



**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

ANÁLISIS DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD EN BOLIVIA 2003 - 2008

**MSc. Julien Roger DUPUY
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN
ÁREA DE ECONOMÍA DE LA SALUD
Julio 2011**



**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

ANÁLISIS DEL GASTO Y FINANCIAMIENTO EN SALUD EN BOLIVIA 2003 - 2008

**MSc. Julien Roger DUPUY
DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN
ÁREA DE ECONOMÍA DE LA SALUD
Julio 2011**

Introducción

Bolivia se caracteriza por ser uno de los países más inequitativos del mundo, y consecuentemente, la mayor parte de la población no puede ejercer efectivamente su derecho a la salud: así, las dos grandes categorías de problemas identificadas en las asambleas preconstituyentes de salud en 2006 y reafirmados en el Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2015 son, por una parte, la existencia de factores sociales, económicos, culturales y ambientales (determinantes de la salud), que son muy desfavorables para la calidad de vida y la salud de la población boliviana. Por otra parte, los Bolivianos y Bolivianas no tienen un acceso universal e integral a servicios de salud de calidad: según la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales, el 77% de la población boliviana tiene algún grado de exclusión en salud (UDAPE y OPS 2004).

Estas dos categorías de problemas muestran la necesidad de modificar profundamente el accionar sectorial, mejorando las condiciones de los servicios de salud (accesibilidad, calidad, interculturalidad) y desarrollando a gran escala la promoción de la salud a partir de la movilización social y de alianzas estratégicas intersectoriales, para impactar significativamente sobre el estado de salud y la calidad de vida de la población (MSyD 2010).

Frente a este contexto, el Estado Plurinacional de Bolivia inició la implementación de la política de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural y planteó la creación del Sistema Único de Salud en aplicación de la Constitución Política del Estado, que incluye la cobertura en salud universal y gratuita en el punto de atención. Estos cambios permitirán a mediano y largo plazo el ejercicio efectivo del derecho a la salud por parte de toda la población, pero exigen la disponibilidad de una mayor cantidad de recursos para el Sector Salud y un uso más eficaz y eficiente de estos.

En este marco, los tomadores de decisiones del Sector Salud y más generalmente del Estado necesitan información confiable y analizada en forma sistemática sobre el origen, cantidad y uso de los recursos para salud para así evaluar el desempeño del sistema de salud y tomar decisiones más eficientes para asegurar el derecho a la salud de todos los bolivianos y las bolivianas.

Entre 2009 y 2011, se realizaron dos estudios de cuentas de salud que proveen este tipo de información (Valdés y Peñaloza 2010; Avila *et al.* 2011), con datos para el periodo 2003-2007 desagregados por fuentes de financiamiento, agente financiador, objeto del gasto, funciones y proveedores. Sin embargo, estos dos estudios se limitaron al cálculo del gasto en salud, y no al análisis sistemático de este en el contexto nacional e internacional.

En consecuencia, el presente documento tiene como objetivo realizar un análisis complementario del comportamiento del gasto en salud en el contexto macroeconómico boliviano y en el contexto internacional del financiamiento de la salud, con el objetivo de apoyar a la toma de decisión en el Sector Salud y crear una argumentación sólida a favor del incremento del gasto público en salud en el marco de la construcción del Sistema Único de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Para tal propósito, se presenta en el primer capítulo los antecedentes y la documentación analizada; luego se establece un marco metodológico para el análisis sistemático de las cuentas de salud en Bolivia; finalmente, en el capítulo 3, se procede al análisis propiamente dicho de las cuentas de salud para el periodo 2003-2007 dentro del esquema metodológico propuesto.

Índice de Contenido

Introducción	5
Capítulo I. Marco conceptual y antecedentes de las Cuentas de Salud en Bolivia	13
I.1. ¿Qué son las cuentas de salud?	13
I.2. Gasto en salud	13
I.3. Antecedentes de las Cuentas de Salud en Bolivia	14
I.4. Documentación analizada	15
Capítulo II. Metodología de análisis de las Cuentas de Salud 2003-2008	17
II.1. Clasificación de las cuentas de salud y matrices de gasto	17
II.2. Criterios de análisis del gasto y financiamiento de la salud	18
II.2.1. Utilización de indicadores estándares	18
II.2.2. Medir el esfuerzo a favor del incremento del gasto en salud	19
II.3. Gasto en salud analizado	19
II.4. Cálculo del gasto en valor real	20
II.5. Comparaciones internacionales	21
II.5.1. Dimensiones e indicadores comparables.....	21
II.5.2. Grupos de países para comparación internacional	22
II.5.3. Límites de las comparaciones internacionales	23
Capítulo III. Análisis de las Cuentas de Salud en Bolivia periodo 2003-2008	25
III.1. Esquema de análisis del gasto y financiamiento de la salud	25
III.2. Análisis del Gasto total en salud	25
III.2.1. Evolución del gasto total en salud.....	25
III.2.2. Gasto total en salud per cápita	27
III.2.3. Gasto total en salud en % del PIB	30
III.2.4. Conclusiones del análisis del gasto total en salud.....	32
III.3. Análisis del Gasto en salud según agentes financiadores	32
III.3.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según sub-sector y agente	32
III.3.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según sub-sector y agente	35
III.3.3. Nivel y evolución del gasto en valor real según sub-sector y agente	37
III.3.4. Gasto en salud per cápita, según sector y agente financiador	40
III.3.5. Ratios macroeconómicos del gasto según sector y agente financiador	43

III.4. Análisis del Gasto en salud según fuentes de financiamiento	49
III.4.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según fuente.....	49
III.4.2. Destino del gasto en salud por fuentes de financiamiento	52
III.4.3. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según fuente de financiamiento	55
III.4.4. Nivel y evolución del gasto en valor real según fuente de financiamiento	57
III.4.5. Gasto en salud per cápita, según fuente de financiamiento	59
III.4.6. Ratios macroeconómicos del gasto según fuente de financiamiento	63
III.5. Análisis del Gasto en salud según objeto del gasto	66
III.5.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según objeto.....	66
III.5.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según objeto del gasto.....	69
III.5.3. Nivel y evolución del gasto real según objeto del gasto.....	71
III.6. Análisis del Gasto en salud según función	73
III.6.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según función	73
III.6.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según función.....	78
III.6.3. Estimación del costo promedio por tipo de atención.....	81
III.7. Análisis del Gasto en salud según proveedor de servicios	82
III.7.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según proveedor	82
III.7.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según proveedor.....	86
III.8. Análisis del Gasto en salud según Departamento	90
III.8.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según Departamento	90
III.8.2. Estructura departamental de gasto en salud según subsector.....	93
III.8.3. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según Departamento	95
III.8.4. Gasto en salud per cápita, según Departamento.....	99
 Conclusiones y recomendaciones	 105
 Bibliografía	 107

Índice de Tablas y Cuadros

Cuadro 1	– Ejemplos de actividades que podrían incluirse o excluirse del gasto en salud	14
Cuadro 2	– Principales diferencias entre los dos estudios de cuentas de salud 2003-2007.....	16
Cuadro 3	– Tasa de inflación general e específica, 2003-2008.....	21
Cuadro 4	– Países integrantes de los diferentes grupos de comparación seleccionados	22
Cuadro 5	– Gasto total en salud en valor nominal, Bolivia, 2003-2008	25
Cuadro 6	– Gasto total en salud en valor real, Bolivia, 2003-2008.....	26
Cuadro 7	– Gasto total en salud per cápita en valor nominal, Bolivia, 2003-2008	27
Cuadro 8	– Comparación internacional del gasto total en salud per cápita, 2007	27
Cuadro 9	– Gasto total en salud per cápita en valor real, Bolivia, 2003-2008.....	28
Cuadro 10	– Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2008 del gasto total en salud per cápita en valor real	30
Cuadro 11	– Evolución de la estructura de gasto según sub-sector, Bolivia, 2003-08	34
Cuadro 12	– Evolución del gasto en valor nominal por sector, Bolivia, 2003-08.....	35
Cuadro 13	– Evolución del gasto en valor nominal según agente financiador del subsector público, Bolivia, 2003-08	36
Cuadro 14	– Evolución del gasto en valor nominal según agente financiador del subsector de la Seguridad Social, Bolivia, 2003-08	36
Cuadro 15	– Evolución del gasto en valor nominal según agente financiador del subsector privado, Bolivia, 2003-08.....	37
Cuadro 16	– Evolución del gasto en valor real por agente financiador, Bolivia, 2003-08	38
Cuadro 17	– Tasa de crecimiento real acumulada del gasto en salud desde el año 2003, según agente financiador, Bolivia, 2003-08.....	39
Cuadro 18	– Gasto per cápita (Bs.) en valor nominal por agente financiador, Bolivia, 2003-08	40
Cuadro 19	– Comparación internacional del gasto total en salud per cápita, 2007	41
Cuadro 20	– Gasto en salud per cápita en valor real, según sub-sector, Bolivia, 2003-2008.....	42
Cuadro 21	– Comparación internacional del incremento real del gasto per cápita según sector.....	42
Cuadro 22	– Gasto en salud por sector en % del producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008.....	44
Cuadro 23	– Gasto en salud estatal en % del gasto público total, Bolivia, 2003-2008	46
Cuadro 24	– Gasto en salud estatal en % del gasto del Gobierno General, Bolivia, 2003-2008	47
Cuadro 25	– Evolución de la estructura de gasto por tipo de fuente, Bolivia, 2003-08	51
Cuadro 26	– Destino de las diferentes fuentes de financiamiento, Bolivia, 2003-08.....	53
Cuadro 27	– Evolución de la estructura de gasto de los agentes según fuente de financiamiento, Bolivia, 2003-08	54
Cuadro 28	– Evolución del gasto en valor nominal por tipo de fuente, Bolivia, 2003-08.....	55
Cuadro 29	– Gasto nominal según fuentes de financiamiento públicas, Bolivia, 2003-08	56
Cuadro 30	– Evolución del gasto nominal según fuentes de financiamiento privadas y externas, Bolivia, 2003-08	57
Cuadro 31	– Evolución del gasto en valor real por fuente de financiamiento, Bolivia, 2003-08.....	58
Cuadro 32	– Tasa de crecimiento real acumulada del gasto en salud según fuentes de financiamiento, Bolivia, 2003-08	59
Cuadro 33	– Gasto per cápita (Bs.) en valor nominal según fuente, Bolivia, 2003-08	60
Cuadro 34	– Comparación internacional del gasto per cápita según tipo de fuente, 2008	61
Cuadro 35	– Gasto en salud por fuente en % del gasto del Gobierno general, Bolivia, 2003-08	65

Cuadro 36	– Evolución de la estructura de gasto en salud según objeto, Bolivia, 2003-07	68
Cuadro 37	– Estructura de gasto en salud por objeto del gasto y por subsector, Bolivia, 2007	68
Cuadro 38	– Evolución del gasto en valor nominal por objeto, Bolivia, 2003-07	69
Cuadro 39	– Gasto en valor nominal por objeto y subsector, Bolivia, 2007	71
Cuadro 40	– Evolución del gasto real según objeto del gasto, Bolivia, 2003-07	71
Cuadro 41	– Tasa de crecimiento real acumulada 2003-07 por subsector, Bolivia, 2003-07	72
Cuadro 42	– Evolución de la estructura de gasto en salud según función, Bolivia, 2003-07	76
Cuadro 43	– Estructura de gasto en salud por función y subsector, Bolivia, 2007	78
Cuadro 44	– Evolución del gasto en valor nominal por función, Bolivia, 2003-07	79
Cuadro 45	– Gasto en valor nominal por función y subsector, Bolivia, 2007	80
Cuadro 46	– Gasto en valor nominal por función y subsector, en bolivianos, Bolivia, 2007	81
Cuadro 47	– Evolución de la estructura de gasto en salud según proveedor, Bolivia, 2003-07	84
Cuadro 48	– Estructura de gasto en salud por proveedor y subsector, Bolivia, 2007	85
Cuadro 49	– Evolución del gasto en valor nominal por tipo de proveedor, Bolivia, 2003-07	87
Cuadro 50	– Gasto en valor nominal por tipo de proveedor y subsector, Bolivia, 2007	88
Cuadro 51	– Gasto nominal en salud por tipo de establecimiento en los subsectores Público y de la Seguridad Social, Bolivia, 2007	89
Cuadro 52	– Evolución de la estructura de gasto según Departamento, Bolivia, 2003-07	91
Cuadro 53	– Estructura de gasto en salud por Departamento y subsector, Bolivia, 2007	92
Cuadro 54	– Evolución del gasto en valor nominal por Departamento, Bolivia, 2003-07	96
Cuadro 55	– Gasto en valor nominal por Departamento y subsector, Bolivia, 2007	98
Cuadro 56	– Evolución del gasto per cápita por Departamento, Bolivia, 2003-07	100
Cuadro 57	– Gasto per cápita por Departamento y subsector, en bolivianos, Bolivia, 2007	102

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1	– Gasto total en salud en valor nominal y real, Bolivia, 2003-08 (millones de Bs.)	26
Ilustración 2	– Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto total en salud per cápita en valor nominal (UMN)	28
Ilustración 3	– Gasto total en salud per cápita, en valor nominal y real, Bolivia, 2003-08 (Bs)	29
Ilustración 4	– Gasto total en salud en % del producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008	30
Ilustración 5	– Comparación internacional del ratio gasto total en salud en % del PIB para los años 2003 y 2008 (valor nominal)	31
Ilustración 6	– Estructura de Gasto en salud por agente financiador, Bolivia, 2007	32
Ilustración 7	– Evolución de la estructura de gasto por agente financiador, Bolivia, 2003-07	33
Ilustración 8	– Comparación internacional de la estructura de gasto según sub-sector, 2007	34
Ilustración 9	– Evolución del gasto en valor real por agente financiador, Bolivia, 2003-08	38
Ilustración 10	– Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto estatal en salud per cápita en valor nominal (UMN)	41
Ilustración 11	– Gasto en salud por sector en % del producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008	43
Ilustración 12	– Comparación internacional del ratio de gasto en salud en % del PIB según sector, 2007 (valor nominal)	44

Ilustración 13	– Gasto en salud estatal en % del gasto público total, Bolivia, 2003-2008.....	45
Ilustración 14	– Crecimiento nominal acumulado del gasto estatal en salud y del resto del gasto público, Bolivia, 2003-2008	46
Ilustración 15	– Gasto en salud estatal en % del gasto del Gobierno General, Bolivia, 2003-08	47
Ilustración 16	– Comparación internacional del ratio de gasto estatal en salud en % del gasto total del Gobierno General para los años 2003 y 2008 (valor nominal)	48
Ilustración 17	– Estructura de Gasto por fuente de financiamiento, Bolivia, 2007	49
Ilustración 18	– Evolución de la estructura de gasto por fuente, Bolivia, 2003-07	50
Ilustración 19	– Comparación internacional del % de financiamiento externo dentro del gasto total en salud, 2008.....	52
Ilustración 20	– Destino de las diferentes fuentes de financiamiento, Bolivia, 2003-08	53
Ilustración 21	– Gasto en valor nominal según fuente nacional (Bs. Millones), Bolivia, 2003-08	56
Ilustración 22	– Gasto per cápita (Bs.) en valor nominal según tipo de fuente, Bolivia, 2003-08.....	60
Ilustración 23	– Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto en salud per cápita en valor nominal (UMN), según tipo de fuente.....	62
Ilustración 24	– Gasto real per cápita según fuente nacional (Bs.), Bolivia, 2003-08	63
Ilustración 25	– Gasto en salud por tipo de fuente en % del PIB, Bolivia, 2003-2008.....	64
Ilustración 26	– Gasto en salud según fuente en % del gasto público total, Bolivia, 2003-2008.....	65
Ilustración 27	– Estructura de Gasto en salud según objeto, Bolivia, 2007	66
Ilustración 28	– Evolución de la estructura de gasto en salud según objeto, Bolivia, 2003-07	67
Ilustración 29	– Evolución del gasto en salud según principales objetos, Bolivia, 2003-07	70
Ilustración 30	– Estructura de Gasto en salud según función, Bolivia, 2007	74
Ilustración 31	– Evolución de la estructura de gasto en salud según función, Bolivia, 2003-07	75
Ilustración 32	– Comparación internacional del gasto en la función de prevención y salud pública en % del gasto total en salud, periodo 2003-2007	76
Ilustración 33	– Comparación internacional del gasto en atención hospitalaria en % del gasto total en salud y en % del gasto estatal en salud, periodo 2003-2007	77
Ilustración 34	– Estructura de Gasto en salud según proveedor, Bolivia, 2007	83
Ilustración 35	– Gasto en salud por tipo de establecimiento en % del gasto total en salud en los subsectores público y de la Seguridad Social, Bolivia, 2007	85
Ilustración 36	– Estructura de Gasto en salud y de población según Departamento, Bolivia, 2007	90
Ilustración 37	– Estructura de gasto en salud por subsector según Departamento, 2007	93
Ilustración 38	– Estructura de gasto por entidad pública según Departamento, 2003 y 2007	94
Ilustración 39	– Tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto en salud por Departamento, Bolivia	97
Ilustración 40	– Gasto en salud per cápita según Departamento, en bolivianos, Bolivia, 2007	99
Ilustración 41	– Gasto en salud per cápita según Departamento y subsector, Bolivia, 2007	101
Ilustración 42	– Tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto público per cápita según Departamento, Bolivia.....	103

Capítulo I. Marco conceptual y antecedentes de las Cuentas de Salud en Bolivia

I.1. ¿Qué son las cuentas de salud?

Las Cuentas de Salud son un conjunto de cuadros en los que se encuentran organizados distintos aspectos del gasto y del financiamiento de la salud de un determinado país. Su objetivo principal es apoyar la gobernancia y la toma de decisiones del sistema de salud (OMS 2005).

Consisten en un monitoreo sistemático, integral y consistente del flujo de recursos en el sistema de salud de un país y constituyen una herramienta diseñada específicamente para suministrar información al proceso de las políticas de salud, incluyendo el diseño y la instrumentación de políticas, el diálogo político, y el monitoreo y la evaluación de las intervenciones de atención de la salud. Suministran información científica para ayudar a los formuladores de políticas, los actores estratégicos no gubernamentales y los administradores a tomar mejores decisiones en sus esfuerzos por mejorar el desempeño del sistema de salud (OMS 2005).

De acuerdo con la experiencia, los países que han desarrollado y utilizado las cuentas de salud las han encontrado de gran utilidad para responder a preguntas tales como (OMS 2005):

- ¿Cómo se movilizan y administran los recursos para el sistema de salud?
- ¿Quién paga y cuánto se paga por la atención de la salud?
- ¿Quién proporciona los bienes y servicios y qué recursos utilizan para ello?
- ¿Cómo se distribuyen los fondos de la atención de la salud entre los diferentes servicios, intervenciones y actividades que produce el sistema de salud?
- ¿Quién se beneficia del gasto en la atención de la salud?

Lo que distingue las cuentas de salud de otras formas de revisión de gasto es que implica una contabilidad completa de todo el gasto destinado a la salud y una clasificación rigurosa de los tipos y los propósitos de todos los gastos y de todos los actores en el sistema de salud; también permite un acercamiento riguroso a la recolección, catalogación y estimación de todos los flujos de dinero relacionados con el gasto en salud, en el marco de un análisis continuo (OMS 2005).

I.2. Gasto en salud

De acuerdo con la Guía del Productor de Cuentas en Salud (OMS 2005), el gasto en salud abarca todos aquellos gastos cuyo propósito primordial sea la restauración, el mejoramiento y el mantenimiento de la salud para el país y para los individuos durante un periodo definido de tiempo. Esta definición es válida independientemente del tipo de institución o entidad que provea o que pague por la actividad de salud.

Si bien existen muchas actividades que están relacionadas con la salud, como alimentación, agua segura, protección social y otras determinantes de la salud, éstas no se consideran en los estudios de cuentas de salud. En caso contrario, estos serían menos preciso y entonces, menos útiles.

Sin embargo, la línea divisoria entre las actividades que se ubican “en” la esfera de las cuentas de salud de aquellas que se encuentran “fuera” es a veces muy ambigua. El criterio que se debe utilizar para distinguir si una acción se considera o no como gasto en salud es la intención primordial de la

actividad en cuestión: si es la restauración, mejoramiento o mantenimiento de la salud, entonces debe estar incluida en el gasto en salud.

A continuación, se presenta un cuadro de ejemplos de actividades a incluir y a excluir del gasto en salud (cuadro 1), para entender en forma práctica el concepto de gasto utilizado en los estudios de cuentas de salud.

Cuadro 1 – Ejemplos de actividades que podrían incluirse o excluirse del gasto en salud

Tipo de actividad	Con probabilidad de relacionarse con la salud	Con poca probabilidad de relacionarse con la salud
Suministro de agua corriente y actividades de higiene	Vigilancia de la calidad del agua para beber; construcción de plantas de tratamiento cuyo propósito primordial es la eliminación de enfermedades de origen hídrico.	Construcción y mantenimiento de grandes sistemas urbanos de suministro de agua cuyo propósito primordial es el acceso al agua para consumo de la población urbana.
Actividades de apoyo nutricional	Asesoría nutricional y programa de alimentación complementaria para reducir la desnutrición infantil.	Programas generales de refrigerio escolar y subsidios generales a los precios de alimentos, cuyo propósito primordial es ofrecer un apoyo al ingreso o la seguridad.
Educación y capacitación	Educación médica y capacitación en el trabajo a trabajadores paramédicos.	Educación secundaria recibida por futuros médicos o trabajadores de la salud.
Investigación	Investigación médica; investigación en servicios de salud para mejorar el desempeño de los programas.	Investigación científica básica en biología y química.

Fuente: OMS 2005

I.3. Antecedentes de las Cuentas de Salud en Bolivia

Los primeros estudios de cuentas de salud en Bolivia se realizaron en forma independiente del Ministerio de Salud a partir del año 1994, en la Unidad de Análisis de Políticas Sociales (UDAPSO), resultando en dos publicaciones entre 1995 y 1997 con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud OPS y del Instituto de la Universidad de Harvard para el Desarrollo Internacional HIID (Cárdenas y Darrás 1996, Cárdenas *et al.* 1997).

Desde 1997, el Ministerio de Salud y Previsión Social, ahora Ministerio de Salud y Deportes (MSD), ha venido apoyando la elaboración de las Cuentas de Salud en el país en el marco de la “Iniciativa de Cuentas Nacionales de Gasto en Salud” en la cual participaron varios países de América Latina, con el apoyo de la OPS/OMS, del proyecto *Partnerships for Health Reform* (PHR) de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de la Universidad de Harvard. Como resultado de estas alianzas interinstitucionales, se publicó en el año 1998 el estudio de cuentas con datos del periodo 1995-1996 (PHR 1998) y en el año 2000 el estudio de Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud, con los resultados para el período 1995-1998 (Cárdenas, 2000). Posteriormente, se publicó en el año 2004 la segunda edición del estudio con resultados para el periodo 1999-2002 (Cárdenas 2004), con el apoyo del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID), del Banco Mundial y de la OPS/OMS.

Entre los años 2004 y 2006 se realizaron esfuerzos institucionales para motivar la realización de estudios de Cuentas de Salud en los Departamentos de La Paz, Oruro, Tarija y Potosí, pero no se publicaron estos estudios (Valdés y Peñaloza 2010).

En junio de 2009, se firmó un convenio de cooperación interinstitucional entre el Ministerio de Salud y Deportes y la Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), a partir del cual se contrató a un equipo consultor que realizó el Estudio de Cuentas Nacionales de Salud con datos para el periodo 2003-2007 y el Manual Metodológico correspondiente (Valdés y Peñaloza 2010). Este documento es todavía preliminar y no fue publicado.

Adicionalmente, el Ministerio de Salud y Deportes solicitó en agosto de 2010 a la ONG Socios para el Desarrollo, la contratación de consultores para revisar el estudio realizado por Werner Valdés y Rodrigo Peñaloza, con el apoyo de dos consultores del MSyD. Resultó no solamente en una revisión, sino en la producción de un trabajo nuevo, con resultados menos desagregados, cambios metodológicos y correcciones en las bases de datos, que constituye el segundo estudio de cuentas para el periodo 2003-2007, con además resultados previsionales para el año 2008 (Avila *et al.* 2011).

1.4. Documentación analizada

El presente documento de análisis del gasto en salud en Bolivia se basa en los dos documentos mencionados anteriormente (Valdés y Peñaloza 2010; Avila *et al.* 2011) y en los resultados de gasto según fuente, agente, función y proveedor para el periodo 2003-2008.

Si bien ambos estudios son similares en varios puntos debido a que parten de la misma conceptualización metodológica adaptada de la Guía del Productor de Cuentas elaborado por la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial y la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (OMS 2005), existen varias diferencias entre los trabajos en cuanto a desagregación de datos, utilización de datos no oficiales, cantidad de estimaciones realizadas, clasificadores utilizados que se resumen en el cuadro 2.

Sin embargo y a pesar de la orientación tomada por los consultores de elaborar un nuevo producto, se pudo constatar que el documento entregado es similar en varios puntos al Manual Metodológico original validado por UDAPE y el MSyD. En efecto, párrafos enteros fueron copiados al idéntico y muchos cambios consistieron en borrar algunas partes del manual original para conservar las categorías de gasto más agregadas, lo que a veces afecta a la comprensión de la metodología de elaboración de las cuentas de salud.

Los principales cambios metodológicos que se pueden constatar entre los dos estudios conciernen la supresión de los seguros públicos de salud como agente de financiamiento virtual, la creación de la categoría de agentes de financiamiento de Seguridad Social privada, la supresión de las estimaciones de gasto por función, proveedor y Departamento (solo queda las clasificaciones por fuente, agente y objeto del gasto en el segundo estudio) y la supresión de varias desagregaciones (partidas de gasto principalmente). También se modificó el método de estimación del gasto de bolsillo, ya que en el segundo estudio se utiliza solamente la encuesta de hogares como instrumento de estimación, resultando en grandes diferencias en los resultados en esta categoría de gasto. Por otra parte, el segundo estudio permitió la mejora de la estimación del gasto público, corrigiendo doble contabilidad y partidas que no correspondían a gasto en salud que del primer estudio, entre otras correcciones de las bases de datos.

Finalmente, el segundo estudio presenta datos que deberían ser más confiables en cuanto a gasto público (el gasto privado, principalmente de hogares, parece sub-estimado por solo utilizar fuentes del Instituto Nacional de Estadísticas no diseñadas para el cálculo real del gasto en salud) pero suprimió tres clasificadores y varias categorías de gasto desagregadas necesarios al análisis económico del sector salud. Estas diferencias y ventajas de cada estudio, resumidas a continuación (cuadro 2), implican entonces que se debe utilizar los dos documentos para proceder al análisis adecuado del comportamiento del gasto en salud para el periodo 2003-2008.

