

Fotografía: Luis Abad Miranda Pantoja



S - Salud

Autores:

Lykke E. Andersen
Boris Branisa
Marcelo Cardona

Palabras clave:

Salud, esperanza de vida al nacer, enfermedades, mortalidad, morbilidad

Códigos JEL:

I10, I15, I18

Ciudadanos saludables son el activo más importante que un país puede tener.

Winston Churchill

Salud y bienestar

La definición más importante sobre salud proviene del documento de constitución de la Organización Mundial de la Salud, OMS (1948): *La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.*

Parece obvio que la salud es un tema central del desarrollo de una sociedad. Como lo remarca Clark (2013), la Conferencia de la Organización de las Naciones Unidas, ONU, sobre Desarrollo Sostenible, celebrada en Río de Janeiro en 2012, afirmó en su documento final que la salud es tanto una condición previa y también el resultado de las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y medioambiental.

En particular, en este capítulo se considera a Sen (1998), quien sostiene que la información sobre la mortalidad es especialmente útil y relevante para

evaluar una sociedad, debido a que una vida más larga se valora en sí misma; a que estar vivo es una condición necesaria para ejercer nuestras capacidades; y a que muchos otros logros valiosos tienen una relación negativa con la mortalidad.

Indicadores para la medición de la salud

Un indicador muy usado para resumir el estado de salud de una población es el de la esperanza de vida al nacer. Contra toda intuición, este indicador no se refiere al número de años que probablemente va a vivir un recién nacido, sino que indica la cantidad de años que éste viviría si los patrones de mortalidad vigentes al momento de su nacimiento no cambian a lo largo de

su vida (Banco Mundial, 2016a). Es decir, el indicador resume los patrones actuales de mortalidad, evitando así especular sobre los cambios que puedan ocurrir en el futuro. Sin embargo, las condiciones de salud están mejorando rápidamente en todo el mundo, así que una persona que nace hoy probablemente va a vivir muchos años más de lo que indica la actual esperanza de vida al nacer. Otro aspecto que hay que tomar en cuenta al usar este indicador es que se trata de la esperanza de vida al momento de nacer. Si se sobrevive el primer año, que es el más peligroso, la esperanza de vida al año 1 es mucho más alta.

Para analizar las causas de mortalidad y morbilidad, e implementar políticas para reducir las amenazas más importantes contra la salud, es necesario conocer a mayor detalle los patrones de enfermedades en cada país. Para este propósito se ha consultado la información disponible en el sitio web del Instituto de Medición y Evaluación de la Salud, (IHME, por sus siglas en inglés) de la Universidad de Washington, que ofrece datos detallados sobre la carga de morbilidad en todos los países del mundo (*Global Burden of Disease Compare*, en IHME, 2016). En este sitio se pueden explorar las diferentes causas de discapacidad o pérdida de vida, impacto que se mide en años de vida ajustados por discapacidad (en inglés = *Disability Adjusted Life Years*, DALYs).

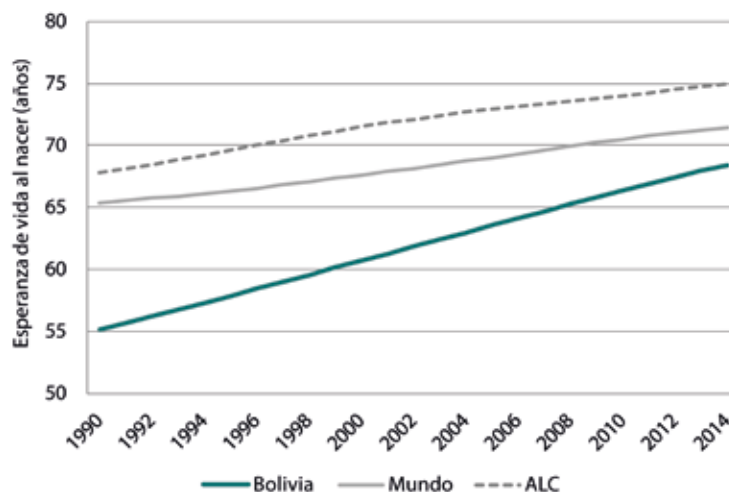
Finalmente, como indicador principal sobre la cobertura de servicios de salud a nivel municipal en Bolivia se usa el porcentaje de partos que han tenido lugar en un establecimiento de salud durante los cinco años anteriores al Censo de Población y

