bolivia: Fundación Canadiense para las Américas (FOCAL).

Narváez, R. (2012). Gasto de Bolsillo en Salud y sus Implicancias en Pobreza y Desigualdad Rory Narváez. Documento publicado. La Paz, Bolivia.

OPS-Organización Panamericana de la Salud (2016). Gasto de Bolsillo en Salud como proporción del gasto total en salud en países de América [datos]. Washington D.C., Estados Unidos: Autor.

OPS-Organización Panamericana de la Salud (2018). Espacio fiscal para la Salud en América Latina y el Caribe. Washington D.C., Estados Unidos: Autor.

Salazar, H., y Rocha M. (2020). Bolivia frente a la Covid-19. Entre la precariedad en salud y la gestión improvisada. Quito, Ecuador: Rosa Luxemburg Stiftung.

Vidal, C. (2005). Justicia, gasto catastrófico y empobrecimiento de los hogares por pagos en salud. La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística (INE).





CARTA A LOS BOLIVIANOS

PARA EL DESARROLLO DEL PAÍS

Fundación INESAD

Dirección: Avenida 20 de octubre y calle Pinilla No. 2601 - Edificio Julia Elena, Mezzanine No. 1 - Sopocachi

Teléfono: (2) 2146069

Correo: inesad@inesad.edu.bo

inesad
INSTITUTO DE ESTUDIOS AVANZADOS EN DESARROLLO