Cuadro 2 – Principales diferencias entre los dos estudios de cuentas de salud 2003-2007

Características del Estudio	Primer Estudio (Valdés y Peñaloza 2010)	Segundo Estudio (Avila, Villena, Álvarez y Cárdenas 2011)
Periodo analizado	2003 - 2007	2003 – 2007 y estimaciones preliminares para la gestión 2008
Gasto en Salud 2007	Gasto total = USD 665.127.783 Gasto sub-sector público = USD 255.198.829 Gasto seguridad social = USD 182.950.235 Gasto privado = USD 226.978.718 Gasto de bolsillo = USD 187.896.679	Gasto total = USD 626.139.056 Gasto sub-sector público = USD 246.802.425 Gasto seguridad social = USD 171.509.810 Gasto privado = USD 207.826.821 Gasto de bolsillo = USD 154.762.635
Clasificaciones utilizadas	Clasificación de las cuentas de salud por: fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento, funciones, proveedores de servicio, objeto del gasto y Departamentos	Clasificación de las cuentas de salud por: fuentes de financiamiento, agentes de financiamiento y objeto del gasto
Respaldos de la información	No existen todos los respaldos para las estimaciones realizadas	Existen todos los respaldos de la información utilizada
Estimaciones de gasto en salud	Se realizó numerosas estimaciones para poder desagregar el gasto en sub-categorías (a veces estimando un gasto desagregado dentro de un gasto que ya era estimado)	No se realizó estimaciones para cálculo del gasto (menos para gasto de bolsillo) asegurando la confiabilidad de los datos pero imposibilitando una desagregación suficiente
Desagregación del gasto	195 categorías y sub categorías de gasto en salud (12 de fuentes, 44 de agentes de financiamiento, 35 de proveedores, 48 de funciones, 46 de objeto del gasto y 10 de región / departamento)	31 categorías y sub categorías de gasto en salud (7 de fuentes, 15 de agentes de financiamiento y 9 de objeto del gasto), no existe desagregación de las principales variables de interés (gasto en medicamentos por ejemplo, no aparece en el estudio)
Seguros Públicos de Salud	Se consideró los Seguros Públicos (SUMI, SMGV, SSPAM, Seguros Autónomos Departamentales, Seguros Municipales) como agentes de financiamiento virtuales que manejan fondos, inclusive de recursos humanos, subestimando así el gasto ejecutado por parte de Municipios y Prefecturas	Se reintegro el gasto en Seguros Públicos dentro de los agentes de financiamiento correspondientes (principalmente Municipios y Prefecturas) pero se suprimió toda mención sobre seguros públicos, imposibilitando identificar el gasto correspondiente
Gasto de bolsillo en salud	Estimado a partir de las encuestas de hogares con suavización de datos, de IMS Health Bolivia para gastos en medicamentos, incluyendo estimación del contrabando de medicamentos	Estimado solamente a partir de las encuestas de hogares sin suavización estadística
Seguridad Social	Se detalla todas las Instituciones de Seguridad Social bajo la misma denominación de Seguridad Social pero no se diferencia entre sector público y sector privado Se hace la diferencia entre empleadores públicos y empleadores privados	No se detalla las diferentes instituciones de Seguridad Social pero se discrimina sector público (Seguridad Social de corto plazo) y sector privado (seguros sociales privados) No se hace la diferencia entre empleadores públicos y empleadores privados

Fuente: elaboración propia en base a la revisión de: Valdés y Peñaloza 2010; Avila et al. 2011

Capítulo II. Metodología de análisis de las Cuentas de Salud 2003-2008

El presente documento tiene por objetivo completar los dos estudios de cuentas de salud (Valdés y Peñaloza 2010; Avila *et al.* 2011) con un análisis sistemático del comportamiento del gasto en salud en el contexto macroeconómico boliviano y en el contexto internacional del financiamiento de la salud, con el objetivo de apoyar a la toma de decisión en el Sector Salud y crear una argumentación sólida a favor del incremento del gasto público en salud en el marco de la construcción del Sistema Único de Salud en el Estado Plurinacional de Bolivia.

A partir de la identificación y cálculo del gasto en salud y de su desagregación (por fuente, agente financiador, proveedor, funciones, partidas de gasto, departamentos, etc.) realizados en los dos estudios mencionados anteriormente, se propone a continuación varios criterios e indicadores para realizar un análisis sistemático del gasto en salud en Bolivia.

II.1. Clasificación de las cuentas de salud y matrices de gasto

Para el análisis de las cuentas de salud, las mismas están calculadas según clasificadores por fuente de financiamiento, por agente, por función, por proveedor de servicios y por objeto del gasto (costo de los recursos) en base a la clasificación internacional de las cuentas de salud propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE 2000). En algunos estudios, también se puede observar clasificaciones por regiones, por enfermedades y por características socio-económicas o demográficas de la población.

En los dos estudios analizados (Valdés y Peñaloza 2010; Avila *et al.* 2011), se utiliza las clasificaciones de fuentes de financiamiento, agentes y objeto del gasto. Además, en el primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010), se estima el gasto en salud según funciones, proveedores y departamentos. Estas diferentes clasificaciones se definen de la siguiente manera (Valdés y Peñaloza 2010):

- **Fuentes de financiamiento:** son las instituciones o entidades que proporcionan los fondos utilizados en el sistema por los agentes de financiamiento.
Ejemplo: TGN, recursos específicos, donación externa, empleadores, hogares, etc.
- **Agentes de financiamiento:** son las instituciones o entidades que canalizan los fondos que proporcionan las fuentes de financiamiento y que los usan para pagar o comprar las diferentes actividades circunscritas en el ámbito de las cuentas nacionales.
Ejemplo: Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas/Gobernaciones, Gobiernos Municipales, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera de Salud, seguros privados, hogares, etc.
- **Proveedores:** son las entidades que reciben dinero a cambio de o en anticipación a la producción de las actividades circunscritas dentro del ámbito de las cuentas de salud.
Ejemplo: hospitales, institutos Especializados, centros de salud, laboratorios médicos y de diagnóstico, bancos de sangre y órganos, equipos móviles, médico tradicional, etc.
- **Funciones:** son los tipos de bienes y servicios que se proveen y las actividades que se llevan a cabo dentro del ámbito de las cuentas de salud.
Ejemplo: servicios de atención ambulatoria, atención hospitalaria, atención odontológica, servicios auxiliares, prevención y salud pública, rectoría y administración de la salud

- **Objeto del Gasto:** es una ordenación sistemática y homogénea de los bienes y servicios y las transferencias que se aplica en el desarrollo del proceso de atención de la salud. Se utiliza el clasificador por objeto del gasto del Ministerio de Economía y Finanzas
Ejemplo: servicios personales, servicios básicos, transporte, alimentos, productos químicos y farmacéuticos, instrumental menor médico quirúrgico, construcciones, maquinaria y equipo, etc.
- **Departamento:** establece la distribución por áreas geográficas del gasto en salud, tomando como unidad básica la clasificación de la división política administrativa del país (9 departamentos) y nivel nacional (gasto no asignable por departamento).

A partir de estas clasificaciones, se realiza las matrices de gasto en salud según origen (en columna) y uso (en línea). En el primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010), se elaboraron las cinco matrices siguientes; en el segundo (Avila *et al.* 2011), solo se elaboraron las matrices 1 y 4:

- Matriz 1: Agente financiador x Fuente de financiamiento
- Matriz 2: Proveedor de servicios x Agente financiador
- Matriz 3: Función x Agente financiador
- Matriz 4: Objeto del gasto x Agente financiador
- Matriz 5: Departamento x Agente financiador

Estas diferentes clasificaciones y las matrices correspondientes elaboradas en los dos estudios mencionados anteriormente constituyen el insumo para el análisis sistemático del gasto en salud en Bolivia, en función a los diferentes criterios que se proponen a continuación.

II.2. Criterios de análisis del gasto y financiamiento de la salud

II.2.1. Utilización de indicadores estándares

A partir de la identificación y cálculo del gasto en salud y de su desagregación (por fuente, agente financiador, proveedor, funciones, partidas de gasto, departamentos, etc.), se debe utilizar indicadores cuantitativos para elaborar el análisis sistemático del gasto en salud. Estos son principalmente de cinco tipos:

- **Valor real del gasto total en salud:** son indicadores con formato monetario, en unidades monetarias nacionales o internacionales, a precios constantes (valor real). El valor real se calcula a partir del gasto en precios corrientes (valor nominal, que es el valor calculado en los dos estudios analizados) ajustando este por la tasa de inflación tomando el primer año disponible como año de referencia (2003 en el caso de los estudios analizados).
- **Gasto en Salud per cápita:** son indicadores con formato monetario, en unidades monetarias nacionales o internacionales, en valor nominal o real, que representan el gasto promedio en salud por habitante. Los indicadores de gasto per cápita se calculan dividiendo el gasto en la categoría considerada por el número de habitantes de Bolivia (población total o sub-grupos de población como por ejemplo los afiliados a la Seguridad Social).
- **Ratios macroeconómicos:** son indicadores con formato porcentual, que determinan cual es la proporción del gasto en salud dentro de valores / indicadores macroeconómicos con formato monetario como el producto interno bruto (PIB), el gasto público del Presupuesto General de la Nación, o el consumo final de los hogares. Los ratios macroeconómicos se calculan dividiendo el gasto en salud en la categoría considerada por un indicador macroeconómico con formato monetario (por ejemplo el gasto total en salud dividido por el PIB).
- **Ratios de distribución del gasto en salud:** son indicadores con formato porcentual, que determinan cual es la proporción de algún tipo específico de gasto en salud dentro del gasto en

salud total o de una categoría de gasto agregada determinada. Los ratios de distribución del gasto en salud se calculan dividiendo el gasto en salud en la categoría considerada por el gasto en salud total o parcial (por ejemplo el gasto de bolsillo dividido por el gasto privado).

- **Tasas de crecimiento:** son indicadores con formato porcentual, que representan el crecimiento del gasto en salud o de alguno de los indicadores mencionados anteriormente durante un periodo determinado (generalmente de un año al otro). Las tasas de crecimiento se calculan como la diferencia en el gasto o indicador considerado entre dos años dividido por el valor del primer año (por, ejemplo, diferencia en el gasto total en salud entre 2005 y 2006 dividido por el gasto total en salud 2005).

II.2.2. Medir el esfuerzo a favor del incremento del gasto en salud

Calcular los diferentes tipos de indicadores presentados en el acápite II.2.1 es esencial pero evidentemente no suficiente para analizar en forma sistemática el gasto en salud, y en particular para medir los esfuerzos de un país en favor de un incremento del gasto en salud.

En este sentido, se debe medir este esfuerzo por una parte analizando la evolución en el tiempo de los indicadores considerados y analizando tasas de crecimiento anuales en un determinado periodo. Por otra parte, se analizará las cuentas de salud con un enfoque internacional, comparando los diferentes indicadores con lo que se observa en diferentes países con los cuales se pueden hacer ciertas asimilaciones o con países que tienen una situación que se quiere alcanzar.

Así, para cada indicador que se habrá considerado como oportuno, se analizará el valor o el nivel del indicador, su evolución en el tiempo, las diferencias con un grupo de países juzgados pertinentes y la evolución de estas diferencias.

II.3. Gasto en salud analizado

El presente análisis del gasto en salud en Bolivia se basa en los dos documentos de cuentas de salud disponibles en el Ministerio de Salud y Deportes (Valdés y Peñaloza 2010; Avila *et al.* 2011), en los cuales se producen resultados diferentes debido a diferencias conceptuales y metodológicas en el manejo de los datos. Sin embargo, para facilitar el análisis de las cuentas y no repetir el ejercicio para cada uno de los documentos producidos, se tomará en cuenta los siguientes criterios:

- El gasto en salud retenido por agente y por fuente es el del segundo estudio (Avila *et al.* 2011), excepto para el gasto de bolsillo en salud, debido a los problemas recurrentes observados en el primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010) y corregidos en el segundo.
- El gasto de bolsillo en salud tomado en cuenta aquí es el del primer estudio, debido a la mayor confiabilidad de los datos utilizados para el cálculo del gasto en medicamentos.
- Como consecuencia de los dos primeros criterios, el gasto total en salud será igual al gasto de los diferentes agentes de financiamiento del segundo estudio (menos los hogares) más el gasto de hogares calculado en el primer estudio.
- Para adecuar los resultados de los dos estudios, se toma en cuenta una tasa de cambio única para transformar los datos iniciales (en Bolivianos) en Dólares americanos. La tasa utilizada corresponde al promedio del total de las cotizaciones oficiales del año (BCB 2010). El Banco Central de Bolivia produce estas cotizaciones diarias, menos los sábados, domingos y días feriados. Debido a que se utilizó otra tasa de cambio en el segundo estudio (Avila *et al.* 2011), los datos en Dólares americanos del presente análisis difieren del estudio original.

- El gasto en salud por función, proveedor y Departamento proviene exclusivamente del primer estudio ya que no existen estas clasificaciones en el segundo estudio. En consecuencia, el denominador utilizado para el cálculo de los indicadores de estructura porcentual por función, proveedor y Departamento será el gasto total del primer estudio, y no el gasto total analizado en el presente documento. Así, el valor del gasto desagregado por función, proveedor y Departamento no es compatible con el valor del gasto en salud analizado, razón por la cual solo se estudiará la estructura porcentual y su evolución.
- El gasto en salud por objeto del gasto proviene exclusivamente del primer estudio ya que no existe una desagregación suficiente en el segundo estudio para proceder a un análisis. En consecuencia, de la misma forma que para el gasto desagregado por función, proveedor y Departamento, solo se estudiará la estructura porcentual estimada en el primer estudio.
- El periodo analizado es 2003 – 2007; adicionalmente, se analizará los resultados del año 2008 a partir de las estimaciones preliminares realizadas en el segundo estudio, solamente para gasto total y desagregaciones por fuentes de financiamiento, agentes y objeto del gasto.
- Para borrar el efecto de las modificaciones de la tasa de cambio, las tasas de crecimiento anual del gasto y del gasto en valor real serán calculadas a partir del gasto en bolivianos. Este criterio se justifica principalmente por la caída de la tasa de cambio entre 2007 (Bs. 7,895 por US\$) y 2008 (Bs. 7,286 por US\$), que provoca que para un mismo monto de gasto en bolivianos, el monto en dólares americanos se incrementa de 8,4% entre 2007 y 2008.

II.4. Cálculo del gasto en valor real

Una consideración muy importante para el análisis del gasto en salud es estimar si el incremento o variación de este gasto es en volumen (incremento de la producción de servicios de salud) o solamente en valor (incremento del costo de los servicios de salud). Para tal propósito, se debe diferenciar el valor nominal del valor real (es decir el valor ajustado por la tasa de inflación).

Para poder estimar el gasto en salud en valor real, o sea en precios constantes a partir de un año de referencia, se estimó una tasa de inflación específica del sector salud y de los diferentes agentes de financiamiento que lo componen a partir de las tasas de inflación anuales según grupo y sub-grupo de gasto estimadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE 2008), que fueron ponderadas por las estructuras de gasto por objeto del sector y de los diferentes agentes de financiamiento estimadas en el primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010). Para el crecimiento del costo del grupo de gasto 10000 (Servicios personales), se utilizó la tasa de incremento salarial que se aprueba cada año mediante decreto supremo. Finalmente, se utilizó la tasa general de inflación para algunos grupos de gasto que no cuentan con estimaciones de inflación del Instituto Nacional de Estadísticas.

La tasa de inflación específica del sector salud así calculada es muy diferente de la tasa general de inflación, debido a que para el periodo 2003-2008, los grupos de gasto que tienen mayor peso en el gasto total en salud, como recursos humanos, medicamentos y servicios médicos sanitarios y sociales tuvieron un incremento de su costo inferior a la tasa general de inflación (cuadro 3).

Luego, estas tasas de inflación específicas permitirán estimar el gasto en salud en valor real, tomando como año de referencia 2003, ya que es el primer año disponible en los dos estudios de cuentas de salud y que los datos de ambos estudios no son compatibles con las series de datos anteriores. El gasto en valor real se calcula aplicando la tasa de crecimiento nominal ajustada por la tasa de inflación específica. Por ejemplo, si la tasa de crecimiento del gasto total en salud entre 2004 y 2005 es de 14,9%, la tasa de crecimiento real será de $14,9\% - 4,9\% = 10,0\%$.

Cuadro 3 – Tasa de inflación general e específica, 2003-2008

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Tasa General de inflación	3,9%	4,6%	4,9%	5,0%	11,7%	11,9%
Tasa Específica de inflación Sector Salud	2,6%	3,1%	4,6%	4,3%	7,5%	8,9%
Tasa de Inflación específica Sector Público	3,1%	3,6%	3,9%	5,1%	7,5%	9,6%
Tasa de Inflación específica MSyD	3,3%	3,8%	5,2%	4,0%	8,6%	10,1%
Tasa de Inflación específica Otros Min.	3,9%	4,0%	4,5%	2,1%	6,8%	8,9%
Tasa de Inflación específica Prefecturas	4,0%	3,1%	3,2%	6,5%	7,1%	10,1%
Tasa de Inflación específica Municipios	1,8%	4,2%	4,1%	3,8%	7,9%	8,6%
Tasa de Inflación específica Inst. Descentr.	2,9%	2,4%	2,6%	4,1%	8,4%	7,9%
Tasa de Inflación específica Seg.Social	3,2%	3,3%	2,7%	5,5%	7,0%	9,0%
Tasa de Inflación específica Hogares	1,6%	2,4%	5,7%	2,2%	8,2%	7,6%
<i>Incremento salarial Sector Salud</i>	4,0%	3,0%	3,0%	7,0%	6,0%	10,0%
<i>Tasa de inflación específica medicamentos</i>	1,8%	2,2%	7,6%	2,2%	10,1%	11,1%
<i>Tasa de inflación específica servicios médicos sanitarios y soc.</i>	1,4%	2,6%	2,1%	2,0%	4,2%	4,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: INE 2008; Valdés y Peñaloza 2010

II.5. Comparaciones internacionales

Una dimensión de análisis del gasto en salud en Bolivia es la comparación de los diferentes indicadores calculados con lo que se observa en países con los cuales se pueden hacer ciertas asimilaciones o con países que tienen una situación que se quiere alcanzar. Las fuentes de información utilizadas para las comparaciones internacionales son la Organización Mundial de la Salud para el gasto en salud (OMS 2010) y el Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial para otros datos relevantes. Sin embargo, se deberá tener cuidado en la interpretación de los resultados, ya que este tipo de comparación tiene numerosos límites conceptuales y metodológicos.

II.5.1. Dimensiones e indicadores comparables

Debido a las importantes diferencias en la población o en la economía de los países del mundo, no todos los indicadores son comparables internacionalmente. Así, no tiene sentido comparar el valor total del gasto en salud ya que este depende de estructuras económicas y poblacionales específicas a cada país. Sin embargo, se pueden comparar los indicadores porcentuales de estructura del gasto (por ejemplo el % de gasto en atención hospitalaria dentro del gasto total en salud) o los ratios macroeconómicos, que indican la proporción del gasto en salud dentro de un agregado macroeconómico, como el producto interno bruto o el gasto público. También se pueden comparar los indicadores de gasto en salud per cápita, en dos formas: a la tasa de cambio (valor en US\$ del gasto) o en paridad de poder adquisitivo (PPA), lo que permite tomar en cuenta los precios relativos.

II.5.2. Grupos de países para comparación internacional

Para las comparaciones internacionales, se comparará el valor de los indicadores de Bolivia con el promedio mundial y con el promedio de cuatro grupos de países (cuadro 4), para los cuales se calculará un promedio no ponderado de los valores nacionales del indicador considerado (y no el indicador del grupo en su conjunto), es decir que todos los países del grupo considerado tendrán el mismo peso en el promedio del indicador (en el caso de calcular el indicador para el grupo en su conjunto, los países con más gasto o mayor población tendrían un mayor peso).

Además del promedio mundial, los grupos de países considerados son:

- Grupo 1 - Países de Sudamérica,
- Grupo 2 - Países con nivel de desarrollo humano similar a Bolivia,
- Grupo 3 - Países con nivel de ingreso del Estado similar a Bolivia,
- Grupo 4 - Países con cobertura universal en salud.

En el cuadro 4 a continuación, se detallan los países que integran cada grupo de comparación.

Cuadro 4 – Países integrantes de los diferentes grupos de comparación seleccionados

Grupo	Países integrantes del grupo considerado			
1. Países de Sudamérica	Argentina Ecuador Surinam	Brasil Guyana Uruguay	Chile Paraguay Venezuela	Colombia Perú
2. Países con nivel de desarrollo humano similar a Bolivia (IDH 2010 entre 0,579 a 0,707)	Argelia Brasil Ecuador Gabón Indonesia Kirguistán Micronesia Paraguay Surinam Tonga Uzbekistán	Armenia China Egipto Georgia Irán Macedonia Moldavia Filipinas Siria Túnez Venezuela	Belice Colombia El Salvador Guyana Jamaica Maldivas Mongolia Sudáfrica Tayikistán Turquía	Botsuana Rep. Dominicana Fiyi Honduras Jordania Mauricio Namibia Sri Lanka Tailandia Turkmenistán
3. Países con nivel de ingreso del Estado similar a Bolivia (ingreso del Estado per cápita entre 779 y 2338 \$ en PPA)	Albania Cape Verde Rep. Dominicana Georgia Jordania Marruecos Perú Siria Uzbekistán	Armenia China Egipto Guyana Maldivas Namibia Islas Salomón Tailandia Vanuatu	Belice Congo (Rep. de) El Salvador Honduras Moldavia Nicaragua Surinam Tonga Vietnam	Bután Yibuti Fiyi Jamaica Mongolia Paraguay Suazilandia Turkmenistán
4. Países con cobertura universal en salud	Albania Australia Bélgica Chile Croacia Eslovaquia Finlandia Irlanda Japón Luxemburgo Noruega Polonia Romania Suiza	Alemania Austria Brunei Darussalam Colombia Cuba Eslovenia Francia Islandia Kuwait Malasia Nueva Zelandia Portugal San Marino Tailandia	Andorra Bahréin Bulgaria Corea (Rep. de) Dinamarca España Grecia Israel Letonia Malta Omán Reino Unido Singapur Turquía	Armenia Bielorrusia Canadá Costa Rica Emiratos Á. Unidos Estonia Hungria Italia Lituania Mónaco Países Bajos República Checa Suecia Uzbekistán

Fuente: elaboración propia en base a datos de: ISSA 2008, 2009, 2010; Carrin y James 2003; PNUD 2010; FMI 2011

El grupo de países con desarrollo humano similar a Bolivia ha sido elaborado en base al valor del Índice de Desarrollo Humano 2010 (IDH) elaborado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo -PNUD- (PNUD 2010). El IDH es un indicador sintético que toma en cuenta 3 dimensiones del desarrollo humano: la esperanza de vida al nacer, la educación (promedio de años de educación formal) y el ingreso (PIB por habitante en paridad de poder adquisitivo).

Los países que se integran en el grupo con desarrollo humano similar a Bolivia son los que tienen un valor de su IDH hasta 10% superior o inferior al valor del IDH de Bolivia (0,643), es decir los 43 países que tienen un Índice de Desarrollo Humano 2010 entre 0,579 y 0,707.

El grupo de países con nivel de ingreso del Estado similar a Bolivia ha sido obtenido en base a la elaboración de un indicador de ingreso del Estado por habitante, calculado a partir de datos del Fondo Monetario Internacional (FMI 2011). El indicador se calcula como el PIB por habitante en paridad de poder adquisitivo 2010 multiplicado por el ratio de ingreso estatal en porcentaje del PIB.

Por ejemplo, en el caso del Perú, el PIB/habitante en PPA = \$ 9.330,16 y el ingreso del Estado en proporción del PIB es de 20,06%; el ratio de ingreso estatal por habitante en paridad de poder adquisitivo es entonces de $9.330,16 \times 0,2006 = \$ 1.872$ por habitante.

Los países que se integran en el grupo con nivel de ingreso del Estado similar a Bolivia son los que tienen un valor de este indicador hasta 50% superior o inferior al valor de Bolivia (\$ 1.558), es decir los 35 países que tienen para el año 2010 un ratio de ingreso del Estado por habitante entre \$ 779 y \$ 2.338 en paridad de poder adquisitivo.

La lista de los países que han alcanzado la cobertura universal en salud proviene principalmente del estudio de Carrin y James (2003) y fue reactualizado en Dupuy (2011) en base a una revisión de informaciones sobre legislaciones nacionales centralizadas por la *Social Security Administration* entre 2008 y 2010 (ISSA 2008, 2009a, 2009b, 2010). No se consideran en esta lista los territorios autónomos que tienen cobertura universal en salud (CU) pero que dependen de un país sin CU, como por ejemplo la R.A.E. de Hong Kong, dependiente de la República Popular de China.

II.5.3. Límites de las comparaciones internacionales

La utilidad de las comparaciones internacionales es limitada por numerosos problemas. En primer lugar, no existe un solo sistema de salud que sea por completo comparable con ningún otro, así como tampoco existen dos cuentas de salud que sean por completo comparables entre sí. Así, pueden ocurrir diferencias metodológicas en la medición y en las definiciones utilizadas. También existen problemas de medición en algunos factores de ajuste como las tasas de conversión en paridad de poder adquisitivo, que no son específicas al sector salud.

Por otra parte, existen grandes diferencias administrativas, organizacionales u otras entre los diferentes sistemas de salud del mundo que hace que dos países pueden tener mismos resultados con un gasto per cápita totalmente diferente. Si bien varios estudios econométricos a nivel internacional identificaron el PIB por habitante como el factor que más influye en valor del gasto en salud, además de factores internos al sistema como techos presupuestarios hospitalarios y puerta de entrada obligatoria por el primer nivel de atención, existen importantes factores no medibles estadísticamente, que son específicos a cada país y a cada periodo temporal, que explican el incremento del gasto en salud (Gerdtham y Jönsson 2000).

En este contexto, las comparaciones internacionales ser tomadas con cuidado, ya que solamente permiten apoyar la argumentación a favor del incremento del gasto en salud en Bolivia y de una mayor priorización de la salud en los presupuestos públicos, pero no permiten establecer cuál es el nivel óptimo o deseable de gasto en salud (no se puede afirmar por los problemas mencionados si el gasto en salud de un país es demasiado elevado o demasiado bajo) ni afirmar si un sistema de salud es mejor que otro solo porque tiene mayor gasto (Gerdtham y Jönsson 2000).

Capítulo III. Análisis de las Cuentas de Salud en Bolivia periodo 2003-2008

III.1. Esquema de análisis del gasto y financiamiento de la salud

En el marco de las clasificaciones del gasto en salud y de los criterios de análisis mencionados en el Capítulo II, se procederá al análisis del gasto en salud en Bolivia según el siguiente esquema:

- 1. Análisis del gasto total en salud
- 2. Análisis del gasto en salud según agente financiador (sub-sector)
- 3. Análisis del gasto en salud según fuente de financiamiento
- 4. Análisis del gasto en salud según objeto del gasto
- 5. Análisis del gasto en salud según función
- 6. Análisis del gasto en salud según proveedor de servicios
- 7. Análisis del gasto en salud según departamentos
- 8. Conclusiones generales

Para cada acápite, se analizará el gasto en valor nominal / real y su evolución en el periodo 2003-2008. También se analizarán los indicadores relevantes, su evolución en el periodo considerado y se realizarán comparaciones con los grupos de países seleccionados (cuadro 4).

III.2. Análisis del Gasto total en salud

III.2.1. Evolución del gasto total en salud

De acuerdo con el valor calculado para el presente análisis a partir de los dos estudios disponibles (Valdés y Peñaloza 2010; Ávila *et al.* 2011), el gasto total en salud en valor nominal se habría incrementado en un 50% entre 2003 y 2007, de 3.463,2 a 5.198 millones de bolivianos, representando una tasa de crecimiento anual promedio de 10,7% (cuadro 5 e ilustración 1).

Cuadro 5 – Gasto total en salud en valor nominal, Bolivia, 2003-2008

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Gasto Total en Salud, (millones de bolivianos)	3.463,2	3.763,0	4.346,7	4.699,1	5.198,0	5.687,4
Gasto Total en Salud, (millones de US\$)	451,6	473,5	537,5	583,0	658,4	780,6
Tasa de crecimiento anual	-	8,7%	15,5%	8,1%	10,6%	9,4%
Tasa de crecimiento acumulada (desde 2003)	-	8,7%	25,5%	35,7%	50,1%	64,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila *et al.* 2011

Para 2008, se proyecta una estimación del gasto total en salud en unos 5.687,4 millones de bolivianos (780,6 millones de US\$), representando una tasa de crecimiento nominal de 9,4% respecto al año 2007. En un periodo de 5 años, el gasto total en salud se habría entonces incrementado de 2.224,3 millones de bolivianos, representando un incremento de 64,2% (cuadro 5).