Vivienda de 2012, siguiendo la metodología del INE (2015). Este porcentaje es un buen indicador general de la cobertura del sistema de salud y la atención de personal calificado en un establecimiento de salud reduce significativamente la mortalidad materna e infantil. Para el cálculo de este indicador se incluyen solamente las respuestas de mujeres que han tenido un hijo vivo en los cinco años anteriores al Censo 2012 y que han declarado el lugar del parto (un establecimiento de salud, la casa, otro lugar). Aproximadamente 0,1% de las mujeres que han tenido un hijo vivo durante los cinco años anteriores al Censo no han declarado el lugar del parto. Para calcular el número total de partos por año que no han sido atendidos en un establecimiento de salud, se ha supuesto que los partos sin información sobre el lugar siguen la misma distribución que los 99,9% que tienen esta información.

Vidas más largas

El mundo ha experimentado mejoras sistemáticas y sustanciales en la esperanza de vida al nacer durante las últimas décadas. Entre 1990 y 2014, la esperanza de vida al nacer ha aumentado seis años en el promedio mundial, lo que significa que para cada año transcurrido, el indicador aumentó aproximadamente tres meses (ver el Gráfico S.1.1). El aumento ha sido aún más grande en Bolivia, especialmente para las mujeres, que han aumentado el indicador en un valor de 14 años, en sólo 24 años. Es decir, para cada año que ha pasado, las mujeres en promedio han aumentado siete meses a la esperanza de vida al nacer.

Gráfico S.1.1: Esperanza de vida al nacer en Bolivia, ALC y el mundo, 1990-2014



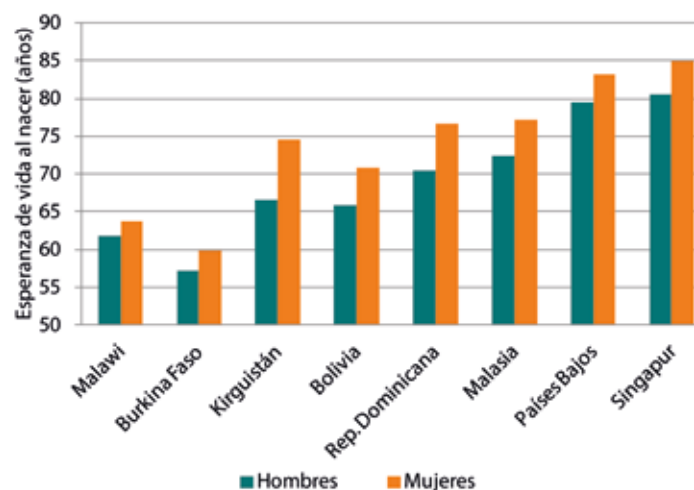
Fuente: Elaboración propia con base en los Indicadores de Desarrollo Mundial (Banco Mundial, 2016a).

Una de las razones principales de la mejora en la esperanza de vida al nacer de las mujeres en Bolivia es la reducción del número de hijos que tienen. En 1990 las mujeres bolivianas tenían en promedio cinco hijos, pero en 2014 la cifra se redujo a tres (Banco Mundial, 2016b). Además, debido a mejoras importantes en el sistema de salud, los partos actualmente son menos peligrosos para las mujeres. En 1994, 360 mujeres murieron por cada 100.000 hijos nacidos vivos, mientras que en 2008, esta tasa había caído en 26% (Banco Mundial, 2016c). Hay que remarcar que existe poca precisión en las estimaciones de la tasa de mortalidad materna en base a encuestas (Coa y Ochoa, 2009). No hay datos posteriores a 2008, porque no hay encuestas similares disponibles, pero muy probablemente la mortalidad materna ha bajado aún más.