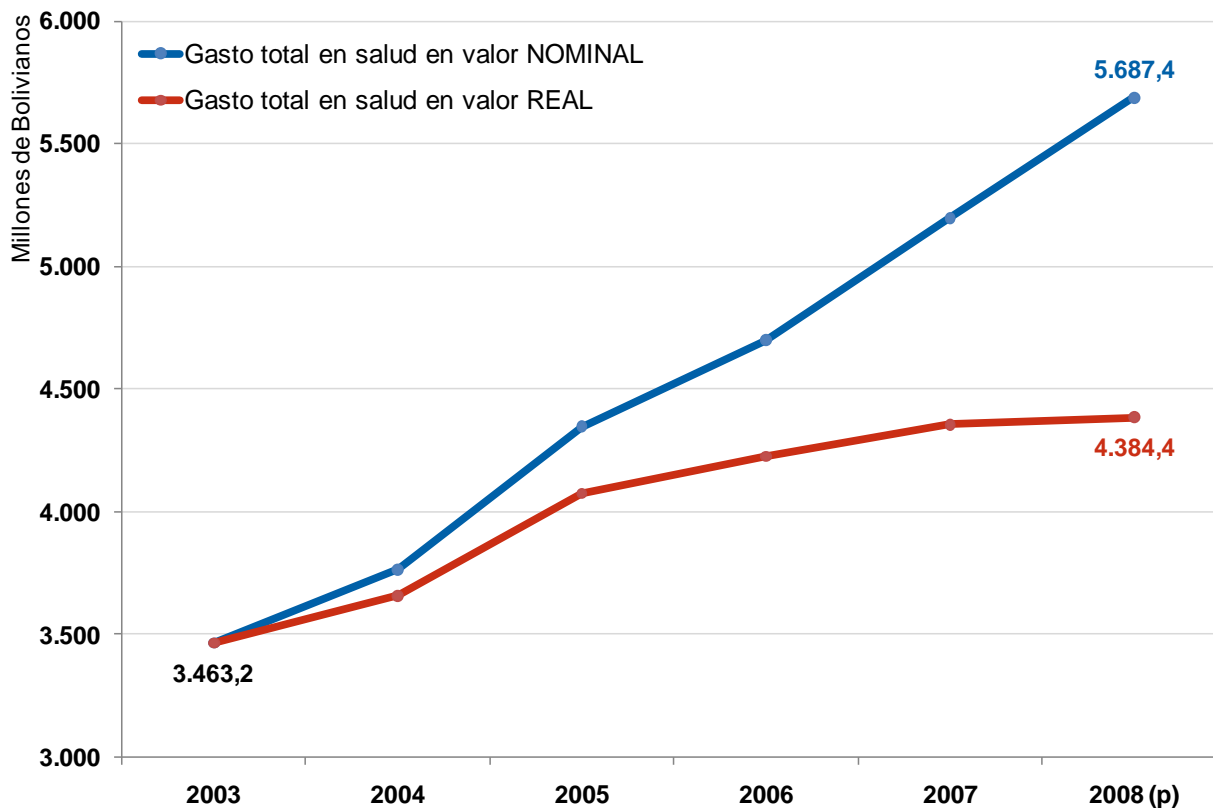
Sin embargo, se debe relativizar estos datos, ya que la mitad del incremento del gasto total en salud en el periodo 2003-07 se debe a la inflación (incremento de los precios), significando que solamente la mitad de la variación se debe a un incremento en volumen (cuadro 6 e ilustración 1).

Cuadro 6 – Gasto total en salud en valor real, Bolivia, 2003-2008

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Gasto Total en Salud, en millones de bolivianos de 2003 (valor real)	3.463,2	3.657,5	4.074,0	4.225,3	4.354,1	4.384,4
<i>Tasa de crecimiento Anual real</i>	-	5,6%	11,4%	3,7%	3,0%	0,7%
<i>Tasa de crecimiento real acumulada (desde 2003)</i>	-	5,6%	17,6%	22,0%	25,7%	26,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2008

Ilustración 1 – Gasto total en salud en valor nominal y real, Bolivia, 2003-08 (millones de Bs.)



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2008

La tasa de crecimiento anual promedio en valor real es de solamente de 5,9% en el periodo 2003-07 y es aún menor desde el año 2006 (2,5% anual como promedio entre 2006 y 2008). Para el año 2008, se estima que el gasto total en salud a precios constantes de 2003 solo se incremento en 0,7% respecto al año anterior (cuadro 6), principalmente debido a una fuerte inflación: la tasa general de inflación este año era de 11,9% y la tasa de inflación específica en salud 8,9%.

III.2.2. Gasto total en salud per cápita

El gasto total en salud per cápita (en valor nominal) se habría incrementado en un 37,8% entre 2003 y 2007, de Bs. 383,73 a Bs. 528,9 (cuadro 7 e ilustración 2). Debido al crecimiento demográfico, las tasas de crecimiento del gasto per cápita son inferiores a las del gasto agregado.

Cuadro 7 – Gasto total en salud per cápita en valor nominal, Bolivia, 2003-2008

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Gasto Total en Salud per cápita (bolivianos)	383,7	407,8	461,1	488,1	528,9	567,2
Gasto Total en Salud Per cápita (US\$)	50,0	51,3	57,0	60,6	67,0	77,8
Tasa de crecimiento anual	-	6,3%	13,1%	5,9%	8,4%	7,2%
Tasa de crecimiento acumulada (desde 2003)	-	6,3%	20,2%	27,2%	37,8%	47,8%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005

La probable sobre-estimación de la población de Bolivia por parte del INE hace que el gasto per cápita sea posiblemente sub-estimado. Así, realizando estimaciones de gasto per cápita utilizando como denominador la población proyectada por la Oficina de Población de las Naciones Unidas (ONU 2010), el gasto per cápita es de Bs. 545,8 para el año 2007 y de Bs. 586,7 para el año 2008.

Para realizar las comparaciones internacionales, se transforma el gasto per cápita en bolivianos en gasto en paridad de poder adquisitivo (PPA), que permite ajustar por los precios relativos y así tener montos comparables internacionalmente, con los límites de cálculo que comprende la transformación en paridad de poder adquisitivo (cuadro 8). De acuerdo con estas comparaciones, el gasto en salud per cápita de Bolivia para el año 2007 (206,6 \$PPA o US\$ 67), es significativamente inferior al gasto per cápita de todos los grupos de países analizados, inclusive los con nivel de desarrollo humano e ingreso estatal similar a los de Bolivia, demostrando que se podría tener un mayor gasto en salud en nuestro país considerando sus condiciones de bajo ingreso estatal.

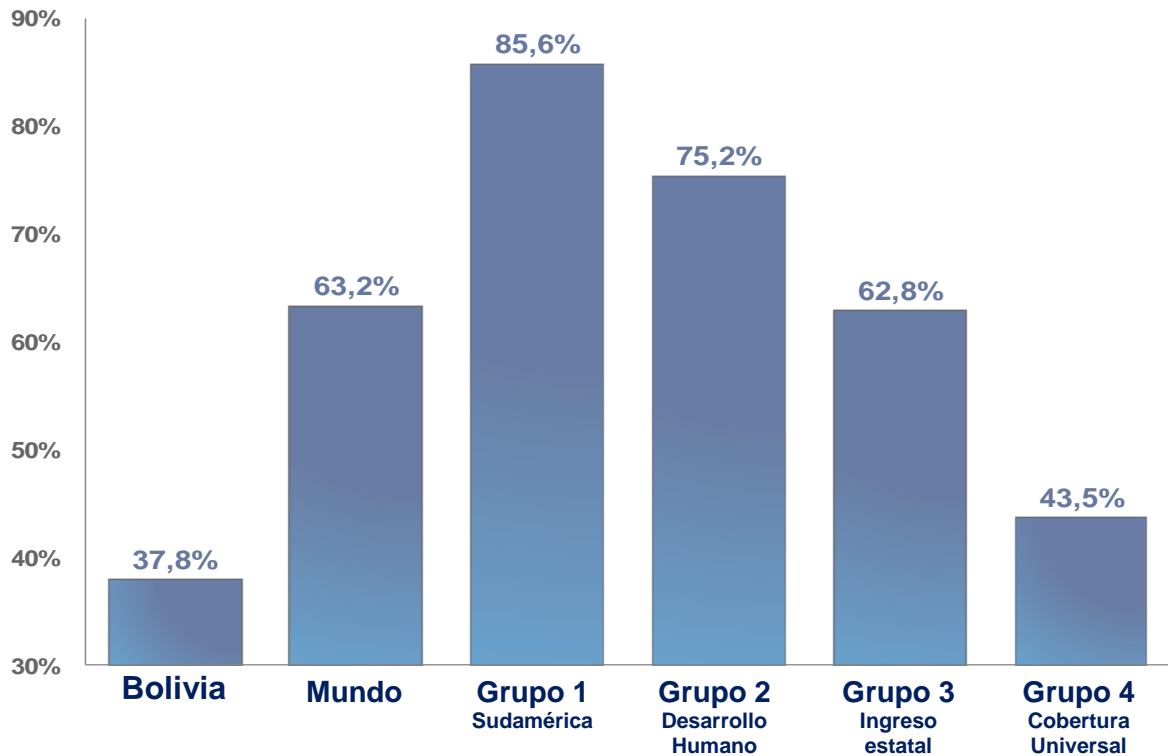
Cuadro 8 – Comparación internacional del gasto total en salud per cápita, 2007

Indicador	BOLIVIA	Mundo	Grupo 1 Sudamérica	Grupo 2 Desarrollo humano	Grupo 3 Ingreso estatal	Grupo 4 Cobertura universal
Gasto Total en Salud per cápita (US\$), 2007	67,0	899,5	372,9	210,1	145,0	2.362,9
Gasto Total en Salud per cápita (\$ PPA), 2007	206,6	930,3	615,4	378,3	266,3	2.137,6

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; OMS 2010

Además de mostrar niveles de gasto per cápita inferiores a los demás países del mundo, Bolivia también muestra tasas de crecimiento menores durante el periodo 2003-2007 (ilustración 2). Así mientras que el gasto en salud per cápita en Bolivia se incrementaba de 37,8% entre 2003 y 2007, este incremento era en promedio de 85,6% en Sudamérica, y fue superior al 100% en 4 países del continente: Venezuela, Argentina, Surinam y Guyana.

Ilustración 2 – Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto total en salud per cápita en valor nominal (UMN)



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; OMS 2010

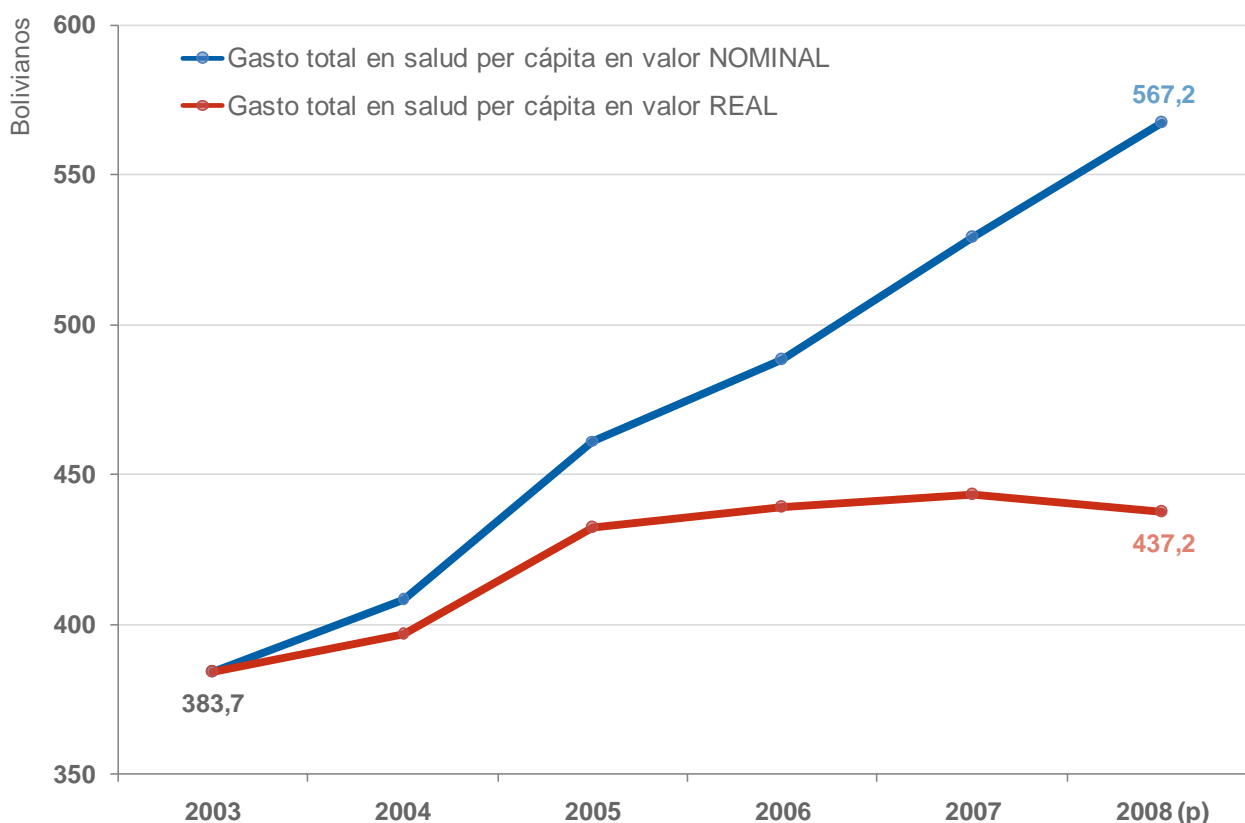
Por otra parte, el incremento del gasto per cápita se debe relativizar ya que el incremento en valor real no es muy importante (cuadro 9 e ilustración 3). En efecto, el incremento ha sido de solamente 15,5% entre 2003 y 2007, y según proyecciones para la gestión 2008, se observaría este año una disminución del gasto per cápita en valor real, debido a que el incremento real del gasto total de 0,7% (ver cuadro 6) no es suficiente para compensar el crecimiento demográfico.

Cuadro 9 – Gasto total en salud per cápita en valor real, Bolivia, 2003-2008

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Gasto Total en Salud per cápita, en bolivianos de 2003 (valor real)	383,7	396,4	432,2	438,9	443,1	437,2
Tasa de crecimiento Anual real	-	3,3%	9,0%	1,6%	0,9%	-1,3%
Tasa de crecimiento real acumulada (desde 2003)	-	3,3%	12,6%	14,4%	15,5%	13,9%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005 y 2008

Ilustración 3 – Gasto total en salud per cápita, en valor nominal y real, Bolivia, 2003-08 (Bs)



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005 y 2008

Tomando en cuenta la previsión del año 2008, la tasa de crecimiento acumulada del gasto en salud per cápita en valor real entre 2003 y 2008 es de solamente 13,9%, valor muy inferior a lo que se puede observar en el mundo durante el mismo periodo: el promedio mundial es de 34,9% de crecimiento del gasto per cápita en valor real entre 2003 y 2008. Existen algunas excepciones, dentro de las cuales 27 países que mostraron una disminución del gasto per cápita en valor real durante este periodo, dentro de los cuales se encuentran países que tuvieron condiciones de fuerte inflación (Iraq, Birmania) o países con gasto en salud ya muy elevado (Islandia, Malta).

El incremento del gasto en salud real per cápita entre 2003 y 2008 es de 48,8% como promedio en los países vecinos de Sudamérica (cuadro 10), a pesar de que estos mostraron generalmente una tasa de inflación superior a la de Bolivia en este periodo (57,2% de inflación acumulada entre 2003 y 2008 contra 49,6% en Bolivia).

Dentro de los países latino-americanos, los casos de Venezuela, la República Dominicana y Costa Rica llaman la atención, en relación al incremento de su gasto en valor real a pesar de una fuerte inflación, demostrando que mayores esfuerzos a favor del incremento del gasto eran posibles en Bolivia. Así, Venezuela, la República Dominicana y Costa Rica, a pesar de una fuerte tendencia inflacionista (tasa de inflación acumulada 2003-2008 de 225%, 136% y 96% respectivamente), pudieron incrementar su gasto per cápita en valor real en 77%, 40% y 45% respectivamente.

Otro caso notable es el de Cuba, que con un sistema de salud exclusivamente público, ha tenido en el periodo 2003-2008 un incremento de 175% de su gasto total en salud per cápita, siendo parte de los diez países que al menos doblaron su gasto en salud real per cápita en el periodo 2003-2008.

Cuadro 10 – Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2008 del gasto total en salud per cápita en valor real

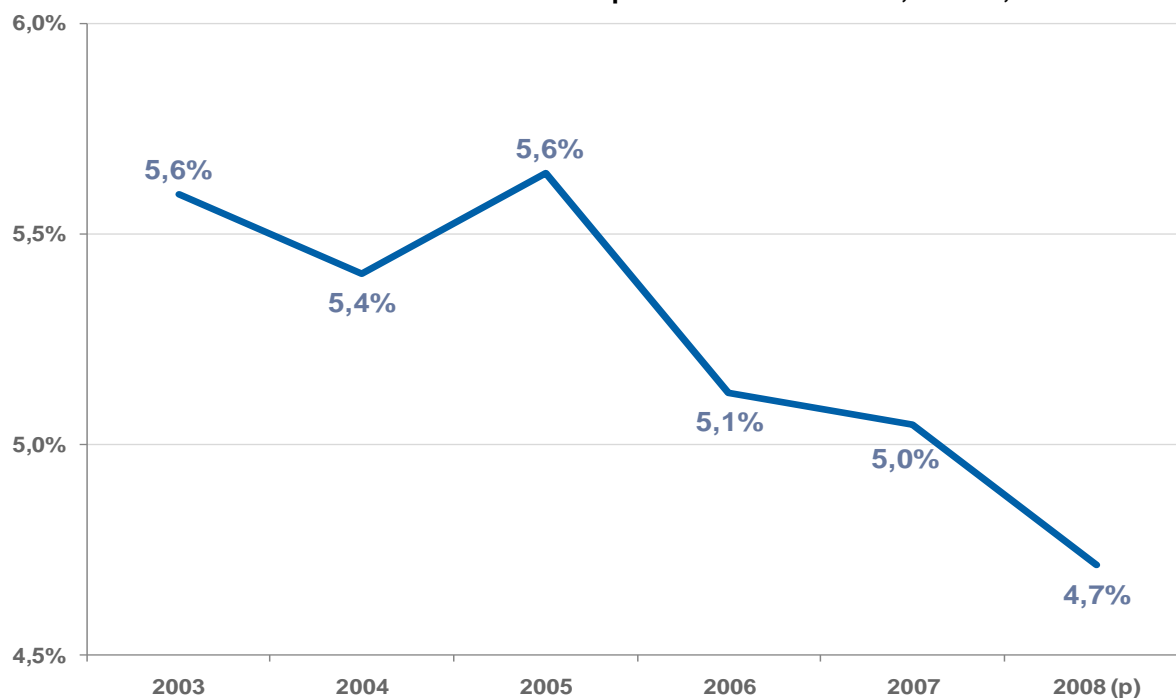
Crecimiento real del gasto total en salud per cápita	2004	2005	2006	2007	2008 (p)	Acumulado desde 2003
Bolivia	3,3%	9,0%	1,6%	0,9%	-1,3%	13,9%
Mundo	6,9%	5,9%	7,0%	5,1%	4,8%	34,9%
Grupo 1 – Países de Sudamérica	10,4%	7,9%	10,1%	6,7%	5,8%	48,8%
Grupo 2 – Países con IDH similar a Bolivia	8,1%	5,4%	9,0%	6,3%	4,3%	39,7%
Grupo 3 – Países c. ingreso estatal similar a Bolivia	5,9%	4,9%	8,3%	5,6%	5,0%	34,5%
Grupo 4 – Países con cobertura universal en salud	4,4%	6,1%	4,8%	5,8%	5,2%	30,5%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2008; OMS 2010

III.2.3. Gasto total en salud en % del PIB

En cuanto al ratio macroeconómico de gasto total en salud en % del producto interno bruto, este mostró una disminución a partir del año 2006, pasando de 5,6% a 5,0% en 2007 (ilustración 4).

Ilustración 4 – Gasto total en salud en % del producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008

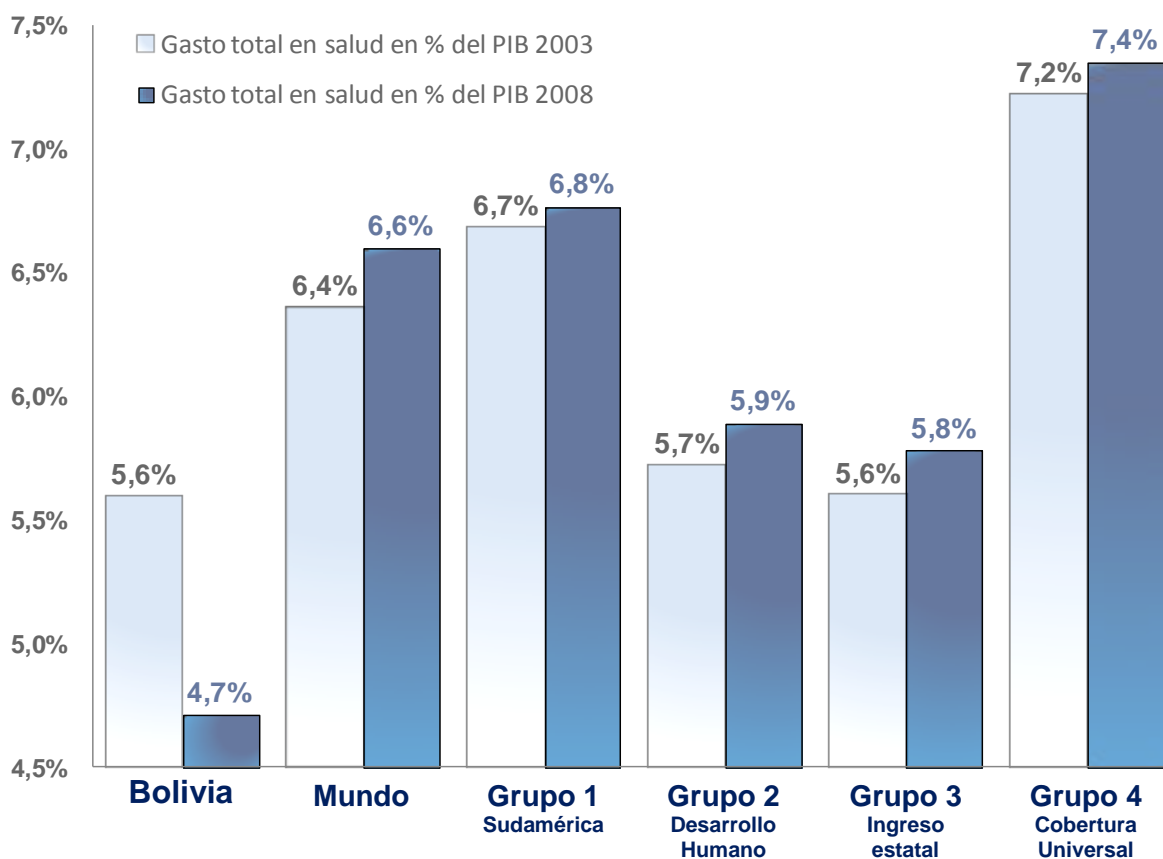


Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2010

Si bien la disminución del indicador de gasto total en salud en % del PIB en 2006 se puede explicar en parte por el fuerte crecimiento económico en aquel año (incremento del PIB en valor nominal de 19,1% según datos del INE), el crecimiento del gasto en salud (10,5% anual promedio entre 2003 y 2008) ha sido mucho menor que el crecimiento del PIB (14,3% anual promedio entre 2003 y 2008).

Comparando con datos internacionales, el gasto total en salud en % del PIB en Bolivia es significativamente inferior al valor de los grupos de países comparados, inclusive los países con mismo nivel de desarrollo humano y mismo nivel de ingreso estatal (ilustración 5). A partir de estos datos, se constata que para el año 2008, el gasto total en salud representa el 7,4% del PIB en los países con cobertura universal en salud. Para alcanzar este nivel en 2008, Bolivia habría necesitado un gasto en salud adicional de aproximadamente 3.244 millones de bolivianos o 445 millones de US\$, representando un 57% de gasto adicional para el año 2008.

Ilustración 5 – Comparación internacional del ratio gasto total en salud en % del PIB para los años 2003 y 2008 (valor nominal)



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2010; OMS 2010

En cuanto a la evolución del ratio gasto total en salud / PIB, existen 81 otros países (de 189) que tuvieron disminución de este ratio entre 2003 y 2008, mostrando las dificultades existentes en mantener o incrementar el gasto total en salud en relación con el producto interno bruto. Sin embargo, 108 países lograron mantener o incrementar su gasto total en salud en relación al PIB y el promedio de este indicador para los grupos de comparación muestra una evolución estable, incluyendo un ligero incremento entre los años 2003 y 2008 (ilustración 5). De la misma forma que para el incremento real, el caso cubano se destaca a nivel internacional para su priorización de la salud, ya que el ratio de gasto total en salud en % del PIB pasó de 6,3% en 2003 a 12% en 2008.

III.2.4. Conclusiones del análisis del gasto total en salud

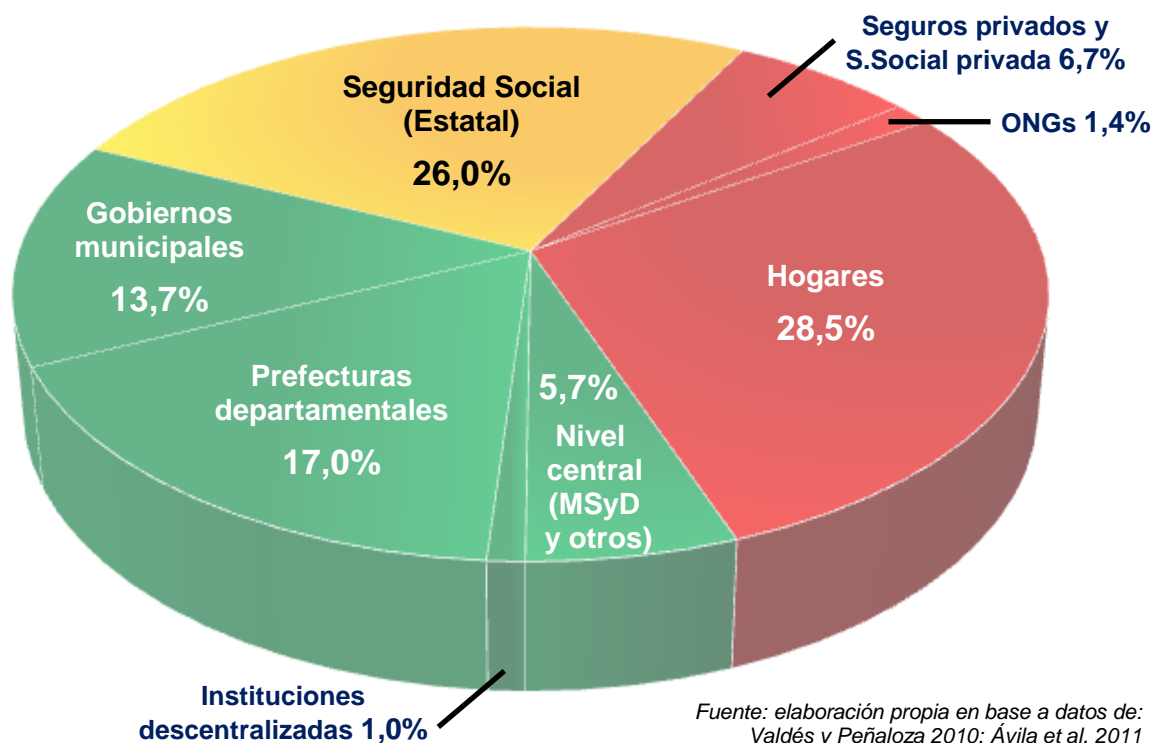
Entre 2003 y 2008, el gasto total en salud en Bolivia se ha incrementado de Bs. 2.224 millones, para alcanzar 5.687 millones de bolivianos como previsión para el año 2008, representando un crecimiento de 64,2% en este periodo. No obstante, esta mejora debe ser relativizada por la evidente falta de priorización de la salud desde el punto de vista del gasto, ya que se observa un estancamiento del gasto per cápita en valor real y una disminución del ratio de gasto en % del producto interno bruto, indicando que no se realizaron los esfuerzos suficientes en el país a favor de un incremento del gasto total en salud. Esta falta de priorización de la salud parece aún más importante cuando se compara con la evolución del gasto en salud en países con el mismo nivel de índice de desarrollo humano o de ingreso, o en países con cobertura universal en salud, a pesar de que Bolivia prevé implementar la cobertura universal dentro del Sistema Único de Salud en un futuro cercano, en cumplimiento a la Constitución Política del Estado Plurinacional.

III.3. Análisis del Gasto en salud según agentes financiadores

III.3.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según sub-sector y agente

De acuerdo con la estructura de gasto 2007 por agentes financiadores calculado para el presente análisis a partir de los dos estudios disponibles (Valdés y Peñaloza 2010; Ávila *et al.* 2011), el financiamiento de la salud en Bolivia es de tipo mixto, entre el subsector público, que representa el 37,4% del gasto total en salud, el subsector de la Seguridad Social de corto plazo (26% del gasto) y el Sector privado, que representa el 36,6% del gasto total en salud para la gestión 2007 (Ilustración 6).

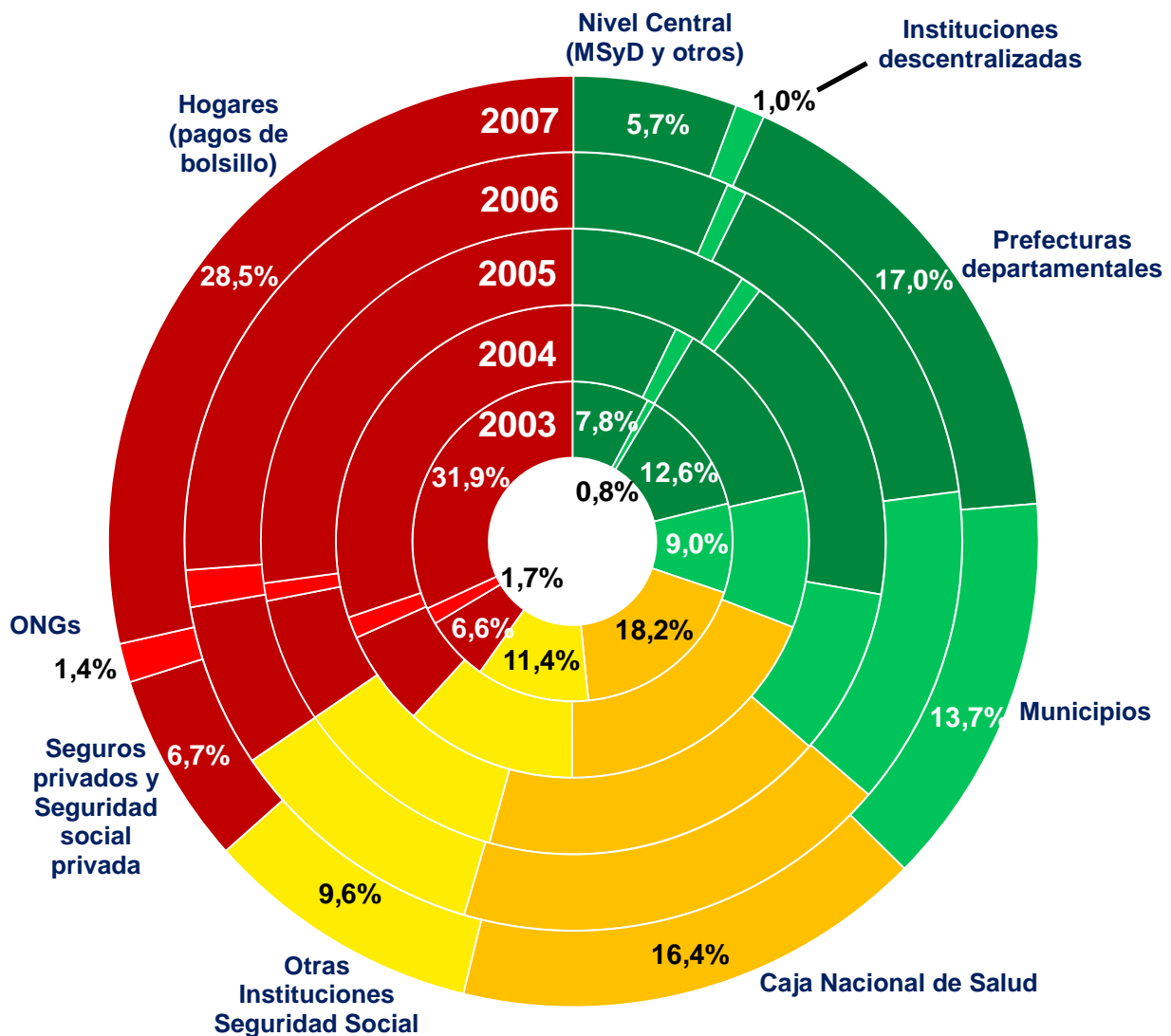
Ilustración 6 – Estructura de Gasto en salud por agente financiador, Bolivia, 2007



Para fines de análisis, se puede agregar el sub-sector público (que incluye al Ministerio de Salud y Deportes, Prefecturas ahora Gobernaciones departamentales, Gobiernos municipales y Entidades descentralizadas) y el subsector de la Seguridad Social de corto plazo estatal (agregado que será denominado “Sector estatal” de aquí en adelante), que conjuntamente representan el 63,4% del gasto en salud para la gestión 2007. El interés de agregar este Sector estatal es de determinar el gasto no privado en salud (que luego se podrá comparar con el presupuesto general del Estado), pero también realizar comparaciones internacionales de gasto en salud estatal, independientemente de cuál es el tipo de sistema de financiamiento principal para la cobertura en salud, Beveridge (basado en un financiamiento por fiscalidad general), Bismarck (basado en las cotizaciones de seguridad social) o mixto.

Se puede constatar que la estructura de gasto ha evolucionado en el periodo 2003-2007, ya que el sub sector público toma más importancia (ilustración 7 y cuadro 11): así, el subsector público representaba el 30,2% del gasto total en salud en el año 2003, mientras que para el año 2007, representaba el 37,4%, debido a un incremento del gasto administrado por Prefecturas y Municipios.

Ilustración 7 – Evolución de la estructura de gasto por agente financiador, Bolivia, 2003-07



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

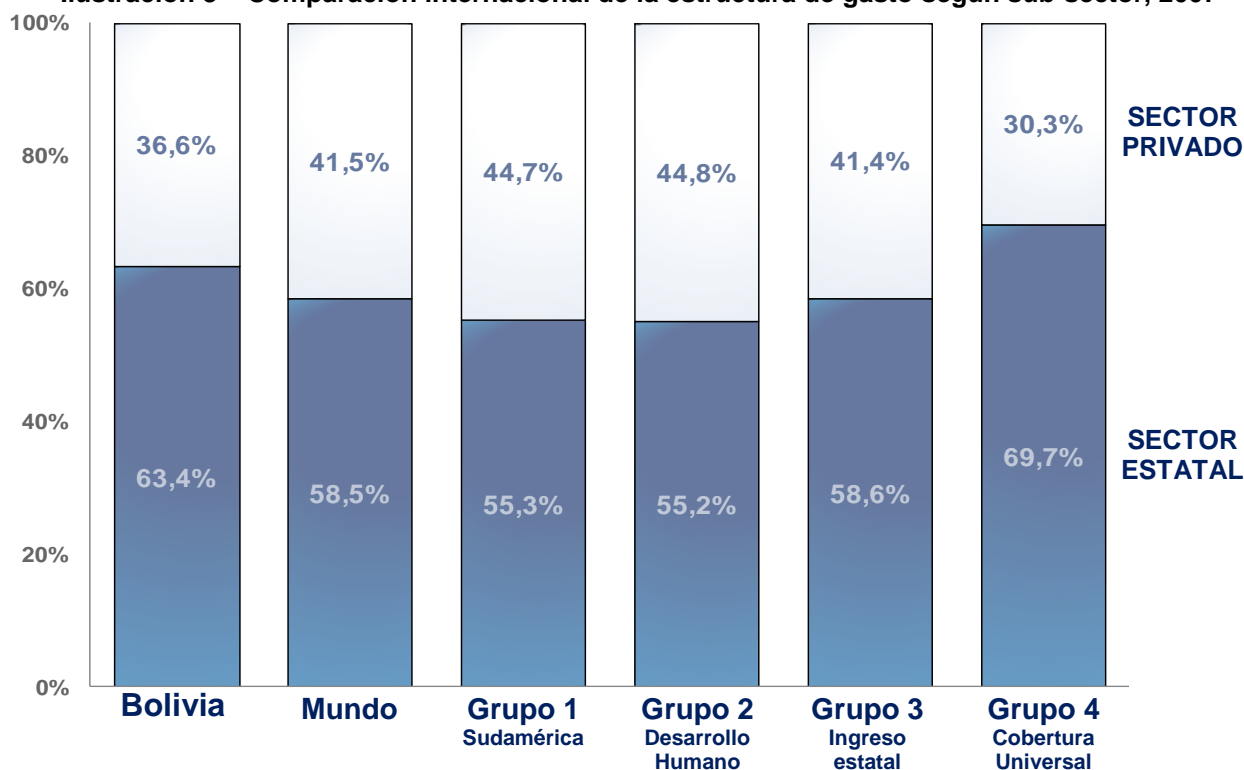
Cuadro 11 – Evolución de la estructura de gasto según sub-sector, Bolivia, 2003-08

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Sector Estatal	59,8%	61,8%	65,5%	65,5%	63,4%	65,3%
<i>Sub-sector público</i>	30,2%	30,9%	36,4%	36,3%	37,4%	38,8%
<i>Sub-sector seguridad social</i>	29,6%	30,8%	29,1%	29,2%	26,0%	26,5%
Sector Privado	40,2%	38,2%	34,5%	34,5%	36,6%	34,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Si se compara esta estructura de gasto en salud a nivel internacional, se constata que Bolivia muestra una proporción de gasto privado menor a sus vecinos y países con mismo nivel de desarrollo humano y de ingreso estatal. En el caso de los países con cobertura universal en salud, esos muestran una mayor proporción de gasto estatal, independientemente del modo de financiamiento (de tipo Bismarck o Beveridge) (ilustración 8). Así, falta un mayor desarrollo del sector estatal para que este alcance el promedio de 70% del gasto total en salud que se constata en los países con cobertura universal en salud; sin embargo, se puede destacar que existe en Bolivia un sector estatal que en proporción del gasto total en salud es más importante que en los demás países del mundo, constituyendo así una fortaleza para la implementación de una cobertura universal estatal basada en un sistema de tipo Beveridge. Por ejemplo, para el año 2007, el gasto de agentes privados (hogares, seguros) representaba el 44,7% del gasto total en salud en el continente sudamericano, mientras que en Bolivia, representaba el 36,6% (ilustración 8).

Ilustración 8 – Comparación internacional de la estructura de gasto según sub-sector, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; OMS 2010

III.3.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según sub-sector y agente

En cuanto a montos gastados por los diferentes agentes de financiamiento, todos los sectores han incrementado significativamente su gasto en salud en el periodo de análisis, con mayor incremento para el subsector público (86% entre 2003 y 2007, 111% entre 2003 y 2008), corroborando el incremento de la proporción del sub-sector público dentro del gasto total en salud presentado en el acápite anterior. El año de mayor crecimiento del sub-sector público fue el año 2005 (cuadro 12).

Agregando los subsectores público y de la seguridad social, el sector estatal tiene un gasto total estimado de 3.711,7 millones de bolivianos para la gestión 2008, representando un incremento acumulado desde la gestión 2003 de 79,2%. En cambio, el sector privado, principalmente compuesto por los pagos de bolsillo de los hogares, ha tenido un crecimiento nominal entre 2003 y 2007 de 36,7%, y de 42% si se considera las estimaciones para el año 2008, para alcanzar un gasto de 1.975,7 millones de bolivianos en 2008 (cuadro 12).

Cuadro 12 – Evolución del gasto en valor nominal por sector, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por sector y subsector		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Sector Estatal	En millones de bolivianos	2.071,6	2.323,8	2.844,9	3.076,4	3.296,3	3.711,7
	<i>(crecim. anual)</i>	-	12,2%	22,4%	8,1%	7,1%	12,6%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	12,2%	37,3%	48,5%	59,1%	79,2%
Sub-sector público	En millones de bolivianos	1.045,7	1.163,4	1.580,9	1.705,6	1.944,8	2.206,9
	<i>(crecim. anual)</i>	-	11,3%	35,9%	7,9%	14,0%	13,5%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	11,3%	51,2%	63,1%	86,0%	111,0%
Sub-sector seguridad social	En millones de bolivianos	1.025,9	1.160,3	1.264,0	1.370,8	1.351,5	1.504,8
	<i>(crecim. anual)</i>	-	13,1%	8,9%	8,4%	-1,4%	11,3%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	13,1%	23,2%	33,6%	31,7%	46,7%
Sector Privado	En millones de bolivianos	1.391,5	1.439,3	1.501,8	1.622,7	1.901,7	-
	<i>(crecim. anual)</i>	-	3,4%	4,3%	8,1%	17,2%	-
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	3,4%	7,9%	16,6%	36,7%	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Analizando más a detalle el gasto en salud en valor nominal de los diferentes agentes de financiamiento del subsector público, se constata que el fuerte crecimiento del gasto de agentes públicos se debe atribuir principalmente a las Prefecturas Departamentales y a los Municipios, que tuvieron un incremento de su gasto en salud en el periodo 2003-2008 de 130% y 148,1% respectivamente, mientras que el menor crecimiento fue del Ministerio de Salud y Deportes, con un gasto en salud 2008 superior en 36,2% a su gasto 2003 (cuadro 13). Sin embargo, en el caso de las Prefecturas, el gasto no es representativo ya que el 80% de su gasto en salud concierne los recursos humanos pagados con fuentes TGN e HIPC II y para los cuales las Prefecturas solo juegan un rol de intermediario. Así, sobre un gasto prefectoral 2007 de Bs. 883,7 millones, Bs. 706,6 millones (80%) eran para pago de recursos humanos con transferencias HIPC II y TGN y solamente Bs. 177,1 millones (20%) era gasto prefectoral propiamente dicho.

Cuadro 13 – Evolución del gasto en valor nominal según agente financiador del subsector público, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por agente financiador		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Ministerio de Salud y Deportes	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	269,2 -	270,3 0,4%	396,4 47,3%	305,1 13,3%	292,2 8,6%	366,6 36,2%
Otros Ministerios	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	1,1 -	0,7 -34,3%	0,0 -100,0%	0,0 -100,0%	3,5 232,4%	11,2 964,9%
Prefecturas Departamentales	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	437,0 -	490,7 12,3%	761,5 74,3%	735,2 68,2%	883,7 102,2%	1.005,2 130,0%
Gobiernos Municipales	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	312,0 -	352,3 12,9%	376,2 20,6%	627,3 101,1%	712,6 128,4%	773,9 148,1%
Entidades descentralizadas	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	26,5 -	49,3 86,0%	46,8 76,5%	38,1 43,5%	52,8 99,1%	50,0 88,5%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Cuadro 14 – Evolución del gasto en valor nominal según agente financiador del subsector de la Seguridad Social, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por agente financiador		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Caja Nacional de Salud	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	631,2 -	719,7 14,0%	778,9 23,4%	856,8 35,7%	851,5 34,9%	948,5 50,3%
Caja Petrolera de Salud	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	194,8 -	233,2 19,7%	235,9 21,1%	258,9 32,9%	229,0 17,6%	258,6 32,8%
Seguros Universitarios	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	86,3 -	87,5 1,4%	103,0 19,4%	123,0 42,6%	119,9 38,9%	138,1 60,0%
COSSMIL	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	53,6 -	61,5 14,8%	81,9 52,9%	58,8 9,8%	62,9 17,4%	69,2 29,1%
Caja CORDES	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	27,4 -	28,7 5,0%	32,4 18,3%	38,5 40,6%	48,8 78,2%	51,1 86,6%
Otras entidades Seguridad Social	En millones de bolivianos (crecimiento acumulado)	32,7 -	29,7 -9,3%	31,9 -2,5%	34,8 6,4%	39,4 20,4%	39,5 20,5%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

En cuanto al gasto en salud de las entidades de seguridad estatal (cuadro 14), estas muestran menos crecimiento en el periodo 2003-2008 que el gasto del subsector público. Así, la Caja Nacional de Salud incrementó su gasto en salud en un 50% entre 2003 y 2008, pasando de un gasto de Bs. 631,2 millones en 2003 a Bs. 948,5 millones en 2008, representando así el 63% del gasto de toda la Seguridad Social de corto plazo (para 83% de los afiliados). La entidad que incrementó en mayor proporción su gasto en salud es la Caja CORDES, con un crecimiento de 86,6% en el periodo 2003-2008. Sin embargo, su estatuto de caja estatal es muy discutible: si bien aparece en el Presupuesto General de la Nación, no recibe aportes de empleadores públicos. Los Seguros Universitarios presentan la segunda tasa de crecimiento más importante, con un incremento de su gasto de 60% entre 2003 y 2008. Sin embargo, existen importantes diferencias dentro de estos: el SSU Potosí tuvo un crecimiento de 206,8% entre 2003 y 2008, S. Cruz 107,8%, mientras que el de Chuquisaca tuvo un crecimiento de 22% y el de Trinidad un descenso de 48,7%).

Finalmente, los agentes privados muestran un crecimiento mediano, a la excepción de los Seguros sociales privados, que doblaron su gasto en valor nominal entre 2003 y 2008 (cuadro 15). En cuanto a los hogares, llegan a un gasto de bolsillo 2007 de Bs. 1.483,6 millones, con un incremento de su gasto en 34,3% entre 2003 y 2007, crecimiento particularmente marcado en el 2007 (cuadro 15).

Cuadro 15 – Evolución del gasto en valor nominal según agente financiador del subsector privado, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por agente financiador		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Seguridad Social privada	En millones de bolivianos	65,9	77,4	95,9	107,9	122,6	131,3
	(crecimiento acumulado)	-	17,6%	45,6%	63,8%	86,1%	99,3%
Seguros privados	En millones de bolivianos	163,0	169,8	185,7	212,3	225,3	247,4
	(crecimiento acumulado)	-	4,2%	14,0%	30,3%	38,2%	51,8%
ONGs	En millones de bolivianos	58,3	55,1	40,1	72,4	70,3	68,9
	(crecimiento acumulado)	-	-5,5%	-31,3%	24,1%	20,5%	18,1%
Hogares	En millones de bolivianos	1.104,3	1.136,9	1.180,1	1.230,1	1.483,6	1.528,1
	(crecimiento acumulado)	-	2,9%	6,9%	11,4%	34,3%	38,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

III.3.3. Nivel y evolución del gasto en valor real según sub-sector y agente

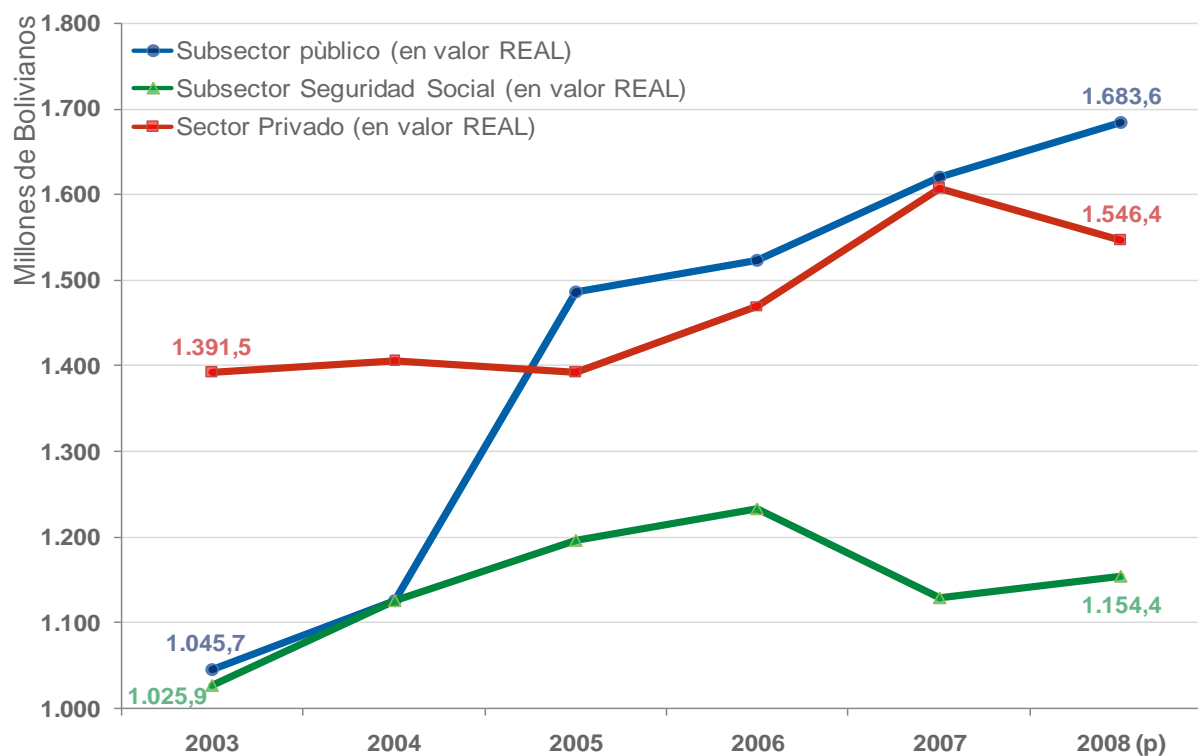
De la misma manera que para el gasto total en salud, el incremento del gasto según agente financiador se debe relativizar, ya que la mitad del incremento en el periodo 2003-07 se debe a la inflación (incremento de los precios). En valor real, se sigue destacando el sub-sector público, que ha tenido un incremento de gasto en valor real de 61% entre 2003 y 2008, mientras que el sector privado y de la seguridad social tuvieron un crecimiento de un poco más de 10% en el mismo periodo. Además, el subsector público nunca muestra disminución en valor real al contrario del subsector de la Seguridad Social (2007) y el sector privado (2005 y 2008). Sin embargo, este crecimiento se explica por el incremento del gasto subsectorial observado en el 2005, debido principalmente a un incremento del gasto de las Prefecturas departamentales, pero no se continuó esta tendencia en los años siguientes (cuadro 16 e ilustración 9).

Cuadro 16 – Evolución del gasto en valor real por agente financiador, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por agente (valor real)		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Sector Estatal	En millones de Bs. de 2003	2.071,6	2.252,1	2.682,8	2.755,3	2.748,3	2.838,0
	(crecim. real)	-	8,7%	19,1%	2,7%	-0,3%	3,3%
	(crecimiento acumulado)	-	8,7%	29,5%	33,0%	32,7%	37,0%
Sub-sector público	En millones de Bs. de 2003	1.045,7	1.125,9	1.486,3	1.523,2	1.620,3	1.683,6
	(crecim. real)	-	7,7%	32,0%	2,5%	6,4%	3,9%
	(crecimiento acumulado)	-	7,7%	42,1%	45,7%	54,9%	61,0%
Sub-sector seguridad social	En millones de Bs. de 2003	1.025,9	1.126,2	1.196,5	1.232,2	1.128,0	1.154,4
	(crecim. real)	-	9,8%	6,2%	3,0%	-8,5%	2,3%
	(crecimiento acumulado)	-	9,8%	16,6%	20,1%	10,0%	12,5%
Sector Privado	En millones de Bs. de 2003	1.391,5	1.405,5	1.391,2	1.469,9	1.605,8	-
	(crecim. real)	-	1,0%	-1,0%	5,7%	9,2%	-
	(crecimiento acumulado)	-	1,0%	0,0%	5,6%	15,4%	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2008

Ilustración 9 – Evolución del gasto en valor real por agente financiador, Bolivia, 2003-08



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2008

Analizando más a detalle el crecimiento del gasto en salud real de los diferentes agentes de financiamiento, se constata un fuerte crecimiento real del gasto de los Municipios, Prefecturas y Otros Ministerios (aunque para estos, el gasto representa menos del 0,1% del gasto total en salud). La Seguridad Social privada es otro agente de financiamiento que incremento sustancialmente su gasto en salud en valor real, con una tasa de crecimiento 2003-2008 de 54,9% (cuadro 17).

Sin embargo, se puede constatar en el cuadro 17 que varios agentes de financiamiento tuvieron una disminución de su gasto en salud en valor real entre 2003 y 2008: la Caja Bancaria Estatal (-38,7%), SINEC (-24,2%), COSSMIL (-2,7%), ONGs (-8,6%), mientras que el Ministerio de Salud y Deportes o la Caja Petrolera no tuvieron incremento real de su gasto entre 2003 y 2008 (cuadro 17).

Cuadro 17 – Tasa de crecimiento real acumulada del gasto en salud desde el año 2003, según agente financiador, Bolivia, 2003-08

Agente de Financiamiento	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
1. SUBSECTOR PÚBLICO						
Ministerio de Salud y Deportes	-	-3,3%	36,7%	-0,3%	-13,1%	0,3%
Otros Ministerios	-	-38,2%	-100,0%	-100,0%	203,7%	845,8%
Prefecturas Departamentales	-	9,2%	65,9%	49,3%	68,9%	75,0%
Gobiernos Municipales	-	8,7%	11,7%	82,0%	92,3%	92,2%
Entidades descentralizadas	-	83,6%	69,4%	30,8%	70,5%	48,0%
2. SUBSECTOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ESTATAL)						
Caja Nacional de Salud	-	10,7%	16,8%	22,1%	12,8%	15,4%
Caja Petrolera de Salud	-	16,4%	14,6%	19,5%	-2,7%	1,1%
Seguros Universitarios	-	-1,9%	12,8%	28,6%	16,2%	23,4%
COSSMIL	-	11,5%	45,5%	-3,5%	-3,6%	-2,7%
Caja CORDES	-	1,7%	11,8%	26,8%	51,8%	45,2%
Otras entidades Seguridad Social	-	-12,6%	-8,4%	-5,1%	0,8%	-8,2%
3. SECTOR PRIVADO						
Seguridad Social privada	-	14,2%	38,4%	48,1%	57,9%	54,9%
Seguros privados	-	1,8%	6,8%	19,8%	18,9%	22,7%
Organizaciones no Gubernamentales	-	-8,3%	-36,8%	12,1%	0,8%	-8,6%
Hogares	-	0,6%	-1,4%	0,7%	13,1%	7,9%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2008

III.3.4. Gasto en salud per cápita, según sector y agente financiador

El gasto en salud per cápita (en valor nominal) según sub-sector muestra importantes diferencias: así, para la gestión 2008, el gasto per cápita del sub-sector público (incluyendo el Ministerio de Salud y Deportes) era de Bs. 306,7 por habitante no afiliado a la Seguridad Social de corto plazo, mientras que en la Seguridad Social, el gasto era de Bs. 544,7 por cada afiliado (cuadro 18).

Sin embargo, se redujeron las diferencias entre ambos subsectores en el periodo 2003-2008, ya que la diferencia de gasto per cápita entre el subsector público y el subsector de la Seguridad Social (estatal) era de Bs. 300 por persona en el año 2003 y de Bs. 238 en el año 2008, debido a un mayor incremento del gasto per cápita en el subsector público: entre 2003 y 2008, el gasto per cápita del subsector público se incrementó en un 97,7% (de Bs. 155,1 en 2003 a Bs. 306,7 en 2008, es decir un incremento de Bs. 151,6), mientras que en el mismo periodo, el gasto per cápita en la Seguridad Social estatal se incrementó en solamente 19,7% (de Bs. 455,2 en 2003 a Bs. 544,7 en 2008, es decir un incremento de Bs. 89,5) (cuadro 18).

Cuadro 18 – Gasto per cápita (Bs.) en valor nominal por agente financiador, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud per cápita (en Bs.)	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Sector Estatal (sobre población total)	229,5	251,9	301,8	319,6	335,4	370,1
Sub-sector público (sobre población no afiliada a la Seguridad Social)	155,1	171,7	225,9	241,5	275,4	306,7
Sub-sector de la seguridad social (sobre población afiliada)	455,2	481,0	529,6	544,3	499,3	544,7
Sector Privado (sobre población total)	154,2	156,0	159,3	168,6	193,5	-

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; INASES 2009

Gracias a este fuerte incremento del gasto en el sub-sector público, se incrementó el gasto estatal (subsector público + subsector de la Seguridad Social estatal) de Bs. 229,5 por habitante en 2003 a Bs. 370,1 en 2008, representando un incremento del 61,3% en este periodo (Bs. 140,6).

En cuanto al gasto privado, este se incrementó de Bs. 154,2 por habitante en 2003 a Bs. 193,5 en 2007, representando un incremento del 27,8% en este periodo (Bs. 39,3).

La probable sobre-estimación de la población de Bolivia por parte del INE hace que el gasto per cápita sea posiblemente sub-estimado para el sub-sector público y para el sector privado. Así, realizando estimaciones de gasto per cápita utilizando como denominador la población proyectada por la Oficina de Población de las Naciones Unidas (ONU 2010), el gasto per cápita del sub-sector público sería de Bs. 287,7 para el año 2007 y de Bs. 321,6 para el año 2008; el gasto del sector estatal sería de Bs. 346,1 por habitante para el año 2007 y de Bs. 382,9 para el año 2008; el gasto del sector privado sería de Bs. 199,7 por habitante para el año 2007 y de Bs. 203,8 para 2008.