Ingresos y salud

Existe una relación positiva entre el nivel de ingresos per cápita y la esperanza de vida al nacer, aunque eventos como guerras y epidemias pueden reducir temporalmente el indicador por debajo de lo normal. En 2014, su valor en Bolivia era de 68 años, siendo cinco años más alta para las mujeres que para los hombres, como se observa en prácticamente todo el mundo. Este nivel es típico para el nivel de ingresos que Bolivia tiene actualmente (ver el Gráfico S.1.2). Cabe destacar que la gran diferencia entre hombres y mujeres que se observa en Kirguistán es típica de países como los de la Federación de Rusia y las ex repúblicas soviéticas, donde los factores relacionados con el estilo de vida, tales como el uso nocivo del alcohol, el tabaco y las lesiones, impactan en la mortalidad de los hombres (ONU, 2010).

Gráfico S.1.2: Esperanza de vida al nacer en Bolivia y otros países, 2014



Fuente: Elaboración propia con base en los Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial (2016d y 2016e).

Las causas de mortalidad y morbilidad en Bolivia

Además de los cambios que el país está experimentando en la demografía (ver el también capítulo **Demografía**), recientemente Bolivia ha pasado de ser un país de ingresos bajos a un país con ingresos medios-bajos. Con este aumento en ingresos, el tipo de enfermedades que dominan en el país también ha cambiado. Ya no predominan las enfermedades contagiosas típicas de los países pobres (diarrea, infecciones respiratorias, complicaciones neo-natales, tuberculosis, malaria, y otras enfermedades que principalmente afectan a niños menores de cinco años). Ahora se están volviendo más y más importantes las enfermedades no-contagiosas que predominan en países más ricos. De hecho, para los hombres en Bolivia, los accidentes de tránsito son la principal causa de mortalidad y morbilidad (pérdida de DALY's) por encima de las infecciones respiratorias y diarrea, las cuales eran las principales causas de mortalidad y morbilidad hace 25 años (IHME, 2016; Andersen, 2016).

Para mujeres en edad fértil, la principal causa de mortalidad ya no son las complicaciones relacionadas con los embarazos (20% de muertes en 1990, pero

sólo 12% en 2013), sino el cáncer (11% en 1990, pero 17% en 2013). En términos de morbilidad (estar enfermo sin llegar a morir), las mujeres en edad fértil sufren principalmente por trastornos mentales, sobre todo depresión y ansiedad, responsables de 34% de la carga de morbilidad (IHME, 2016).

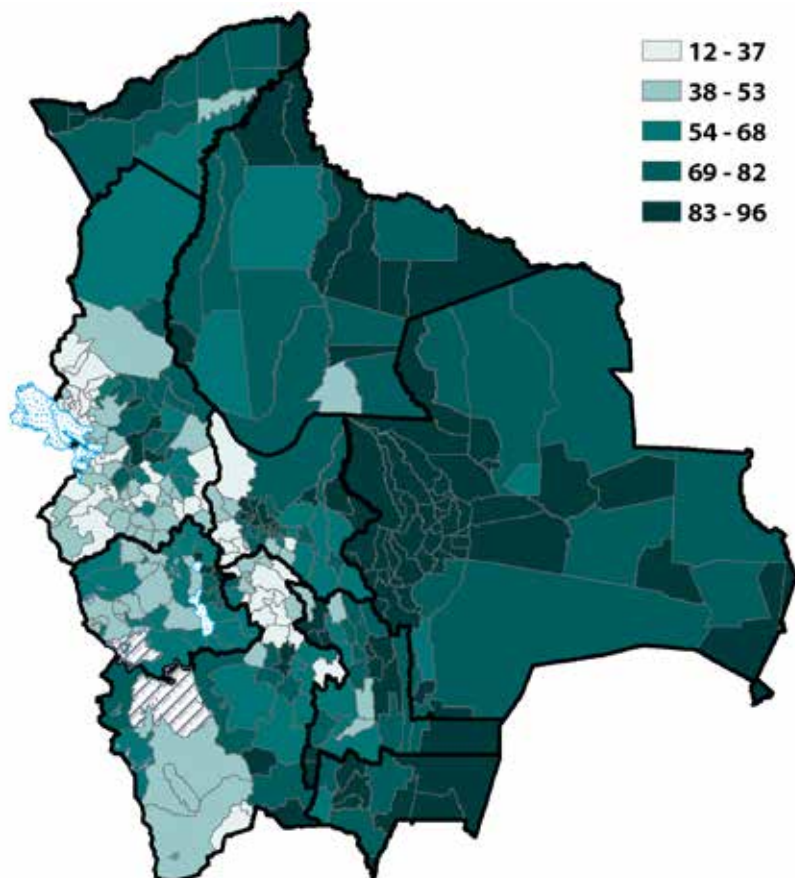
Análisis municipal de la cobertura de salud