A nivel internacional, el gasto per cápita en paridad de poder adquisitivo (PPA) en Bolivia es muy inferior a lo que se puede observar en el mundo, tanto para el gasto estatal como para el gasto privado (cuadro 19). De acuerdo con estas comparaciones, el gasto estatal en salud per cápita de

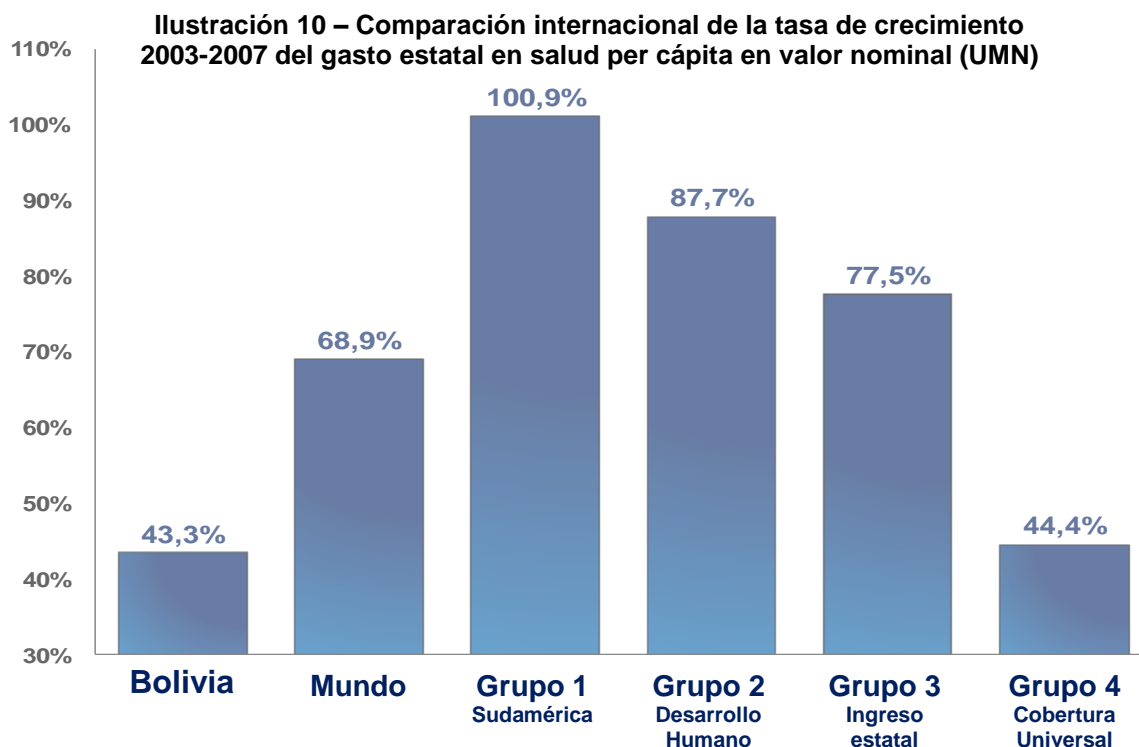
Bolivia para el año 2007 (131 \$PPA o US\$ 42,5), es inferior al gasto per cápita de todos los grupos de países analizados, inclusive los con nivel de desarrollo humano e ingreso estatal similar a los de Bolivia, demostrando que se podría tener un mayor gasto en salud público en nuestro país dadas las condiciones de desarrollo y de ingreso.

Cuadro 19 – Comparación internacional del gasto total en salud per cápita, 2007

Gasto en salud per cápita (en US\$ y PPA)		BOLIVIA	Mundo	Grupo 1 Sudamérica	Grupo 2 Desarrollo humano	Grupo 3 Ingreso estatal	Grupo 4 Cobertura universal
Sector Estatal (2007)	En US\$	42,5	630,6	194,6	118,4	82,1	1.735,6
	En PPA	131,0	632,1	327,8	211,3	149,0	1.549,7
Sector Privado (2007)	En US\$	24,5	268,8	178,3	91,7	62,8	627,3
	En PPA	75,6	298,2	287,6	167,0	117,3	587,8

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; OMS 2010

Por otra parte, si bien en Bolivia el gasto estatal per cápita se incrementó en mayor proporción que el gasto privado durante el periodo 2003-2007, este incremento es menor a lo que se puede observar a nivel mundial durante el mismo periodo, con la excepción de los países con cobertura universal en salud. Mientras que el gasto estatal per cápita en Bolivia se incrementaba de 43,3% entre 2003 y 2007, este incremento era en promedio de 100,9% en Sudamérica (ilustración 10).



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; OMS 2010

Además, el incremento del gasto per cápita se debe relativizar ya que el incremento en valor real no es muy importante (cuadro 20). En efecto, solamente en el subsector público se puede observar un incremento significativo del gasto per cápita en valor real (51,4% en el periodo 2003-2008) mientras que en el subsector de la Seguridad Social, el gasto per cápita disminuyó en el mismo periodo, significando que en valor real, la Seguridad Social estatal tiene en 2008 un gasto por afiliado menor a lo que tenía en el año 2003. En totalidad, el sector estatal muestra un incremento real de su gasto per cápita de solamente 23,3% en el periodo 2003-2008. Además, este bajo incremento no fue continuo ya que se debe esencialmente al crecimiento del gasto en el subsector público para el año 2005 y que luego del año 2005, se puede observar una estancación del gasto en salud per cápita estatal, y solamente un ligero aumento del gasto del subsector público.

Cuadro 20 – Gasto en salud per cápita en valor real, según sub-sector, Bolivia, 2003-2008

Gasto en salud per cápita (valor real)		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Sector Estatal	Gasto /cápita (Bs. de 2003)	229,5	244,1	284,6	286,2	279,7	283,0
	<i>Incremento real</i>	-	6,3%	16,6%	0,6%	-2,3%	1,2%
	<i>acumulado</i>	-	6,3%	24,0%	24,7%	21,8%	23,3%
Sub-sector público	Gasto /cápita (Bs. de 2003)	155,1	166,1	212,2	216,1	230,3	234,9
	<i>Incremento real</i>	-	7,1%	27,7%	1,9%	6,6%	2,0%
	<i>acumulado</i>	-	7,1%	36,7%	39,3%	48,5%	51,4%
Sub-sector S. Social	Gasto /cápita (Bs. de 2003)	455,2	466,8	501,3	489,3	416,7	417,9
	<i>Incremento real</i>	-	2,6%	7,4%	-2,4%	-14,8%	0,3%
	<i>acumulado</i>	-	2,6%	10,1%	7,5%	-8,4%	-8,2%
Sector Privado	Gasto /cápita (Bs. de 2003)	154,2	152,3	147,6	152,7	163,4	154,2
	<i>Incremento real</i>	-	-1,2%	-3,1%	3,5%	7,0%	-5,6%
	<i>acumulado</i>	-	-1,2%	-4,3%	-1,0%	6,0%	0,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005 y 2008; INASES 2009

La tasa de crecimiento acumulada del gasto en salud estatal per cápita en valor real entre 2003 y 2008 es de solamente 23,3%; comparando con el nivel internacional, este valor muy inferior a lo que se puede observar en el mundo durante el mismo periodo: el promedio mundial es de 42,9% de crecimiento entre 2003 y 2008. En los países vecinos de Sudamérica, es de 63,3% (cuadro 21).

Cuadro 21 – Comparación internacional del incremento real del gasto per cápita según sector

Incremento del gasto real per cápita (en %)	BOLIVIA	Mundo	Grupo 1 Sudamérica	Grupo 2 Desarrollo humano	Grupo 3 Ingreso estatal	Grupo 4 Cobertura universal
Sector Estatal (incremento 2003-2008)	23,3%	42,9%	63,3%	54,6%	50,5%	32,6%
Sector Privado (incremento 2003-2007)	6,0%	29,7%	28,7%	29,4%	18,4%	25,9%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005 y 2008; OMS 2010

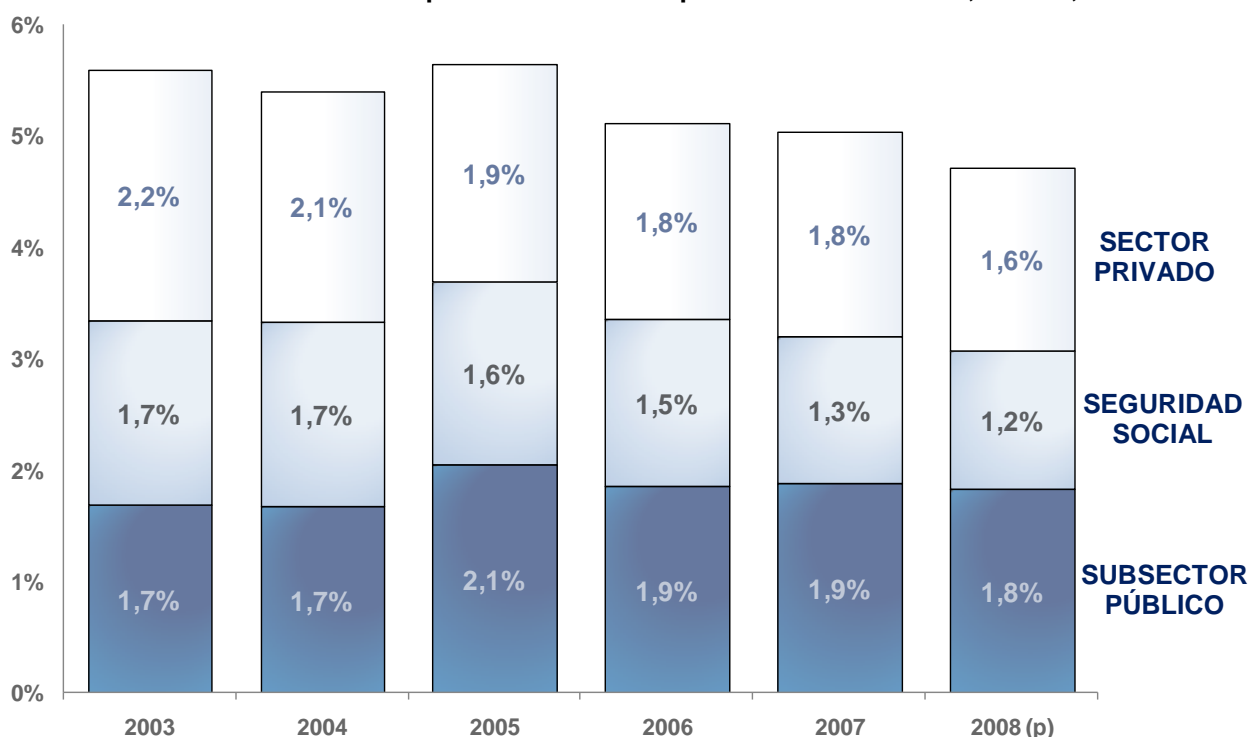
III.3.5. Ratios macroeconómicos del gasto según sector y agente financiador

III.3.5.a. Gasto en salud según subsector en % del PIB

En cuanto al ratio macroeconómico de gasto en salud en % del producto interno bruto, se puede observar que la disminución de este de 5,6% en 2003 a 4,7% en 2008 se debe solamente al subsector de la Seguridad Social y al sector privado, ya que el subsector público logró mantener su gasto en relación al PIB, de 1,7% en 2003 a 1,8% en 2008 (ilustración 11).

Por otra parte, si bien se puede observar un incremento del gasto del sub-sector público en relación al PIB para el año 2005 (alcanzando una proporción del 2,1% del PIB), no se pudo mantener esta relación durante los siguientes años.

Ilustración 11 – Gasto en salud por sector en % del producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2010

En su totalidad, el sector estatal (subsector público + subsector de la Seguridad Social) representa para el año 2007 el 3,2% del Producto Interno Bruto (3,1% para la proyección 2008), mostrando una ligera disminución respecto al año 2003, en el cual representaba el 3,3% del PIB (cuadro 22).

Sin embargo, la subida observada en el año 2005, en el cual el gasto en salud del sector estatal representaba el 3,7% del PIB, significa que hubo un descenso particularmente fuerte del ratio de gasto estatal en salud en % del PIB a partir del año 2006 (cuadro 22).

En cuanto al gasto de los agentes privados en salud en relación al Producto Interno Bruto, este está en descenso continuo desde el año 2003, en el cual el ratio era de 2,2%, para alcanzar en el año 2008 el 1,6% del PIB (cuadro 22).

Cuadro 22 – Gasto en salud por sector en % del producto interno bruto, Bolivia, 2003-2008

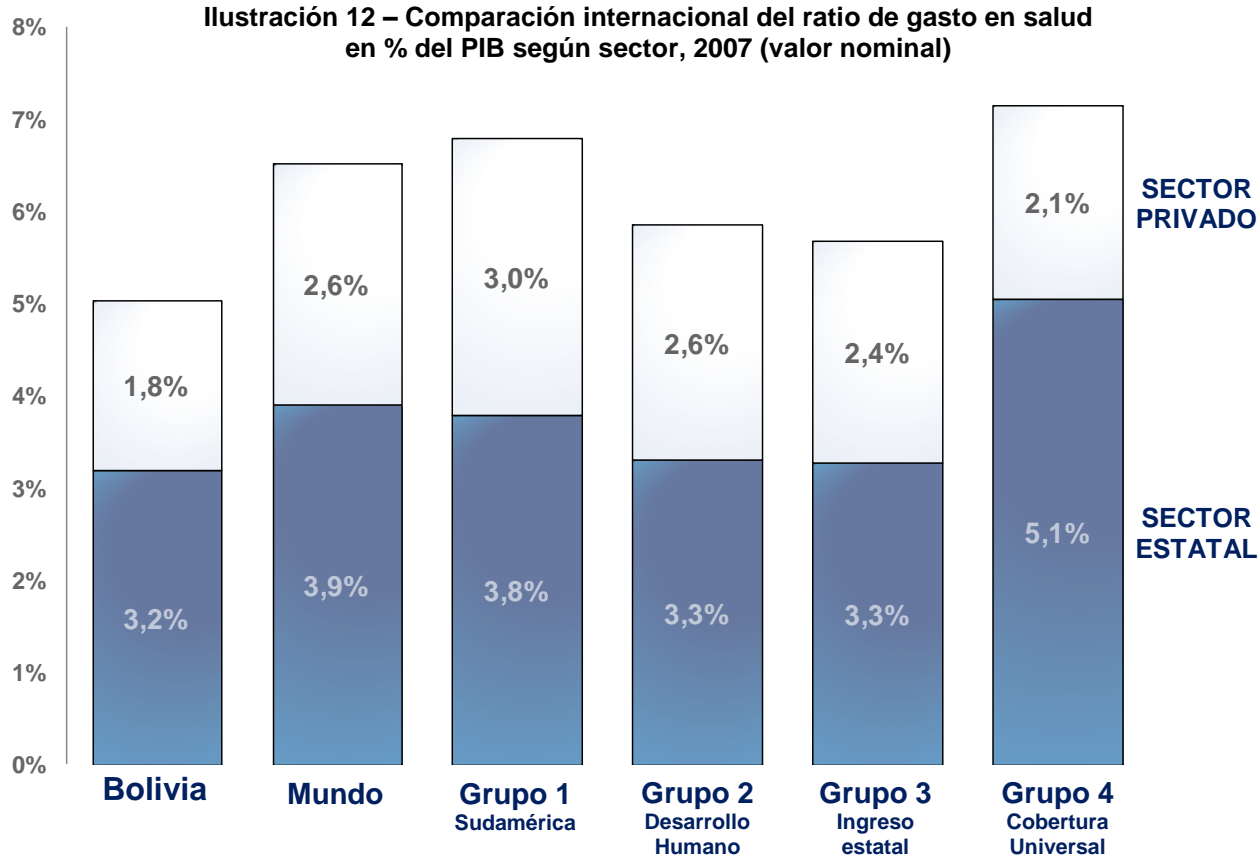
Gasto en salud en % del PIB	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Sector Estatal	3,3%	3,3%	3,7%	3,4%	3,2%	3,1%
Sector Privado	2,2%	2,1%	1,9%	1,8%	1,8%	1,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2010

Comparando con datos internacionales, el gasto en salud en % del PIB en Bolivia es inferior al valor de los grupos de países comparados, tanto para el Sector estatal como para el Sector privado. Así, se constata que en los países con cobertura universal en salud, el sector estatal representa el 5,1% del Producto Interno Bruto para la gestión 2007, lo que da una idea del nivel de gasto deseable para alcanzar y mantener una cobertura universal.

En los países de Sudamérica, si bien el gasto privado es mucho mayor a lo que se puede observar en Bolivia, el gasto estatal también es mayor en relación al PIB (ilustración 12). Además, todos los grupos de control mostraron un incremento del ratio de gasto estatal en % del PIB durante el periodo 2003-2008, mientras que en Bolivia disminuyó, de 3,3% en 2003 a 3,1% en 2008. Así, el promedio de gasto estatal en % del PIB pasó de 3,4% (2003) a 3,9% (2008) en Sudamérica, mientras que en los países con cobertura universal, se mantiene entre 5,1% y 5,2% cada año.

Ilustración 12 – Comparación internacional del ratio de gasto en salud en % del PIB según sector, 2007 (valor nominal)



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2010; OMS 2010

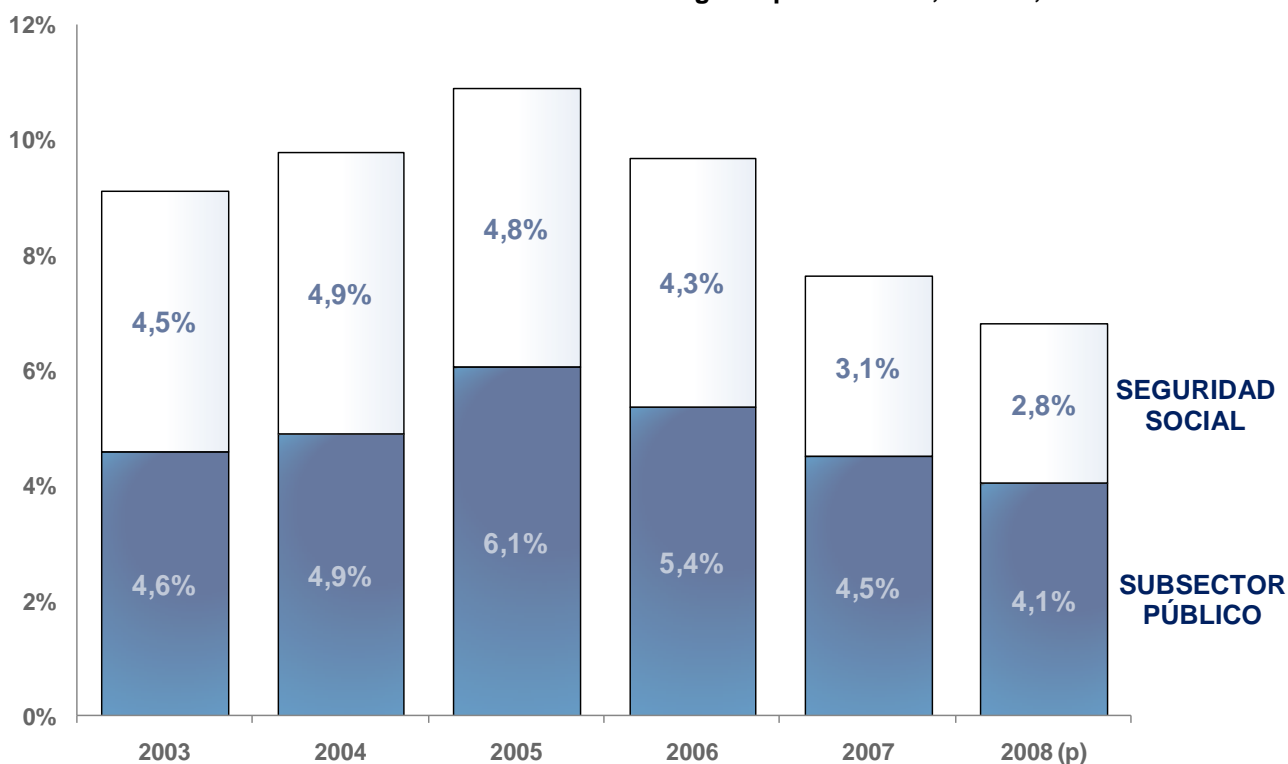
III.3.5.b. Gasto estatal en salud en % del gasto público y del gasto del gobierno general

Además del producto interno bruto, se puede medir el gasto estatal en salud en % del gasto público total y en % del gasto del Gobierno General. El gasto del Gobierno General incluye el gasto del Gobierno central y de los niveles sub-nacionales (Prefecturas, Municipios, Entidades descentralizadas, Universidades Públicas, Seguridad Social estatal, etc.). En cambio, el gasto público total incluye el gasto del Gobierno General, pero también el sector público empresarial (empresas nacionales, como YPFB por ejemplo).

Respeto al gasto estatal en salud en % del gasto público total, este disminuyó significativamente a partir del año 2005, pasando de 9,1% en 2003 a 6,8% en 2008. El subsector público en salud, a pesar de mostrar los mayores niveles de incremento en este periodo, también disminuyó en relación al gasto estatal total, de 4,6% en 2003 a 4,1% en 2008 (ilustración 13 y cuadro 23). A pesar de un incremento del ratio de gasto en salud en % del gasto público total en el año 2005, hasta 10,9%, no se pudo mantener este nivel ya que el crecimiento del gasto estatal en salud para el periodo 2006-2008 (9,3% en promedio anual) era mucho menor al crecimiento del gasto público total (28% en promedio anual en el periodo 2006-08).

La disminución de este ratio representa una baja de la priorización de la salud dentro del gasto público a partir del año 2006: si bien el gasto público total se incrementó como nunca en la historia del país a partir de este año, gracias a la venta de hidrocarburos principalmente, el sector salud no fue beneficiario de este incremento (ilustración 13 y cuadro 23).

Ilustración 13 – Gasto en salud estatal en % del gasto público total, Bolivia, 2003-2008



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

En la ilustración 14, se puede constatar el diferencial entre el incremento del gasto estatal en salud y el incremento del gasto público total a partir del año 2005, que explica en parte la disminución del

ratio de gasto en salud respecto al gasto público total: mientras que el crecimiento nominal acumulado del gasto estatal era de 30,5% entre 2003 y 2008, el crecimiento del resto del gasto público fue de 118,4% (de 23.243 millones de bolivianos en el año 2005 a 50.767 millones de bolivianos en el año 2008), demostrando que otros sectores fueron priorizados (ilustración 14).

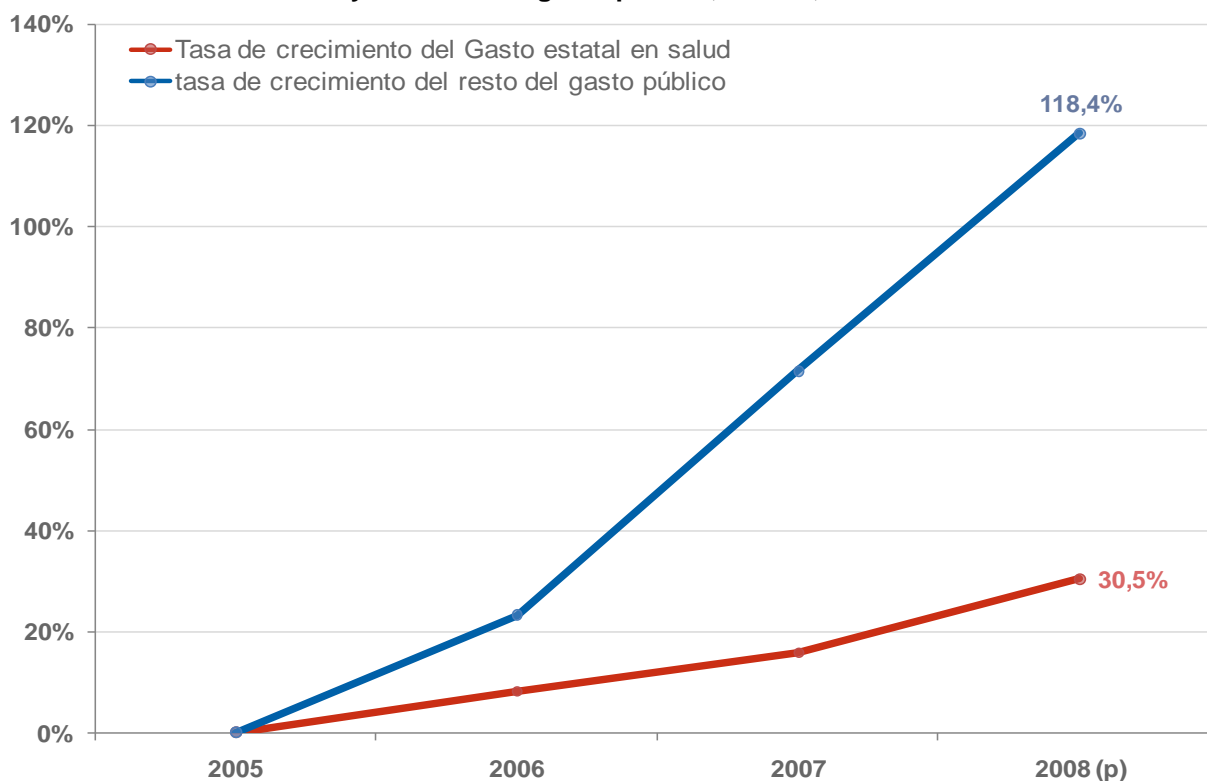
Cuadro 23 – Gasto en salud estatal en % del gasto público total, Bolivia, 2003-2008

Gasto en salud en % del gasto estatal	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Gasto Estatal salud en % del gasto público	9,1%	9,8%	10,9%	9,7%	7,6%	6,8%
Subsector público	4,6%	4,9%	6,1%	5,4%	4,5%	4,1%
Subsector S. Social	4,5%	4,9%	4,8%	4,3%	3,1%	2,8%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

En la ilustración 14, se puede constatar el diferencial entre el incremento del gasto estatal en salud y el incremento del gasto público total a partir del año 2005, que explica en parte la disminución del ratio de gasto en salud respecto al gasto público total: mientras que el crecimiento nominal acumulado del gasto estatal era de 30,5% entre 2003 y 2008, el crecimiento del resto del gasto público fue de 118,4% (de 23.243 millones de bolivianos en el año 2005 a 50.767 millones de bolivianos en el año 2008), demostrando que otros sectores fueron priorizados (ilustración 14).

Ilustración 14 – Crecimiento nominal acumulado del gasto estatal en salud y del resto del gasto público, Bolivia, 2003-2008



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

En cuanto al ratio de gasto en salud en % del gasto del Gobierno General, este también disminuyó, pero en menores proporciones que para el ratio de gasto público, ya que una parte importante del incremento del gasto público se hizo, desde el año 2006, a partir de las empresas públicas (las cuales no entran en el gasto del Gobierno General). Así, el ratio de gasto en salud en % del gasto del Gobierno General pasó de 10,6% en 2003 a 9,4% en 2008, a pesar de haber mostrado un incremento en el año 2005 y que se mantuvo el ratio en el año 2006 (cuadro 24). Eso significa que a partir del año 2007, bajó la priorización de la salud dentro del gasto del Gobierno General.

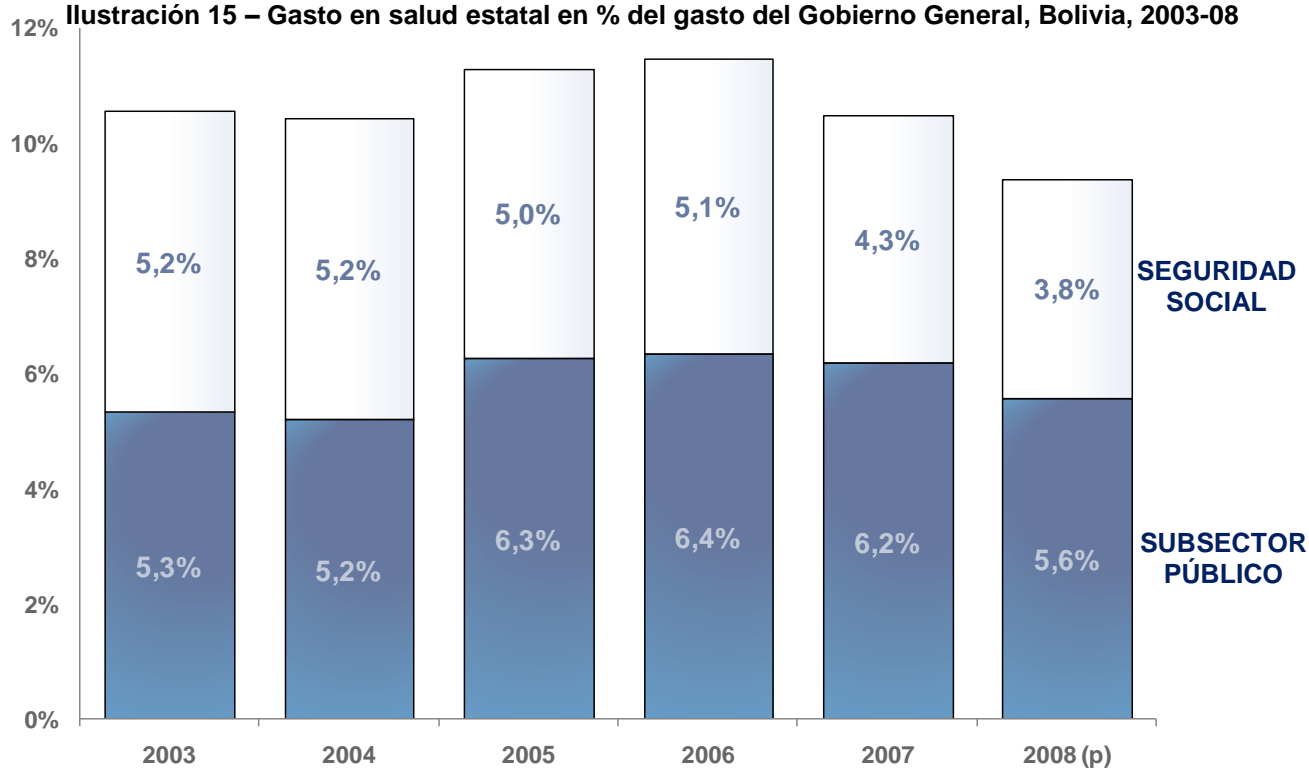
Cuadro 24 – Gasto en salud estatal en % del gasto del Gobierno General, Bolivia, 2003-2008

Gasto en salud en % del gasto estatal	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Gasto Estatal salud en % del gasto público	10,6%	10,4%	11,3%	11,5%	10,5%	9,4%
Subsector público	5,3%	5,2%	6,3%	6,4%	6,2%	5,6%
Subsector S. Social	5,2%	5,2%	5,0%	5,1%	4,3%	3,8%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

La disminución del ratio de gasto estatal en salud en % del gasto del Gobierno General se debe al subsector de la Seguridad Social de corto plazo, que pasó de 5,2% del gasto del Gobierno General en 2003 a 3,8% en 2008. En cambio, la participación del gasto en salud del subsector público se incrementó, de 5,3% del gasto del Gobierno General en 2003 a 5,6% en 2008. El subsector público logró mantener este ratio en más del 6% de 2005 a 2007, pero en el año 2008 bajó en niveles similares a lo que se podía observar en los años 2003 y 2004 (cuadro 24 e ilustración 15).

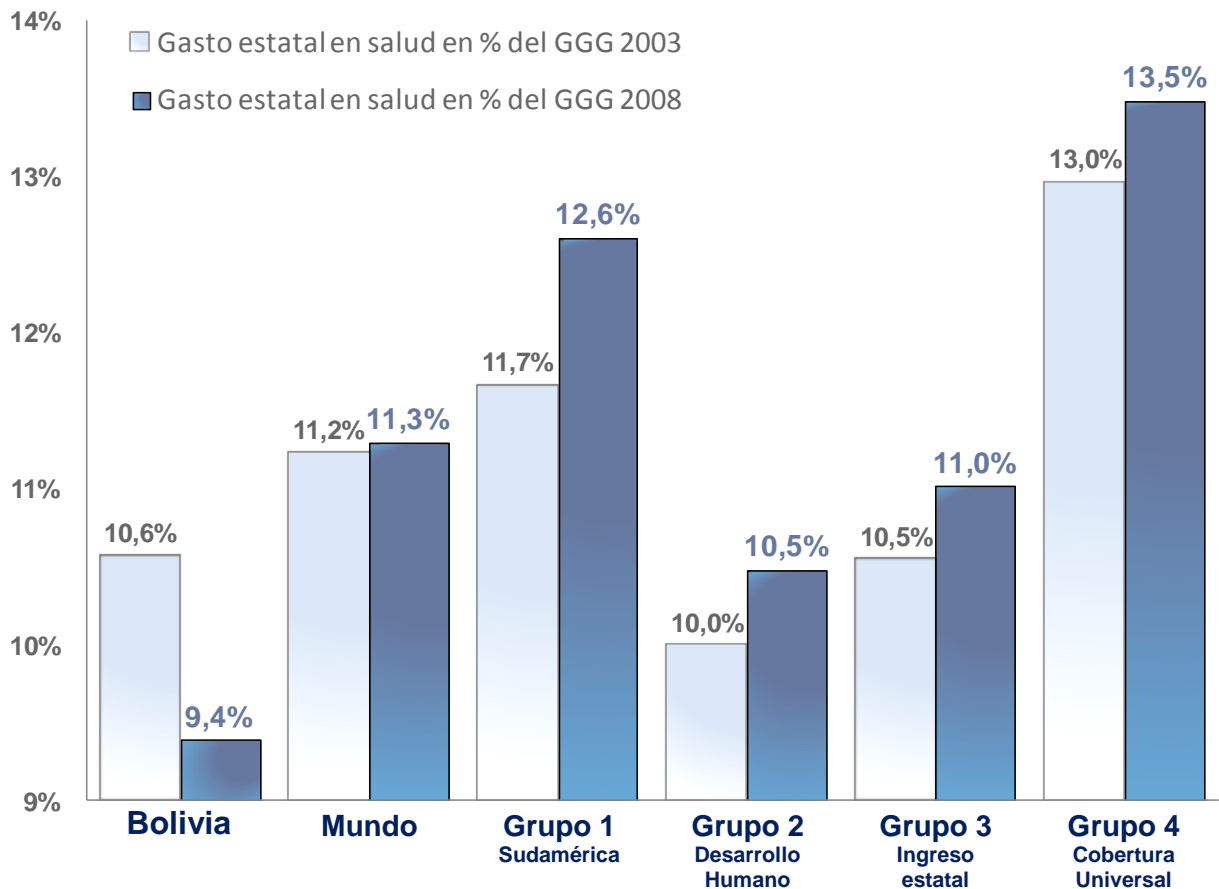
Ilustración 15 – Gasto en salud estatal en % del gasto del Gobierno General, Bolivia, 2003-08



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

Comparando con datos internacionales, el gasto estatal en salud en % del gasto del Gobierno General en Bolivia es significativamente inferior al valor de los grupos de países comparados, inclusive los países con mismo nivel de ingreso estatal (ilustración 16). Así, en el año 2008, el gasto estatal en salud representa el 13,5% del gasto del Gobierno general en los países con cobertura universal, y el 12,6% como promedio en los países de Sudamérica. Para alcanzar en 2008 el nivel de los países con cobertura universal, el sector estatal de Bolivia habría necesitado un gasto en salud adicional de aproximadamente 1.618,5 millones de bolivianos (222,1 millones de US\$), representando un 43,6% de gasto estatal adicional para el año 2008. Para alcanzar el nivel promedio de Sudamérica, habría necesitado aproximadamente Bs. 1.272,5 millones adicionales.

Ilustración 16 – Comparación internacional del ratio de gasto estatal en salud en % del gasto total del Gobierno General para los años 2003 y 2008 (valor nominal)



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010; OMS 2010

A nivel de países, 42 muestran un nivel de gasto estatal superior o igual al 15% del gasto del Gobierno General (GGG) para el año 2008, como por ejemplo Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Perú, México, Francia, e inclusive Estados Unidos, que a pesar de tener un sistema de salud altamente privatizado, tiene un gasto estatal en salud que representa el 18,7% del gasto del Gobierno General de este país para el año 2008 (OMS 2010). Para el año 2008, Costa Rica es el país del mundo en el cual se observa el mayor ratio de gasto estatal en % de GGG, con 26% (OMS 2010).

En cuanto a la evolución del ratio de gasto estatal en salud en % del Gasto del Gobierno General, existen 85 otros países de 189 que tuvieron disminución de este ratio entre 2003 y 2008, mostrando las dificultades existentes en mantener o incrementar el gasto en salud en relación con el GGG. Sin

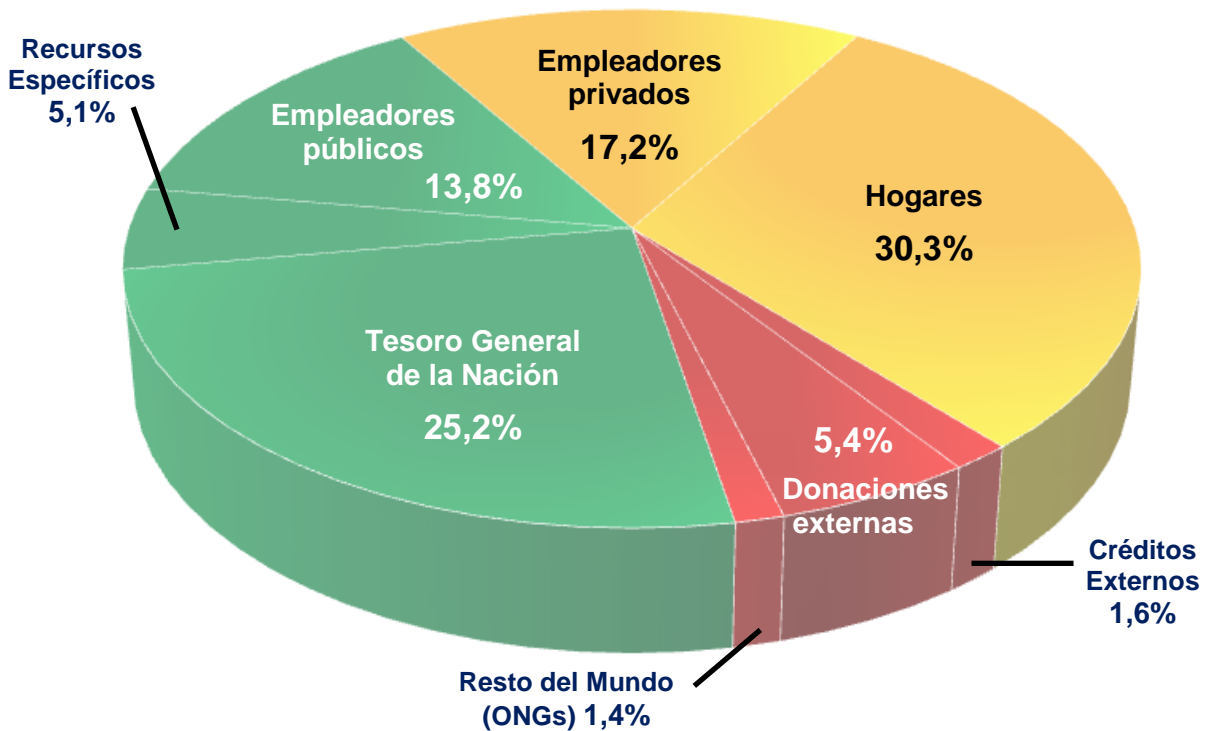
embargo, 104 países lograron mantener o incrementar este ratio y el promedio de este indicador para los grupos de comparación muestra una evolución positiva (ilustración 16). El caso cubano se destaca a nivel internacional para su priorización de la salud, ya que el ratio de gasto estatal en salud en % del GGG pasó de 10,9% en 2003 a 15,5% en 2008. A nivel continental, se puede citar el caso del Guyana, para el cual este ratio se incrementó, de 9,9% en 2003 a 14,5% en 2008, demostrando que es factible priorizar la salud dentro de los presupuestos públicos si existe una real voluntad política a nivel nacional.

III.4. Análisis del Gasto en salud según fuentes de financiamiento

III.4.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según fuente

De acuerdo con la estructura de gasto 2007 por fuentes de financiamiento calculado para el presente análisis a partir de los dos estudios disponibles (Valdés y Peñaloza 2010; Ávila *et al.* 2011), las fuentes de financiamiento son mixtas, entre las fuentes públicas, que representan el 44,1% del gasto total en salud, las fuentes privadas nacionales (47,5% del gasto) y las fuentes externas, que representan el 8,4% del gasto total en salud para la gestión 2007. Las fuentes nacionales (públicas y privadas) representan entonces el 91,6% del gasto en salud 2007, de financiamiento públicas nacionales representan entonces menos de la mitad del gasto en salud para la gestión 2007, y una importante parte del financiamiento del sistema de salud depende de fuentes privadas como los hogares y los empleadores privados (Ilustración 17).

Ilustración 17 – Estructura de Gasto por fuente de financiamiento, Bolivia, 2007



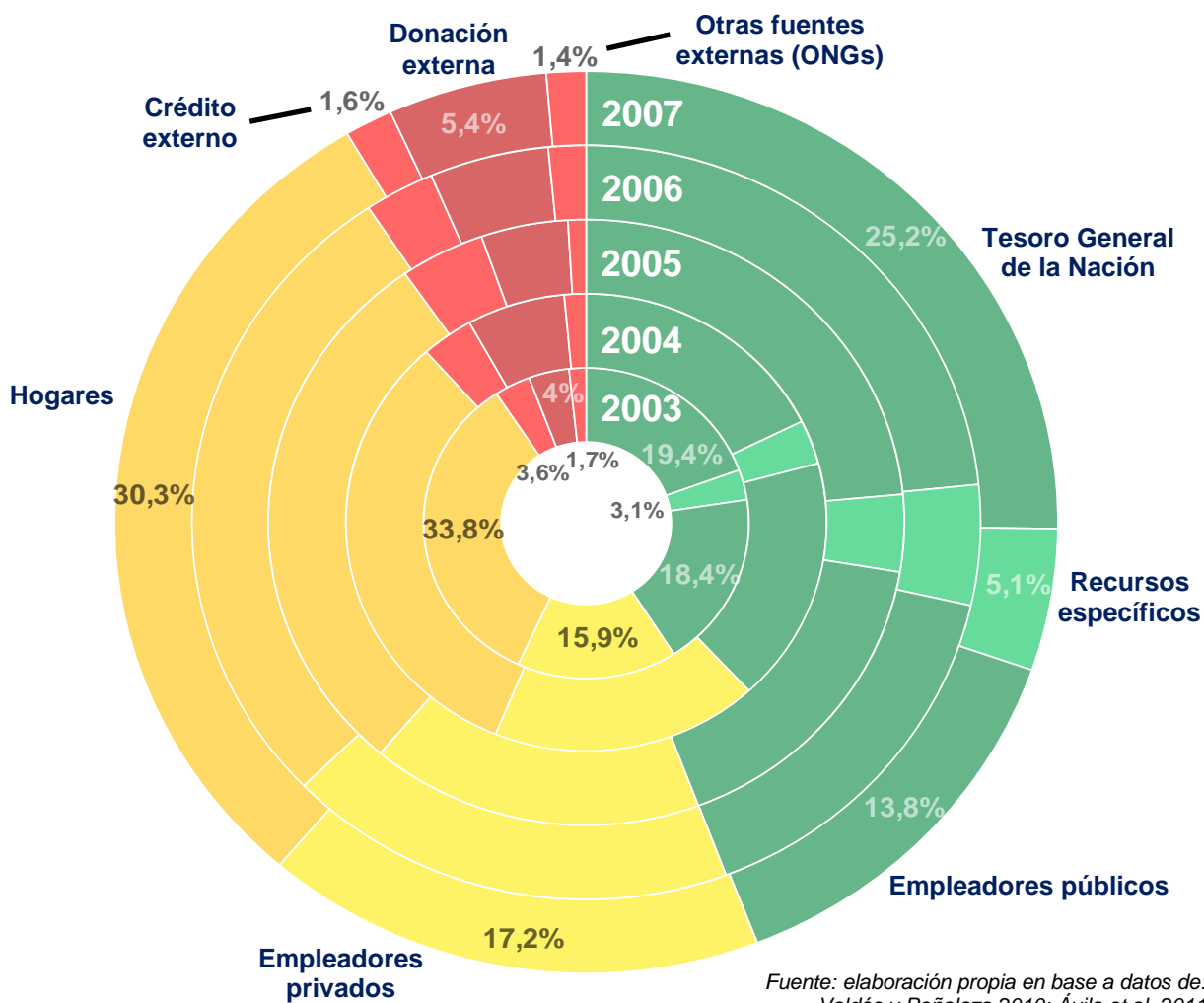
Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila *et al.* 2011

De acuerdo con la clasificación utilizada en los dos estudios de cuentas de salud, las fuentes de financiamiento públicas incluyen el Tesoro General de la Nación (compuesto por el organismo financiador TGN, la coparticipación tributaria, el Impuesto Directo a Hidrocarburos, etc.), los recursos específicos (regalías y recursos provenientes de la venta de servicios de salud en el subsector público, entre otros) y los empleadores públicos (cotizaciones de seguridad social estatal pagadas para empleados del Gobierno General o de empresas públicas).

Las fuentes privadas están compuestas por los empleadores privados (cotizaciones de seguridad social o seguros privados pagados por empleadores privados) y los hogares (cotizaciones de seguridad social, seguros privados y gasto de bolsillo). Finalmente, las fuentes externas incluyen donaciones y créditos externos (manejados por los agentes de financiamiento estatales) y las demás fuentes externas (gasto de las ONGs, para las cuales es discutible la mención de financiamiento externo).

Las fuentes de financiamiento públicas representan entonces menos de la mitad del gasto en salud (44,1% en 2007, previsión de 45,8% para 2008), pero su peso a evolucionado de forma positiva a partir del año 2005, ya que las fuentes públicas representaban solamente el 38,1% del gasto en salud en el año 2004, y el 40,9% en el año 2003 (ilustración 18 y cuadro 25).

Ilustración 18 – Evolución de la estructura de gasto por fuente, Bolivia, 2003-07



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

En particular, se debe destacar el incremento de la participación del Tesoro General de la Nación en el gasto total a partir del año 2005, llegando este año a financiar el 23,5% del gasto total en salud mientras que en el 2004, solo financiaba el 17,7% del gasto. En 2007, el Tesoro General de la Nación financiaba directamente e indirectamente (a través de transferencias) el 25,2% del gasto total en salud y se proyecta para el año 2008 una participación del 26,7%. De la misma manera, se incrementó la proporción del gasto en salud financiado por recursos específicos (principalmente de los Municipios y de las Prefecturas), del 3,1% en 2003 al 5,1% en 2007 y 2008.

Sin embargo, el porcentaje de gasto en salud financiado con fuentes públicas no se incrementó en proporciones similares al Tesoro General de la Nación, debido a una disminución del financiamiento de los empleadores públicos: en el año 2003, las cotizaciones sociales de los empleadores públicos financiaban el 18,4% del gasto total en salud, mientras que para 2007 y 2008, financiaban solamente el 13,8% del gasto total en salud.

En cuanto a los hogares, su participación en el gasto total en salud, a partir del pago de bolsillo, primas de seguros privados y cotizaciones voluntarias de seguridad social, disminuyó durante el periodo: en el año 2003, los hogares financiaban el 33,8% del gasto total en salud, mientras que para 2007, este porcentaje había disminuido a 30,3%.

Cuadro 25 – Evolución de la estructura de gasto por tipo de fuente, Bolivia, 2003-08

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Fuentes nacionales	90,7%	88,4%	90,3%	90,7%	91,6%	91,9%
Fuentes públicas	40,9%	38,1%	44,3%	44,2%	44,1%	45,8%
Fuentes privadas	49,8%	50,3%	46,1%	46,5%	47,5%	46,2%
Fuentes externas	9,3%	11,6%	9,7%	9,3%	8,4%	8,1%

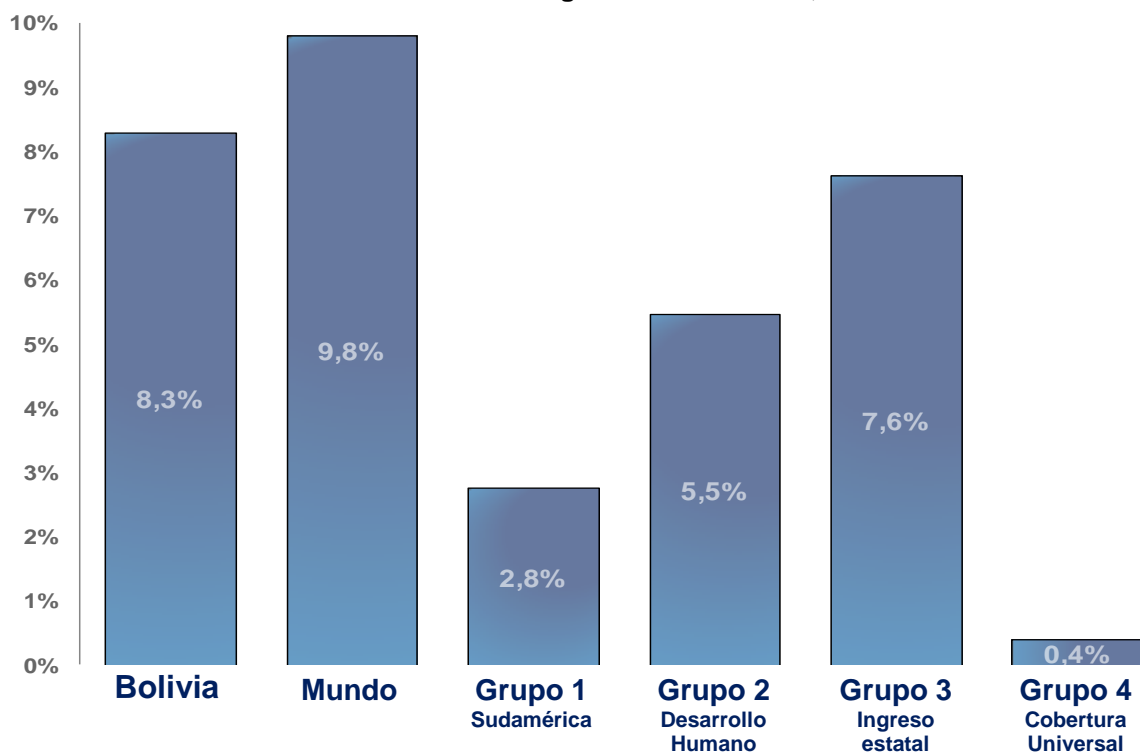
Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Comparando a nivel internacional la estructura de fuentes de financiamiento nacionales y externas, se constata que Bolivia muestra una proporción de financiamiento con fuentes externas dentro de lo promedio para los países de ingreso medio-bajo, sin que el financiamiento externo se vuelva fundamental como en algunos países de África: de 189 países con datos disponibles, 57 tienen un financiamiento externo que representa más del 10% del gasto total en salud, de los cuales 33 son del continente africano (ilustración 19).

Sin embargo, a nivel latinoamericano, el promedio de financiamiento externo es de 3,3% del gasto total en salud (2,8% para Sudamérica), y solamente Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua tienen una mayor dependencia al financiamiento externo que Bolivia para el año 2008, con 23,7%, 34,7%, 10,4% y 10,3% respectivamente. Solo a nivel de Sudamérica, se puede observar que Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Perú, Uruguay y Venezuela prácticamente no tienen financiamiento externo (menos del 0,1% del gasto total) y que los demás países, a la excepción de Guyana, tienen una muy baja dependencia al financiamiento externo.

De acuerdo con estos datos, se constata entonces que Bolivia tiene mayor proporción de financiamiento externo que sus vecinos, lo que significa que también tiene mayor dependencia al financiamiento externo, para el cual es a veces más difícil hacer coincidir con las prioridades nacionales en salud. Analizando por agente de financiamiento, se constata que algunos, como el Ministerio de salud y las Instituciones descentralizadas tienen una alta dependencia al financiamiento externo (ver acápite III.4.2).

Ilustración 19 – Comparación internacional del % de financiamiento externo dentro del gasto total en salud, 2008



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Ávila et al. 2011; OMS 2010

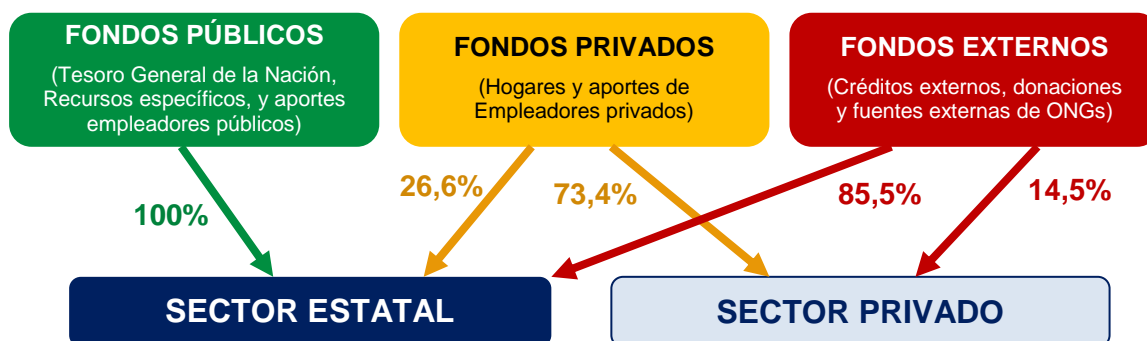
III.4.2. Destino del gasto en salud por fuentes de financiamiento

Analizando el destino de las diferentes fuentes de financiamiento para todo el periodo 2003-2008 (ilustración 20 y cuadro 26 para las fuentes detalladas), se constata que los fondos públicos financian solamente el sector estatal, principalmente el subsector público (63,8%), lo restante financia la Seguridad Social estatal.

En cambio, las fuentes privadas nacionales no contribuyen solamente al financiamiento del sector privado, sino también del sector estatal a través del pago de cotizaciones sociales a Instituciones de la Seguridad Social Estatal por parte de los empleadores privados y en menor proporción, de los hogares. Así, se puede constatar que la Caja Petrolera de Salud y la Caja de Caminos y Ramas Anexas son entidades de seguridad social estatales, pero que tienen un financiamiento principalmente privado. De la misma forma, la Caja Nacional de Salud tiene una importante proporción de su financiamiento de origen privado (42,5% en 2007 de acuerdo con el estudio de W. Valdés y R. Peñaloza) y solamente los seguros universitarios, la Caja de la Banca Estatal y el COSSMIL tienen un financiamiento casi exclusivamente público.

Por otra parte, los hogares también participan al financiamiento del sub-sector público, pero este entra dentro de las cuentas nacionales como recursos específicos (considerado como fuente pública) sin poder diferenciar lo que aportan los hogares como pago de bolsillo en el subsector público y lo que son otros recursos específicos de los gobiernos Municipales. Sí, se puede constatar en el cuadro 23 que la mayor parte de la fuente hogar está dirigida al gasto de bolsillo (93,8%), y que solamente el 6,2% de esta fuente se destina a seguros, estatales o privados.

Ilustración 20 – Destino de las diferentes fuentes de financiamiento, Bolivia, 2003-08



Agente \ Fuente	Fondos Públicos	Fondos Privados	Fondos Externos
Administración Central	8,9%	0%	34,5%
Prefecturas	33,5%	0%	14,8%
Gobiernos Municipales	20,9%	0%	27,9%
Inst. Descentralizadas	0,5%	0%	8,3%
Seguridad Social estatal	36,2%	26,6%	0%
Seguridad Social privada	0%	4,7%	0%
Seguros Privados	0%	9,3%	0%
Hogares	0%	59,4%	0%
ONGs	0%	0%	14,5%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Cuadro 26 – Destino de las diferentes fuentes de financiamiento, Bolivia, 2003-08

Fuente	FONDOS PÚBLICOS		FONDOS PRIVADOS		FONDOS EXTERNOS		
	TGN y R. específicos	Empleador Público	Empleador privado	Hogar	Crédito Externo	Donación Externa	Resto del Mundo (ONG)
SECTOR ESTATAL	100,0%	100,0%	71,1%	0,8%	100,0%	100,0%	0,0%
Administración Central	14,0%	0%	0%	0%	73,6%	23,9%	0%
Prefecturas	52,5%	0%	0%	0%	0%	25,9%	0%
Gobiernos Municipales	32,7%	0%	0%	0%	11,7%	42,9%	0%
Inst. Descentralizadas	0,7%	0%	0%	0%	14,6%	7,3%	0%
S.Social estatal	0%	100,0%	71,1%	0,8%	0%	0%	0%
SECTOR PRIVADO	0,0%	0,0%	28,9%	99,2%	0,0%	0,0%	100,0%
S.Social privada	0%	0%	12,4%	0,2%	0%	0%	0%
Seguros Privados	0%	0%	16,5%	5,2%	0%	0%	0%
Hogares	0%	0%	0%	93,8%	0%	0%	0%
ONGs	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Finalmente, se puede constatar que durante el periodo 2003-2008, las fuentes externas financiaron principalmente el subsector público y en particular el Ministerio de Salud y Deportes: en el periodo 2003-08, el 73,6% del gasto en salud financiado por créditos externos y el 23,9% del gasto financiado por donaciones fueron administrados por el Ministerio de Salud y Deportes (cuadro 26). Los Gobiernos Municipales constituyen el segundo agente que más se beneficia de los fondos externos, ya que el 27,9% del gasto financiado por recursos externos se dirige a este agente de financiamiento (ilustración 20).