En Bolivia y según el INE (2015), la atención de partos en establecimientos de salud aumentó de 61% del total de partos a 81% entre 2001 y 2012. La cobertura de partos en establecimientos de salud aumentó de 31% a 60% en áreas rurales, y de 78% a 91% en áreas urbanas.

El Mapa 5.1 muestra la cobertura de partos en establecimientos de salud a nivel municipal, según el Censo 2012. La cobertura es sustancialmente más baja en las tierras altas que en las tierras bajas, a pesar de los avances muy significativos que se han visto en el Altiplano. Por ejemplo, INE (2015) ha calculado que Potosí es el departamento con las mejoras porcentuales más grandes (70% de aumento en la cobertura de partos en establecimientos de salud entre 2001 y 2012).

Mapa S.1: Bolivia. Cobertura de servicios básicos de salud, por municipio, 2008 -2012

(porcentaje de los últimos partos atendidos en un establecimiento de salud)



Fuente: Elaboración propia con base en datos del Censo de Población y Vivienda 2012, usando la metodología de INE (2015).

A pesar de que las tasas de cobertura son más altas en áreas urbanas, y especialmente en áreas metropolitanas, estas últimas concentran el mayor número absoluto de partos entre 2008 y 2012 que no fueron atendidos en establecimientos de salud. Los diez municipios con el mayor número de partos no atendidos son: El Alto (3.111 partos no atendidos por año), Santa Cruz de la Sierra (1.303), Cochabamba (951), La Paz (624), Oruro (602), Potosí (468), La Asunta (442), Colquechaca

(384), Sucre (360) y San Pedro de Buena Vista (357). En Bolivia hay aproximadamente 33 mil partos no atendidos en establecimientos de salud cada año. Más del 26% de estos partos se concentran en estos diez municipios. En cambio, los 50 municipios con las menores tasas de cobertura concentran menos del 19% de todos los partos no atendidos en establecimientos de salud.

Desafíos y recomendaciones

Por un lado, Bolivia ha avanzado mucho en el reconocimiento de los derechos de sus ciudadanos. Como se detalla en Branisa, *et al.* (2014), la Constitución Política del Estado de 2009 reconoce el derecho a la salud en su Artículo 18, que establece que todas las personas tienen derecho a la salud y que el Estado debe garantizar la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna. También dispone la creación de un Sistema Único de Salud de carácter universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El Artículo 35

establece que el Estado en todos sus niveles debe proteger el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito a los servicios de salud.

El proceso de reforma por el que está atravesando el sector salud en el país implicó la creación de diferentes programas y normativas, como por ejemplo el Bono Madre Niña-Niño “Juana Azurduy”, el Programa Multisectorial Desnutrición Cero, la Ley de Prestaciones del Servicio de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia, el Programa “Mi Salud”, los programas hospitalarios y los programas epidemiológicos.

Por otro lado, respecto a los recursos destinados a la salud, como se discute también en Branisa, *et al.* (2014) utilizando datos de Dupuy (2012), en Bolivia el gasto total en salud como porcentaje del PIB era muy similar en 2003 (5,3 %) y 2010 (5,4 %). Utilizando el valor de 2010, se constata que el gasto total en salud como porcentaje del PIB en Bolivia es inferior al valor promedio sudamericano y también al promedio de países en el mundo con un nivel de ingreso del Estado similar a Bolivia en términos per cápita.

Si bien la salud ha mejorado notablemente en el país, como se refleja en la evolución de la esperanza de vida al nacer que ha aumentado significativamente en Bolivia desde 1990, ésta se mantiene en 2014 todavía algo por debajo del promedio mundial, y muy por debajo del promedio de la región de América Latina y el Caribe. Esto implica que se requieren mayores esfuerzos en el sector de la

salud, enmarcados necesariamente en el contexto de un proceso de transición epidemiológica en el país. Es decir en atención a la modificación en los patrones de salud y enfermedad que se reflejan en el incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, asociada a una persistente prevalencia de enfermedades transmisibles (Branisa, *et al.*, 2014). Finalmente, esto también está relacionado con la transición demográfica que vive Bolivia, la que debe ser considerada a la hora de definir políticas en el sector salud a mediano y largo plazo.

Referencias bibliográficas

- Andersen, L. E. (2016) Changing Wealth – Changing Health. [Blog] Development Roast. [En línea]. Disponible en: <http://inesad.edu.bo/developmentroast/2016/05/changing-wealth-changing-health/> [Consultado el 5 de mayo de 2016].
- Banco Mundial (2016a) Esperanza de vida al nacer, total, Indicadores del Desarrollo Mundial. [Base de datos]. [En línea]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN> [Consultado el 12 de mayo del 2016].
- (2016b) Tasa de Fertilidad, Total, Indicadores del Desarrollo Mundial. [Base de datos]. [En línea]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.MMRT.NE> [Consultado el 29 de abril del 2016].
- (2016c) Tasa de Mortalidad Materna, Indicadores del Desarrollo Mundial. [Base de datos]. [En línea]. Disponible en: <http://data.worldbank.org/indicador/SP.DYN.TFRT.IN> [Consultado el 29 de abril del 2016].
- (2016d) Esperanza de vida al nacer, mujeres, Indicadores del Desarrollo Mundial. [Base de datos]. [En línea]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.FE.IN> [Consultado el 12 de mayo del 2016].

- (2016e) Esperanza de vida al nacer, varones, Indicadores del Desarrollo Mundial. [Base de datos]. [En línea]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.MA.IN> [Consultado el 12 de mayo del 2016].
- Bolivia, Estado Plurinacional de. INE (2015) *Características de la Población*. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.ine.gob.bo/publicaciones/visorPdf.aspx?codigo=4175&tipo=0> [Consultado el 28 de julio de 2016].
- Branisa, B.; Cardona, C.; Johannsen, J.; Buscarons, L. (2014) Análisis descriptivo del estado de salud de la población boliviana y del sistema de salud en Bolivia. Manuscrito no publicado.
- Clark, H. (2013) *Empowered lives; resilient nations: Why health matters to human development*. Programa de las Naciones Unidas Para el Desarrollo. [En línea]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/presscenter/speeches/2013/01/31/helen-clark-empowered-lives-resilient-nations-why-health-matters-to-human-development-.html> [Consultado el 30 de mayo de 2016].
- Coa, R.; Ochoa, L. (2009) *Bolivia: Informe de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDSA 2008*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes. Programa Reforma de Salud; Instituto Nacional de Estadística.
- Dupuy, J. R. (2012) *Análisis del Gasto y Financiamiento en Salud en Bolivia 2003-2010*. La Paz: Ministerio de Salud y Deportes.
- IHME (2016) *Global Burden of Disease Compare*. Institute for Health Metrics and Evaluation. [En línea]. Disponible en: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare> [Consultado el 29 de abril del 2016].
- OMS, Organización Mundial de la Salud (1948) *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. [En línea]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf [Consultado el 30 de mayo del 2016].
- ONU (2010) *The World's Women 2010: Trends and Statistics*. Series K, 19.
- Sen, A. (1998) Mortality as an Indicator of Economic Success and Failure. *The Economic Journal*, 108, pp. 1-25.