Debido a esta distribución de las fuentes de financiamiento, los diferentes agentes que componen al sistema de salud tienen una estructura de gasto en salud según fuentes de financiamiento totalmente diferente, y en particular un diferente grado de dependencia al financiamiento externo o a fuentes privadas nacionales: así, para todo el periodo 2003-2008, solamente el 54,8% del gasto en salud de la Administración Central y el 20,8% del gasto en salud de las Instituciones Descentralizadas fue financiado con recursos públicos nacionales. En cambio, las Prefecturas Departamentales tienen baja dependencia hacia los recursos externos, ya que el 91,4% de su gasto en salud en el periodo 2003-2008 fue financiado con recursos públicos (principalmente del Tesoro General de la Nación para el pago de recursos humanos en salud). En cuanto a los Gobiernos Municipales, el 77,8% de su gasto en el periodo 2003-2008 fue financiado con recursos públicos nacionales, pero tienen una importante proporción de financiamiento por donación externa, principalmente para infraestructuras (cuadro 27).

Por otra parte, la Seguridad Social estatal no recibe fondos externos, pero su financiamiento depende en gran magnitud de las fuentes privadas, que financiaron el 44,7% de su gasto en salud durante el periodo 2003-2008. Las fuentes privadas que financian las Instituciones de la Seguridad Social son principalmente los empleadores privados, ya que las contribuciones voluntarias de los hogares son casi insignificantes, y representan menos del 1% de las fuentes de financiamiento de la Seguridad Social estatal (cuadro 27).

Cuadro 27 – Evolución de la estructura de gasto de los agentes según fuente de financiamiento, Bolivia, 2003-08

Indicador	FONDOS PÚBLICOS		FONDOS PRIVADOS		FONDOS EXTERNOS		
	Gobierno General	Empleador Público	Empleador privado	Hogar	Crédito Externo	Donación Externa	Resto del Mundo (ONG)
SECTOR ESTATAL	43,3%	24,5%	19,4%	0,4%	4,1%	8,3%	0,0%
Administración Central	54,8%	0,0%	0,0%	0,0%	27,3%	17,9%	0,0%
Prefecturas	91,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,6%	0,0%
Gobiernos Municipales	77,8%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	19,6%	0,0%
Inst. Descentralizadas	20,8%	0,0%	0,0%	0,0%	39,4%	39,8%	0,0%
S.Social estatal	0,0%	55,3%	43,8%	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%
SECTOR PRIVADO	0,0%	0,0%	13,9%	82,4%	0,0%	0,0%	3,7%
S.Social privada	0,0%	0,0%	97,5%	2,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Seguros Privados	0,0%	0,0%	65,0%	35,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Hogares	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%
ONGs	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
TOTAL AGENTES	27,6%	15,6%	17,4%	30,1%	2,6%	5,3%	1,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

III.4.3. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según fuente de financiamiento

En cuanto a montos gastados a partir de las diferentes fuentes de financiamiento, todas las fuentes incrementaron su aporte al gasto en salud, a la excepción de los créditos externos, que disminuyeron entre 2003 y 2008. Las fuentes que tuvieron el mayor incremento entre 2003 y 2008 fueron los recursos específicos, las donaciones externas y el Tesoro General de la Nación con una tasa de crecimiento 2003-2008 de respectivamente 176,3%, 146,7% y 125,4%.

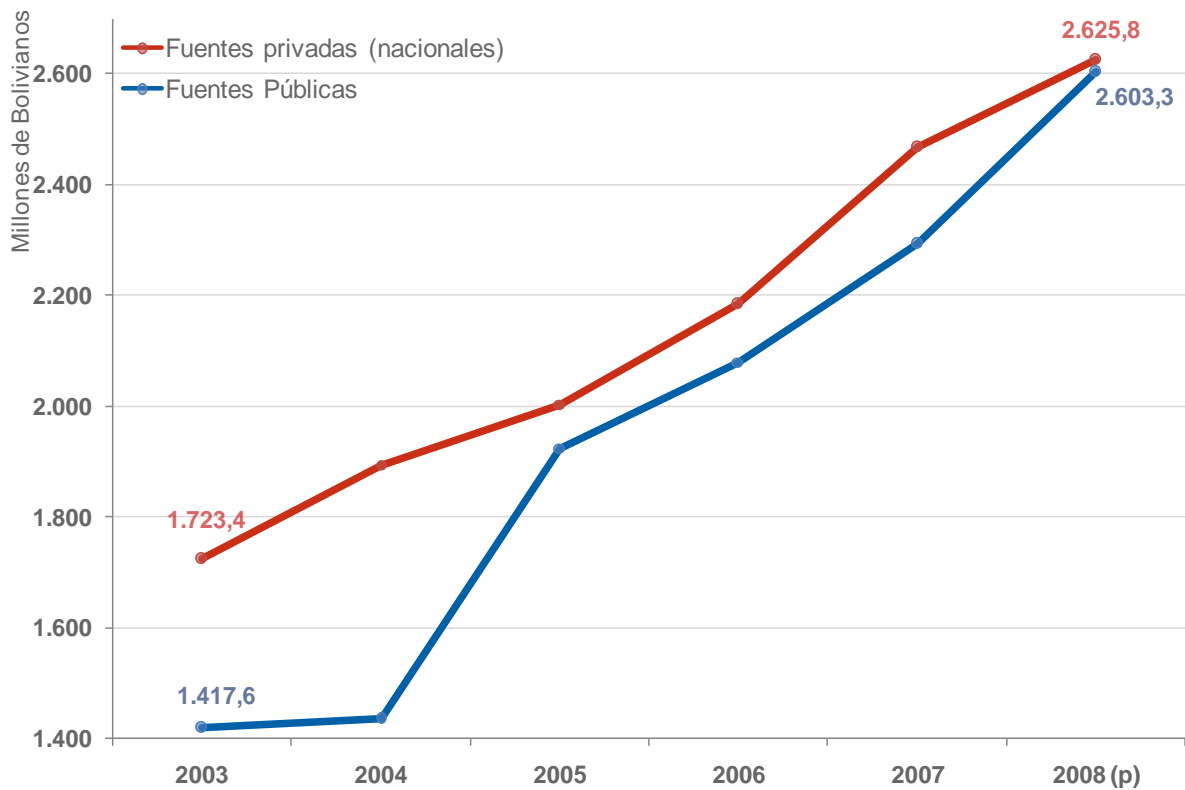
A nivel agregado, las fuentes de financiamiento públicas son las que tuvieron mayor incremento a nivel de gasto, con una tasa de crecimiento acumulada de 83,6% para el periodo 2003-2008. En cuanto a las fuentes externas, estas tuvieron un crecimiento importante en el año 2004, para luego mostrar una estancación en valor nominal (cuadro 28). Por otra parte, las fuentes nacionales privadas, constituidas principalmente por los pagos de bolsillo de los hogares y por las cotizaciones de seguridad social de los empleadores privados, han mostrado un crecimiento nominal entre 2003 y 2007 de 43,1%, y de 52,4% si se considera las estimaciones para el año 2008, para alcanzar un gasto de 2.625.8 millones de bolivianos en 2008 (cuadro 28).

Cuadro 28 – Evolución del gasto en valor nominal por tipo de fuente, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por fuente (agregado)		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Fuentes nacionales	En millones de bolivianos	3.141,0	3.327,1	3.926,3	4.262,7	4.759,0	5.229,1
	(crecim. anual)	-	5,9%	18,0%	8,6%	11,6%	9,9%
	(crecimiento acumulado)	-	5,9%	25,0%	35,7%	51,5%	66,5%
Fuentes nacionales públicas	En millones de bolivianos	1.417,6	1.433,7	1.923,6	2.078,9	2.292,4	2.603,3
	(crecim. anual)	-	1,1%	34,2%	8,1%	10,3%	13,6%
	(crecimiento acumulado)	-	1,1%	35,7%	46,6%	61,7%	83,6%
Fuentes nacionales privadas	En millones de bolivianos	1.723,4	1.893,4	2.002,7	2.183,8	2.466,5	2.625,8
	(crecim. anual)	-	9,9%	5,8%	9,0%	12,9%	6,5%
	(crecimiento acumulado)	-	9,9%	16,2%	26,7%	43,1%	52,4%
Fuentes externas	En millones de bolivianos	322,1	435,9	420,4	436,4	439,1	458,3
	(crecim. anual)	-	35,3%	-3,6%	3,8%	0,6%	4,4%
	(crecimiento acumulado)	-	35,3%	30,5%	35,5%	36,3%	42,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Partiendo de un nivel de gasto en salud menor, las fuentes de financiamiento públicas, con un financiamiento de Bs. 2.603,3 millones, llegaron entonces al 2008 a aproximadamente el mismo nivel de gasto en salud que las fuentes privadas (Bs. 2.625,8 millones), gracias a un crecimiento anual promedio de 13,4% en el periodo 2003-2008, mientras que el crecimiento promedio anual de las fuentes privadas fue de 8,8%. Eso se debe principalmente al incremento del gasto financiado por el Tesoro General de la Nación y por recursos específicos, que tuvieron una tasa de crecimiento anual promedio de 19% y 23,7% respectivamente, particularmente marcada en el año 2005 (53,6% y 52,4% de incremento este año respectivamente) (cuadro 28 e ilustración 21).

Ilustración 21 – Gasto en valor nominal según fuente nacional (Bs. Millones), Bolivia, 2003-08

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Analizando más a detalle el financiamiento del gasto en salud en valor nominal según las diferentes fuentes de financiamiento, se constata que el crecimiento del gasto financiado por el Sector público se debe sobre todo al crecimiento del financiamiento del Tesoro General de la Nación (que incluye TGN, coparticipación, IDH, etc.) y de los recursos específicos, que tuvieron un incremento acumulado en el periodo 2003-2008 de 125,4% (de Bs. 673,3 millones a Bs. 1.517,3 millones) y 176,3% (de Bs. 108,6 millones a Bs. 300,2 millones) respectivamente (cuadro 29).

Cuadro 29 – Gasto nominal según fuentes de financiamiento públicas, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por fuente de financiamiento		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Tesoro General de la Nación	En millones de bolivianos	673,3	665,7	1.022,4	1.099,3	1.311,3	1.517,3
	(crecimiento acumulado)	-	-1,1%	51,9%	63,3%	94,8%	125,4%
Recursos específicos	En millones de bolivianos	108,6	116,9	178,1	242,3	264,7	300,2
	(crecimiento acumulado)	-	7,6%	64,0%	123,1%	143,7%	176,3%
Empleadores Públicos	En millones de bolivianos	635,7	651,1	723,0	737,4	716,4	785,8
	(crecimiento acumulado)	-	2,4%	13,7%	16,0%	12,7%	23,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Las demás fuentes de financiamiento que mostraron un crecimiento notable son las donaciones externas (+146,7% en el periodo 2003-08), con un incremento del gasto en salud de Bs. 139,3 millones en el año 2003 hasta Bs. 343,7 millones en el 2008; en el mismo periodo, el gasto en salud financiado por los empleadores privados tuvo un crecimiento de 81,4%, de Bs. 551,7 millones en el año 2003 a Bs. 1.000,9 en el año 2008 (cuadro 30).

En cuanto a montos gastados, los hogares siguen siendo la principal fuente de financiamiento desde el año 2003 (Bs. 1.574,7 millones para la gestión 2007), a pesar del fuerte crecimiento del financiamiento del Tesoro General de la Nación, que constituye la segunda fuente de financiamiento. Sin embargo, si se agrega empleadores públicos y empleadores privados, estos constituyen la principal fuente de financiamiento en salud delante del TGN y de los hogares, con un financiamiento total de 1.786,8 millones de bolivianos para la gestión 2008 (cuadros 29 y 30).

Cuadro 30 – Evolución del gasto nominal según fuentes de financiamiento privadas y externas, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por fuente de financiamiento		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Empleadores Privados	En millones de bolivianos	551,7	681,1	737,9	866,9	891,8	1.000,9
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	23,5%	33,8%	57,1%	61,7%	81,4%
Hogares	En millones de bolivianos	1.171,7	1.212,3	1.264,8	1.317,0	1.574,7	1.624,9
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	3,5%	7,9%	12,4%	34,4%	38,7%
Créditos Externos	En millones de bolivianos	124,5	132,1	187,6	134,9	85,5	45,8
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	6,1%	50,7%	8,4%	-31,3%	-63,2%
Donaciones Externas	En millones de bolivianos	139,3	248,7	192,8	229,1	283,3	343,7
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	78,5%	38,4%	64,5%	103,4%	146,7%
Resto del Mundo (ONGs)	En millones de bolivianos	58,3	55,1	40,1	72,4	70,3	68,9
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	-5,5%	-31,3%	24,1%	20,5%	18,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

III.4.4. Nivel y evolución del gasto en valor real según fuente de financiamiento

El incremento del gasto según fuente de financiamiento también se debe analizar en valor real, ya que en el periodo 2003 – 2007, la mitad del incremento del gasto total en salud se debe a la inflación (incremento de los precios). Así, el crecimiento real de las fuentes de financiamiento públicas fue de solamente 35,1% en todo el periodo 2003-2008, principalmente gracias al incremento observado en el año 2005, ya que el crecimiento real anual en los siguientes años, de 2006 a 2008, fue siempre inferior a 5% (cuadro 31). Este crecimiento se debe poner en paralelo con el crecimiento nominal del financiamiento público de 86,3%, demostrando que gran parte del incremento del gasto financiado por fuentes públicas fue debido solamente a la inflación.

En cuanto a las fuentes privadas, estas muestran un crecimiento real acumulado de 21,6% entre 2003 y 2007, principalmente debido al incremento del financiamiento de los empleadores privados.

A nivel agregado, las fuentes públicas y privadas nacionales tuvieron en el periodo 2003-2008 un crecimiento real de 26,4%, mucho mayor al crecimiento del financiamiento externo (solamente 8,2% en el periodo 2003-2008). Estas, fuentes, externas, si bien han permitido en el año 2008 el financiamiento de un gasto real superior a su gasto en salud del año 2003, esto se debe únicamente al fuerte crecimiento real observado en el año 2004 (+ 31,7%), ya que el gasto en valor real financiado por fuentes externas está disminuyendo continuamente desde el 2005 (cuadro 31).

Cuadro 31 – Evolución del gasto en valor real por fuente de financiamiento, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por fuente (agregado)		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Fuentes nacionales	En millones de Bs. de 2003	3.032,4	3.114,2	3.524,5	3.625,8	3.788,1	3.833,0
	(crecim. real)	-	2,7%	13,2%	2,9%	4,5%	1,2%
	(crecimiento acumulado)	-	2,7%	16,2%	19,6%	24,9%	26,4%
Fuentes nacionales públicas	En millones de Bs. de 2003	1.309,0	1.270,2	1.640,9	1.644,5	1.693,1	1.768,9
	(crecim. real)	-	-3,0%	29,2%	0,2%	3,0%	4,5%
	(crecimiento acumulado)	-	-3,0%	25,4%	25,6%	29,3%	35,1%
Fuentes nacionales privadas	En millones de Bs. de 2003	1.723,4	1.844,0	1.883,6	1.981,3	2.095,1	2.064,1
	(crecim. real)	-	7,0%	2,1%	5,2%	5,7%	-1,5%
	(crecimiento acumulado)	-	7,0%	9,3%	15,0%	21,6%	19,8%
Fuentes externas	En millones de Bs. de 2003	322,1	424,3	389,5	388,3	360,8	348,5
	(crecim. real)	-	31,7%	-8,2%	-0,3%	-7,1%	-3,4%
	(crecimiento acumulado)	-	31,7%	20,9%	20,6%	12,0%	8,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

Analizando más a detalle el crecimiento real del financiamiento proveniente de las diferentes fuentes, se puede observar que solamente el financiamiento por recursos específicos ha sido al menos doblado en el periodo 2003-2008, gracias a dos fuertes incrementos consecutivos en los años 2005 y 2006 para luego mantenerse (cuadro 32). Por su parte, el financiamiento del Tesoro General de la Nación tuvo un incremento real de 73,9% entre 2003 y 2008, y el crecimiento real relativamente medio del consolidado de las fuentes públicas (cuadro 31) se debe a la disminución del gasto real de los empleadores públicos, de 6% entre 2003 y 2008 (cuadro 32).

En cuanto a las fuentes privadas, el incremento real del gasto en salud se debe particularmente al crecimiento del financiamiento de los empleadores privados (+40,9% en el periodo 2003-2008), ya que el crecimiento real del financiamiento de los hogares fue de solamente 9,8% en el periodo considerado (cuadro 32).

Finalmente, se puede analizar que el crecimiento del gasto en salud financiado mediante fuentes externas se debe exclusivamente al incremento real de las donaciones externas (crecimiento real de 91% en el periodo 2003-2008), ya que el gasto en salud financiado por créditos externos y por ONGs mostró un descenso real entre 2003 y 2008 de 77,1% y 7,6% respectivamente (cuadro 32).

Cuadro 32 – Tasa de crecimiento real acumulada del gasto en salud según fuentes de financiamiento, Bolivia, 2003-08

Fuente de Financiamiento	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
1. FUENTES PÚBLICAS						
Tesoro General de la Nación	-	-4,9%	42,3%	46,4%	63,3%	73,9%
Recursos específicos	-	4,0%	54,2%	102,0%	104,7%	112,9%
Empleadores Públicos	-	-0,9%	7,4%	3,6%	-6,6%	-6,0%
2. FUENTES PRIVADAS NACIONALES						
Empleadores Privados	-	20,3%	26,6%	42,4%	36,2%	40,9%
Hogares	-	0,7%	1,2%	2,1%	14,7%	9,8%
3. FUENTES EXTERNAS						
Créditos Externos	-	2,3%	40,1%	-4,8%	-47,7%	-77,1%
Donaciones Externas	-	74,6%	28,2%	46,8%	69,9%	91,0%
Resto del Mundo (ONGs)	-	-7,9%	-37,2%	12,1%	1,2%	-7,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

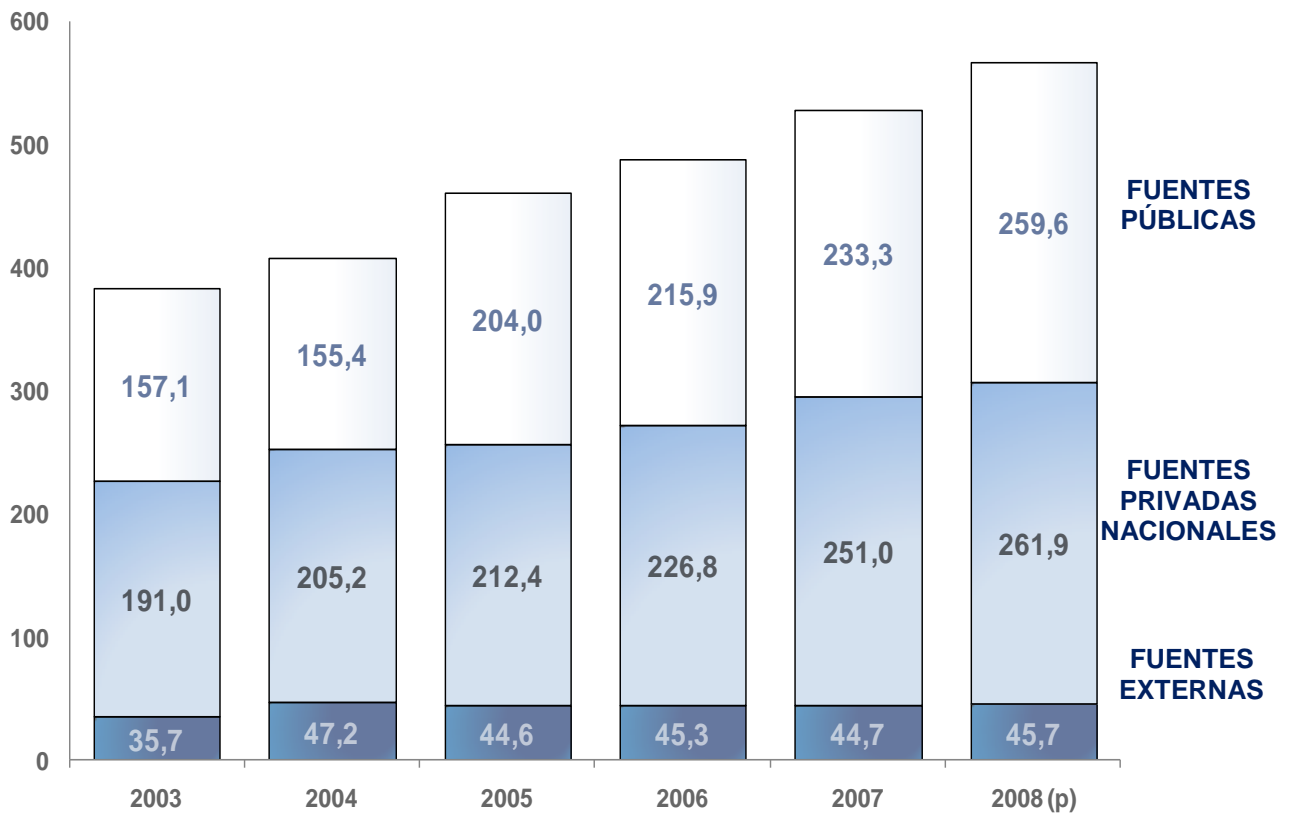
III.4.5. Gasto en salud per cápita, según fuente de financiamiento

El gasto total en salud per cápita (en valor nominal), que varía de Bs. 383,7 por habitante en 2003 a Bs. 567,2 en 2008 (cuadro 7) puede ser repartido entre las diferentes fuentes de financiamiento, resultando para la gestión 2008 en un gasto por habitante de Bs. 259,6 financiado mediante las fuentes públicas, Bs. 261,9 financiado por fuentes privadas y Bs. 45,7 financiado por fuentes de financiamiento externas. En forma agregada, las fuentes de financiamiento nacionales, públicas y privadas corresponden para la gestión 2007 a un gasto por habitante de Bs. 484,3 y de 521,5 según estimaciones para la gestión 2008 (ilustración 22).

Durante el periodo 2003-2008, se redujeron las diferencias entre el financiamiento público y el financiamiento privado, ya que la diferencia de gasto per cápita entre ambos tipos de fuentes era de Bs. 33,9 por habitante en el año 2003 y de Bs. 2,2 en el año 2008, debido a un mayor incremento del gasto per cápita financiado mediante fuentes públicas.

Analizando cada fuente (cuadro 33), se constata que para la gestión 2007, el financiamiento de los hogares corresponde a Bs. 160 por habitante, representando Bs. 881 por familia tomando en cuenta la tasa global de fecundidad para 2008 (MSyD e INE 2009), es decir 1,68 salarios mínimos nacionales según la escala vigente este año (Gaceta oficial de Bolivia 2007). En el año 2003, esta relación era de Bs. 753 por familia tomando en cuenta la tasa global de fecundidad para 2003 (MSyD e INE 2009), es decir 1,71 salarios mínimos nacionales según la escala vigente este año (Gaceta oficial de Bolivia 2003).

Ilustración 22 – Gasto per cápita (Bs.) en valor nominal según tipo de fuente, Bolivia, 2003-08



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005;

Cabe señalar que se está utilizando para el cálculo del financiamiento per cápita el mismo denominador para todas las fuentes: la población total de Bolivia estimada por el Instituto Nacional de Estadísticas ya que no se pueden separar los beneficiarios según fuente de financiamiento.

En la gestión 2007, la segunda fuente de financiamiento era el Tesoro General de la Nación con Bs. 133,4 por habitante. Agregando empleadores privados y públicos, estos financiaban en la gestión 2007 un promedio de Bs. 163,6 por habitante y de Bs. 178,2 en el 2008 (cuadro 33).

Cuadro 33 – Gasto per cápita (Bs.) en valor nominal según fuente, Bolivia, 2003-08

Gasto en salud por fuente de financiamiento		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Tesoro General de la Nación	Bs. / habitante	74,6	72,2	108,5	114,2	133,4	151,3
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	-3,3%	45,4%	53,1%	78,9%	102,8%
Recursos específicos	Bs. / habitante	12,0	12,7	18,9	25,2	26,9	29,9
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	5,3%	57,0%	109,1%	123,8%	148,7%
Empleadores Públicos	Bs. / habitante	70,4	70,6	76,7	76,6	72,9	78,4
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	0,2%	8,9%	8,7%	3,5%	11,3%

Cuadro 33 - Gasto per cápita en valor nominal según fuente, Bolivia, 2003-08 (continuación)

Gasto en salud por fuente de financiamiento		2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Empleadores Privados	Bs. / habitante	61,1	73,8	78,3	90,0	90,7	99,8
	(crecimiento acumulado)	-	20,8%	28,1%	47,3%	48,5%	63,3%
Hogares	Bs. / habitante	129,8	131,4	134,2	136,8	160,2	162,0
	(crecimiento acumulado)	-	1,2%	3,3%	5,4%	23,4%	24,8%
Créditos Externos	Bs. / habitante	13,8	14,3	19,9	14,0	8,7	4,6
	(crecimiento acumulado)	-	3,8%	44,3%	1,6%	-36,9%	-66,9%
Donaciones Externas	Bs. / habitante	15,4	27,0	20,4	23,8	28,8	34,3
	(crecimiento acumulado)	-	74,6%	32,5%	54,2%	86,7%	122,0%
Resto del Mundo (ONGs)	Bs. / habitante	6,5	6,0	4,2	7,5	7,2	6,9
	(crecimiento acumulado)	-	-7,6%	-34,3%	16,3%	10,6%	6,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005;

Comparando internacionalmente el gasto per cápita según tipo de fuente, se constata que Bolivia tiene un menor gasto per cápita financiado por fuentes externas que países con mismo nivel de índice de desarrollo humano y mismo nivel de ingreso estatal, lo que podría indicar que Bolivia no recibe tanto apoyo externo como se puede observar en varios países en desarrollo (cuadro 34): así, el gasto con financiamiento externo es, en promedio de los países con mismo nivel de índice de desarrollo humano que Bolivia, de US\$ 11,8 por habitante para la gestión 2008, mientras que era de solamente US\$ 6,3 en Bolivia (cuadro 34).

Cuadro 34 – Comparación internacional del gasto per cápita según tipo de fuente, 2008

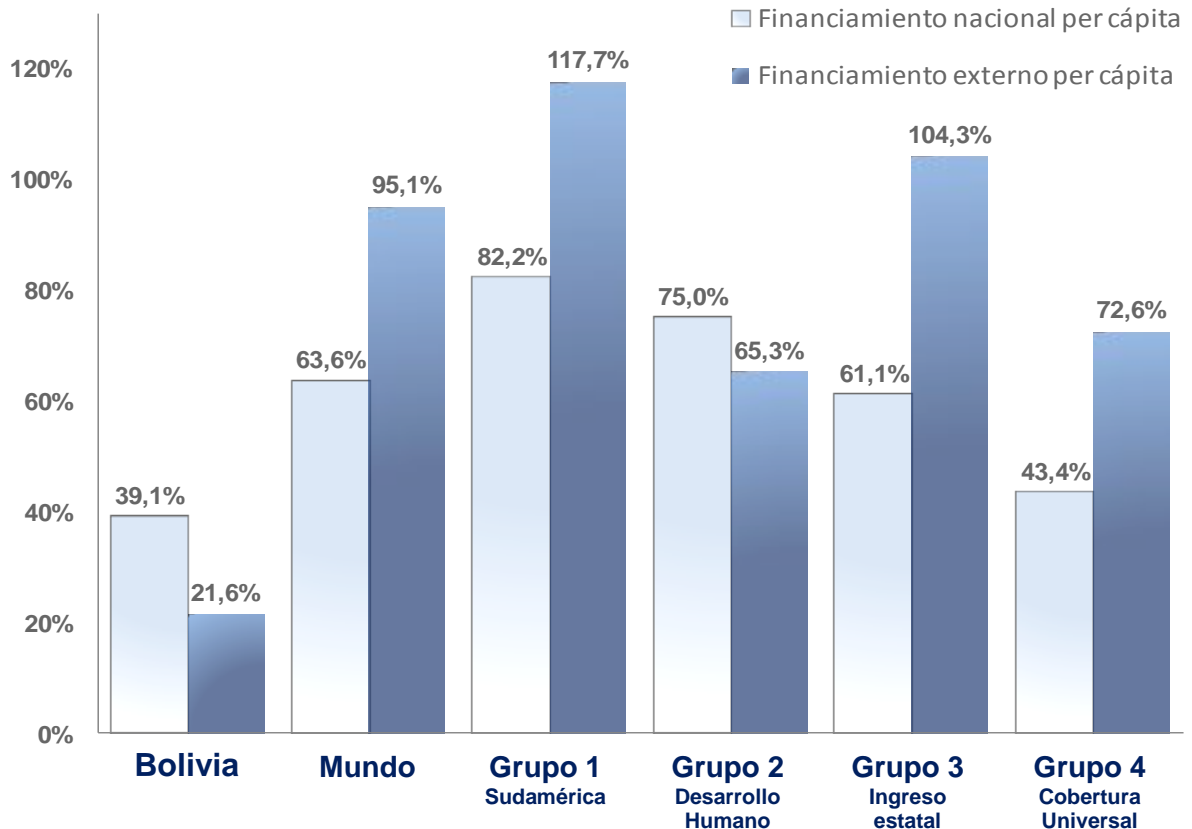
Gasto en salud per cápita (en US\$ y PPA)		BOLIVIA	Mundo	Grupo 1 Sudamérica	Grupo 2 Desarrollo humano	Grupo 3 Ingreso estatal	Grupo 4 Cobertura universal
Fuentes Nacionales	En US\$	71,6	981,8	444,5	231,6	158,9	2.617,7
	En PPA	188,6	966,3	649,6	381,5	269,6	2.289,6
Fuentes Externas	En US\$	6,3	18,0	4,5	11,8	10,6	5,9
	En PPA	16,5	25,4	8,1	18,5	18,7	5,1

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; OMS 2010

A nivel latinoamericano y Caribe, Guyana, Honduras, Nicaragua, Haití y Barbados son los países que reciben el mayor monto de financiamiento externo respecto a su población, con un gasto per cápita (en PPA) financiado con fuentes externas de \$ 58,5, \$ 25,9, \$ 25,9, \$ 23,8 y \$ 21,7 respectivamente para la gestión 2008 de acuerdo a estimaciones de la OMS (OMS 2010). Bolivia viene entonces en sexto lugar con un gasto per cápita de \$ 16,5 en paridad de poder adquisitivo financiado por fuentes externas (cuadro 34).

Además de mostrar niveles de gasto per cápita inferiores a los grupos de países comparados, las tasas de crecimiento de las fuentes nacionales y externas en Bolivia son también inferiores a lo que se puede observar en el mundo. Por ejemplo, mientras que el financiamiento con fuentes nacionales per cápita se incrementaba en Bolivia de 39,1% entre 2003 y 2007, este incremento era en promedio de 82,2% en Sudamérica y de 75% en los países con mismo nivel de índice de desarrollo humano. El incremento del financiamiento externo per cápita es aún más grande, con un crecimiento promedio de 104,3% en los países de mismo nivel de ingreso estatal (ilustración 23).

Ilustración 23 – Comparación internacional de la tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto en salud per cápita en valor nominal (UMN), según tipo de fuente

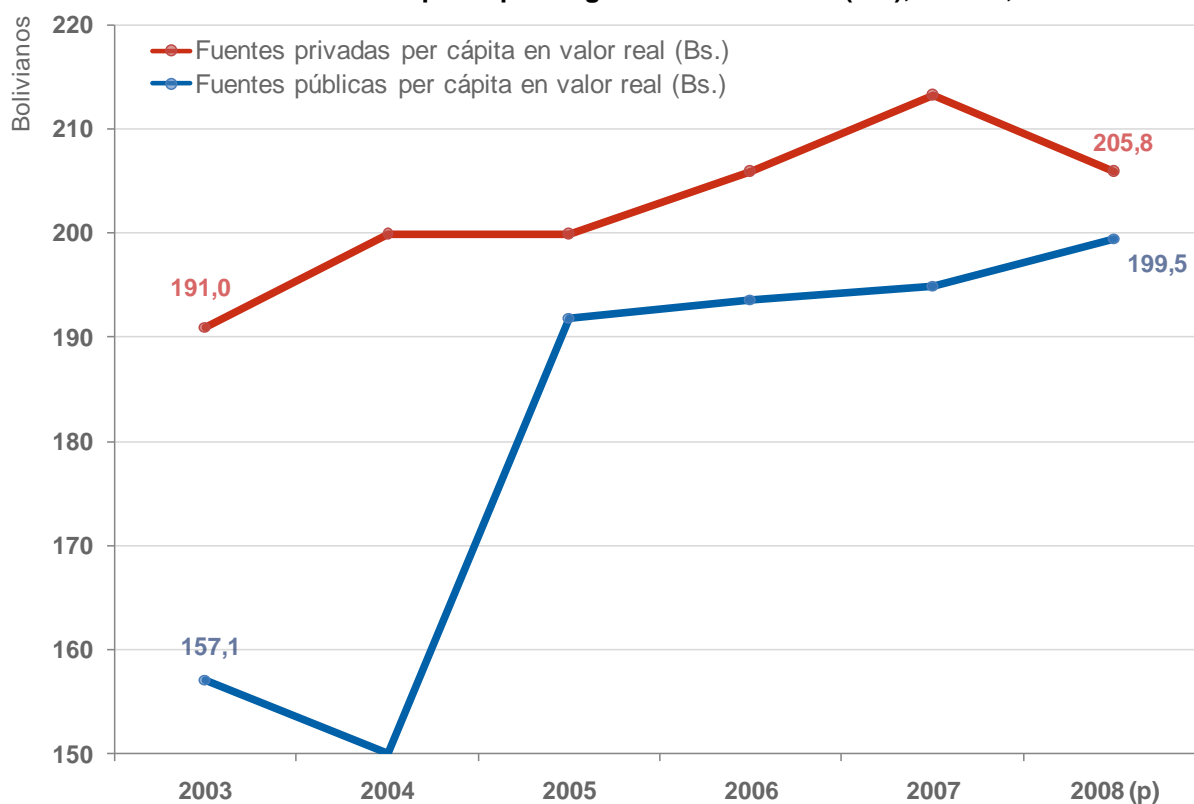


Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2005; OMS 2010

Analizando el crecimiento real del gasto per cápita de las diferentes fuentes de financiamiento, se puede observar que hubo un descenso en valor real del financiamiento externo por habitante (disminución de 2,6% entre 2003 y 2008) y una ligera aumentación del financiamiento de las fuentes privadas nacionales (+ 7,8% entre 2003 y 2008). En cambio, las fuentes públicas mostraron un incremento mayor, de 27% en el mismo periodo, pasando de un gasto per cápita, en bolivianos de 2003, de Bs. 157,1 en el año 2003 a Bs 199,5 en el año 2008 (ilustración 24).

Sin embargo, se puede observar en la ilustración 24 que el incremento del gasto real per cápita financiado con fuentes públicas se debe esencialmente al crecimiento observado en el año 2005 (crecimiento real de 28% en relación al año 2004), ya que en los años siguientes, de 2006 a 2008, el crecimiento anual fue de solamente 1,3% como promedio.

Ilustración 24 – Gasto real per cápita según fuente nacional (Bs.), Bolivia, 2003-08



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011

III.4.6. Ratios macroeconómicos del gasto según fuente de financiamiento

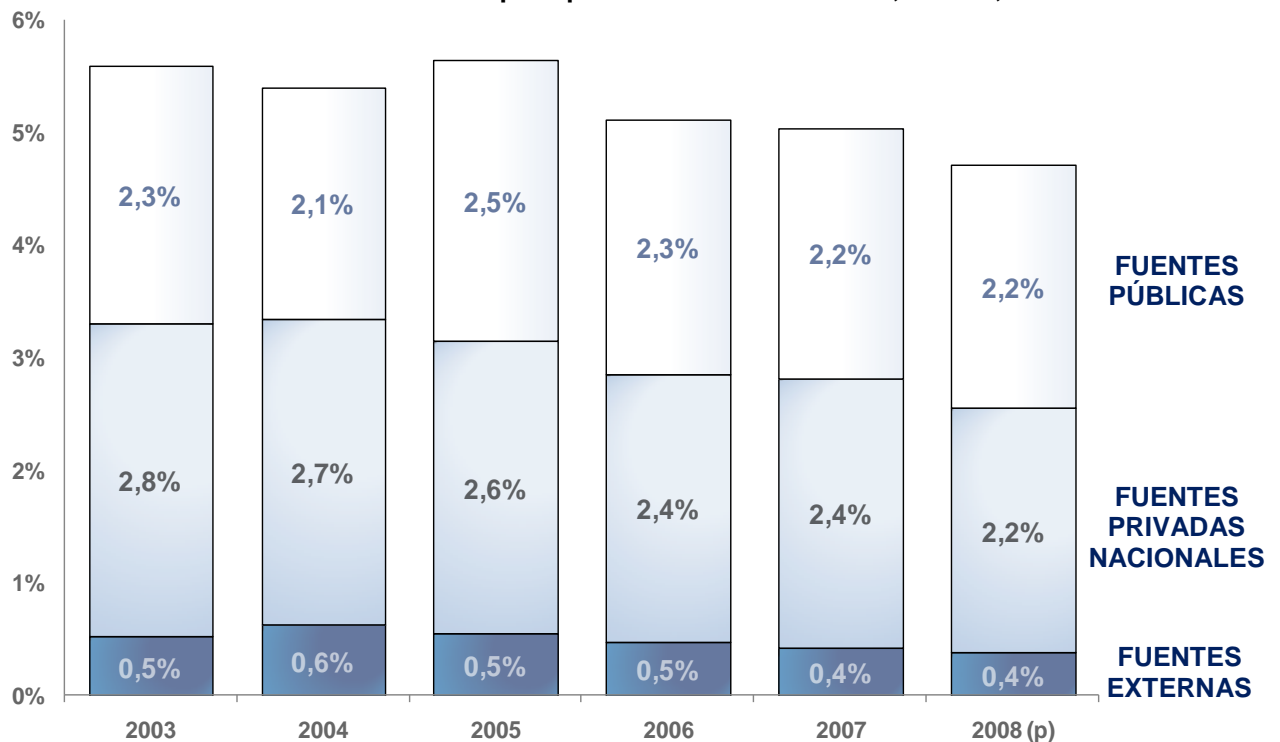
III.4.6.a. Gasto en salud según fuente de financiamiento en % del PIB

En cuanto al ratio macroeconómico de gasto en salud en % del producto interno bruto, se puede observar que la disminución de este de 5,6% en 2003 a 4,7% en 2008 se debe principalmente a las fuentes privadas nacionales, que muestran una disminución de su gasto en relación al producto interno bruto, de 2,8% en 2003 hasta 2,2% en el año 2008. En cambio, las fuentes públicas tienen un ratio de gasto en % del PIB relativamente estable, pasando de 2,3% del PIB en el año 2003 a 2,2% en los años 2007 y 2008, con un pico de 2,5% en el año 2005. Respecto a las fuentes externas, disminuyeron de 0,5% del PIB en el año 2003 a 0,4% en el año 2008 (ilustración 25).

Más específicamente, la fuente de financiamiento que tuvo mayor incremento significativo en relación al producto interno bruto es el Tesoro General de la Nación, cual financiamiento del gasto en salud representaba 1,3% del PIB en el año 2008 contra 1,1% en el año 2003. En cambio, el financiamiento del gasto en salud por parte de los hogares disminuyó en relación al PIB, de 1,9% en el año 2003 a 1,3% en el año 2008.

Finalmente, los empleadores disminuyeron su ratio de financiamiento en % del PIB de 1,9% en el año 2003 a 1,5% en el año 2008: los empleadores públicos pasaron de un ratio de 1% del PIB en el año 2003 a 0,7% en el 2008, mientras que los empleadores privados pasaron de un ratio de 0,9% en el año 2003 a 0,8% en el año 2008.

Ilustración 25 – Gasto en salud por tipo de fuente en % del PIB, Bolivia, 2003-2008



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; INE 2010

III.4.6.b. Gasto estatal en salud en % del gasto público y del gasto del gobierno general

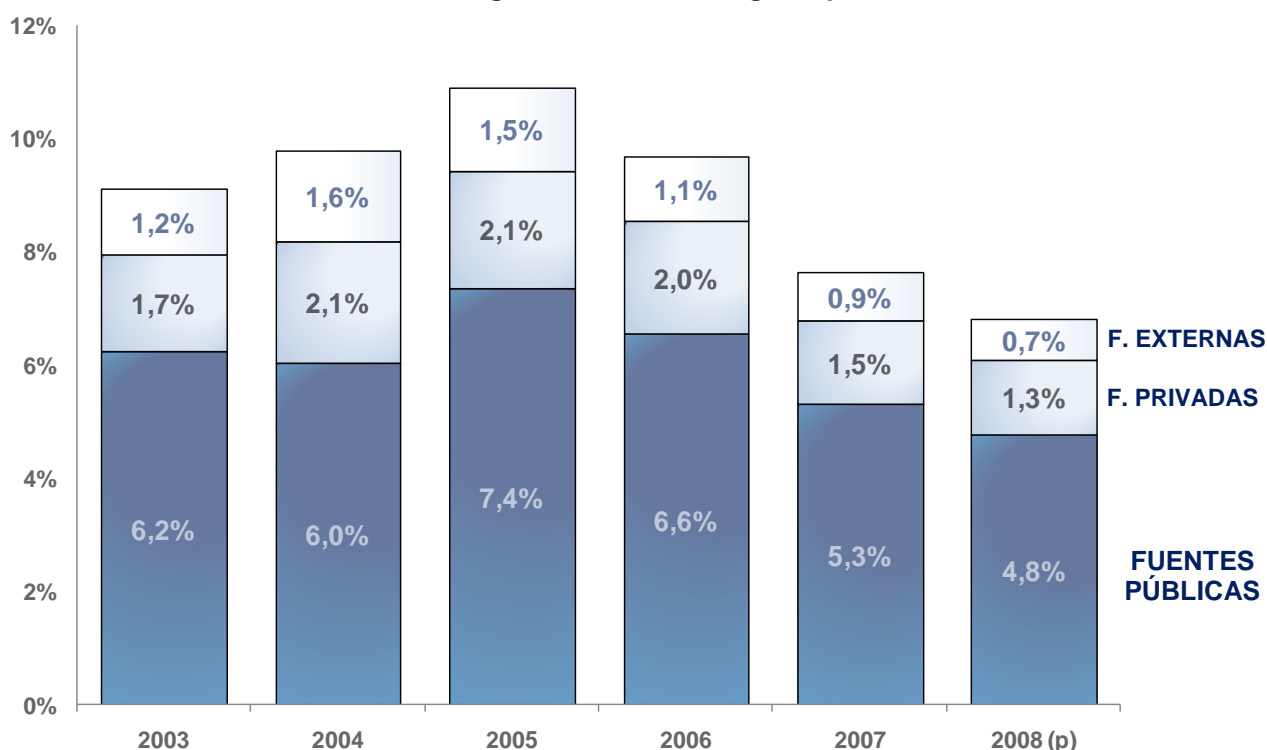
Para calcular el ratio de financiamiento según fuentes en % del gasto público total, se consideran todas las fuentes menos los aportes de empleadores privados y hogares al sector privado (pero sí al sector estatal) y menos el financiamiento externo de ONGs.

En totalidad, el gasto en salud estatal disminuyó significativamente su participación dentro del gasto público a partir del año 2005, pasando de 9,1% en 2003 a 6,8% en 2008. Por fuente, las públicas son evidentemente las que tienen mayor peso dentro del gasto público total, representando para la gestión 2008 4,8% del gasto público total, mientras que las demás fuentes representaban el 2% del gasto público total (1,3% para fuentes privadas y 0,7% para fuentes externas) (ilustración 26).

En cuanto a la evolución por tipo de fuente, tanto las públicas como externas y privadas muestran un fuerte descenso en relación al gasto público total en el periodo de análisis considerado: así, las fuentes públicas en salud representaban el 6,2% del gasto público total en el año 2003 y llegaron a 7,4% en el año 2005, para luego descender a solamente 4,8% en el año 2008. Lo propio ocurre con las demás fuentes de financiamiento: las fuentes externas en salud representaban el 1,2% del gasto público total en el año 2003 y solamente 0,7% en el año 2008; las fuentes privadas consideradas como gasto público (en la seguridad social estatal) representaban el 1,7% del gasto público total en el año 2003 y alcanzaron el 2,1% en el 2004 y 2005, para alcanzar 1,3% en el 2008 (ilustración 26).

Si bien el gasto público total en valor nominal se incrementó en un 109% entre 2005 y 2008, explicando así parte de la disminución de estos ratios, la disminución del financiamiento de la salud dentro del gasto en salud es preocupante, en particular en cuanto a fuentes públicas, demostrando una desvalorización de la salud dentro del gasto público a partir del año 2006.

Ilustración 26 – Gasto en salud según fuente en % del gasto público total, Bolivia, 2003-2008



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

En cuanto al ratio de gasto en salud en % del gasto del Gobierno General, este también disminuyó, pero en menores proporciones que para el ratio de gasto público. Así, el ratio de gasto en salud estatal financiado por fuentes públicas en % del gasto del Gobierno General pasó de 7,2% en 2003 a 6,6% en 2008, a pesar de haber mostrado un incremento en los años 2005 y 2006 (cuadro 35). En agregado, las fuentes nacionales en salud representaban el 9,2% del gasto total del Gobierno General en el año 2003, para bajar a 8,4% en el 2008, pasando por un pico a 10,1% en el año 2006, significando una baja de la priorización de la salud dentro del gasto del Gobierno General.

Finalmente, el financiamiento externo del gasto del Gobierno General en salud representaba el 1,7% del gasto total del Gobierno General para el año 2004, ratio que luego disminuyó hasta representar 1% en el año 2008 (cuadro 35).

Cuadro 35 – Gasto en salud por fuente en % del gasto del Gobierno general, Bolivia, 2003-2008

Gasto en salud en % del gasto del G. general	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Fuentes Nacionales	9,2%	8,7%	9,8%	10,1%	9,3%	8,4%
Fuentes públicas	7,2%	6,4%	7,6%	7,8%	7,3%	6,6%
Fuentes Privadas	2,0%	2,3%	2,1%	2,4%	2,0%	1,8%
Fuentes Externas	1,3%	1,7%	1,5%	1,4%	1,2%	1,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; Ávila et al. 2011; MEFP y BCB 2010

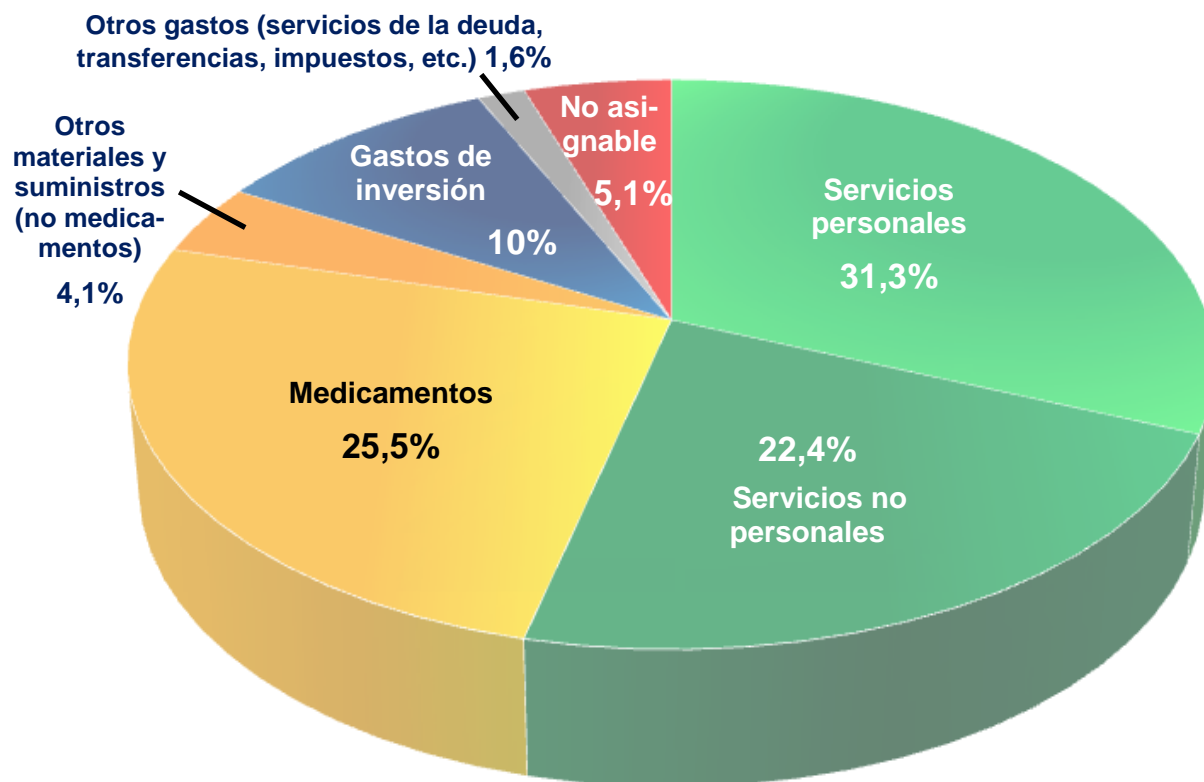
III.5. Análisis del Gasto en salud según objeto del gasto

III.5.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según objeto

Respecto al gasto en salud según objeto, cabe reiterar que las estimaciones provienen exclusivamente del primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010) ya que no existe una desagregación suficiente en el segundo estudio para proceder a un análisis. El valor del gasto total no corresponde entonces a los montos analizados en los acápite anteriores, y si bien se presentan los montos estimados de gasto por objeto, estos solo tienen un valor indicativo: el verdadero centro del análisis de los montos de gasto por objeto son las tasas de crecimiento y la estructura porcentual.

De acuerdo con la estructura de gasto 2007 por objeto del gasto calculado para el presente análisis a partir de las estimaciones del primer estudio de cuentas de salud 2003-2007 (Valdés y Peñaloza 2010), los servicios personales constituyen el principal objeto del gasto, representando el 31,3% del gasto total en salud (considerando que por metodología, el gasto en servicios personales no incluye asignaciones familiares, aportes de corto plazo para salud –menos para los empleados de la Seguridad Social–, aportes de largo plazo para pensiones y aporte patronal para vivienda).

Ilustración 27 – Estructura de Gasto en salud según objeto, Bolivia, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

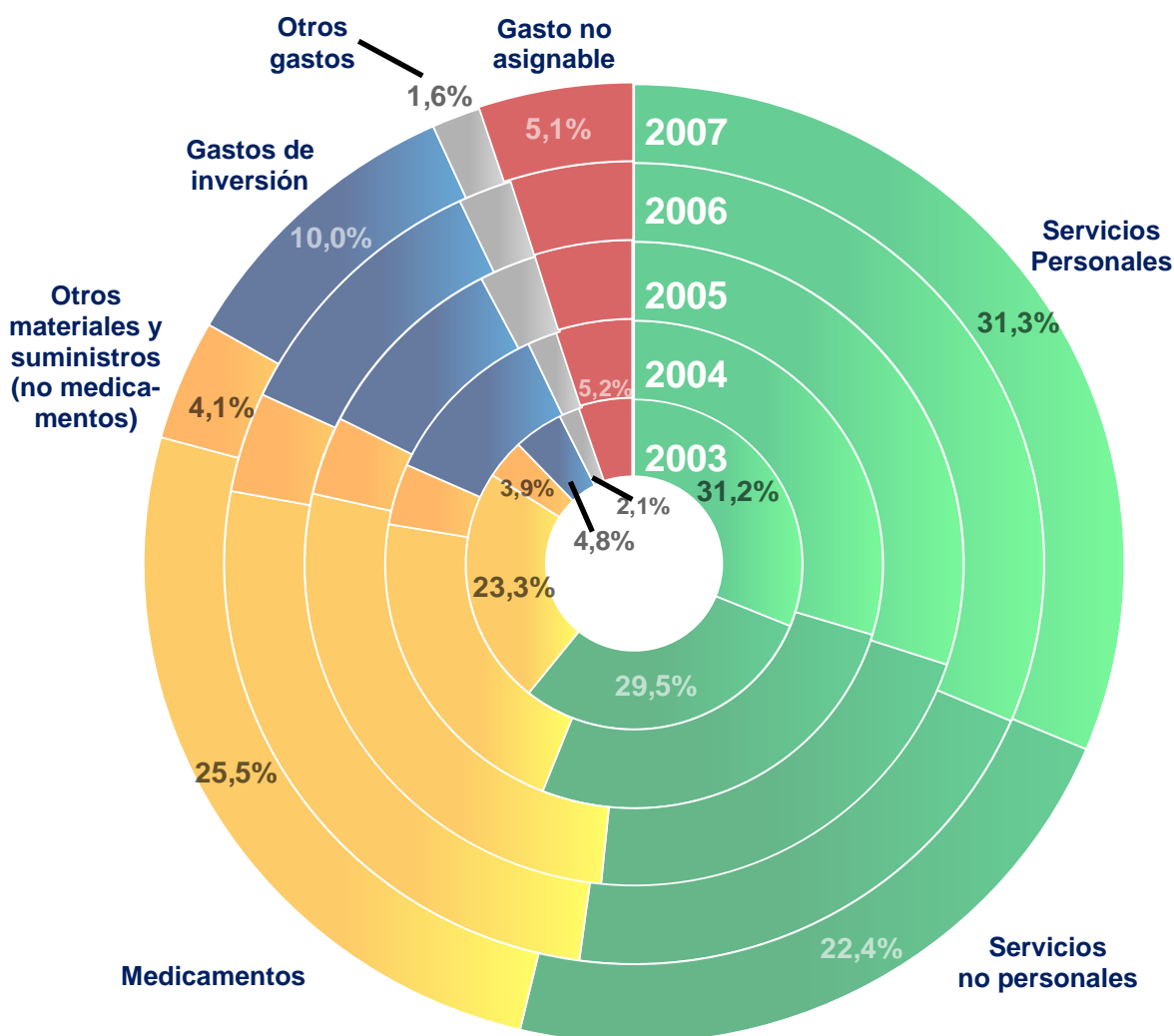
Por otra parte, el gasto en medicamentos representaba el 25,5% del gasto total en salud y el 22,4% fue destinado a servicios no personales (servicios básicos, transporte, alquileres, mantenimiento y reparaciones, servicios profesionales médicos, sanitarios y sociales, etc.). El gasto en suministros no medicamentosos, como alimentos, textiles, combustibles, papel o instrumentos menores médicos representaba el 4,1% del gasto total en salud, el gasto de inversión (construcción y equipamiento),

representaba el 10% y los demás gastos, como servicio de la deuda pública, transferencias, impuestos y otros, representaban el 1,6% del gasto total en salud (ilustración 27).

Finalmente, parte del gasto no pudo ser asignado por objeto en el primer estudio de cuentas de salud 2003-07 (Valdés y Peñaloza 2010) debido a la falta de información: este gasto no asignable representa para la gestión 2007 el 5,1% del gasto total en salud y está constituido por la totalidad del gasto de los seguros privados y parte del gasto de las ONGs (ilustración 27).

La evolución de la estructura del gasto en salud según objeto no es muy marcada en el periodo 2003-2007, excepto para el gasto de inversión y los servicios no personales: así, mientras que los gastos de inversión representaban solamente el 4,8% del gasto total en salud en el año 2003, superaron los 10% a partir del año 2004 (ilustración 28 y cuadro 36): dentro del gasto de inversión, el gasto en construcciones ha pasado de 2,4% del gasto total en salud en el año 2003 a 4,8% en el año 2007, mientras que el gasto en maquinaria y equipo ha pasado de 2,2% a 4% en este periodo.

Ilustración 28 – Evolución de la estructura de gasto en salud según objeto, Bolivia, 2003-07



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

En cuanto a servicios no personales, la evolución es inversa, pasando de 29,5% del gasto total en salud en el año 2003 a 22,4% en el año 2007. La proporción del gasto en salud correspondiendo a

medicamentos y reactivos también tuvo un incremento, de 23,3% en el año 2003 a 25,5% en el 2007, mientras que para los demás objeto de gasto, el porcentaje del gasto total se mantuvo entre 2003 y 2007 (ilustración 28 y cuadro 36).

Cuadro 36 – Evolución de la estructura de gasto en salud según objeto, Bolivia, 2003-07

Objeto de gasto	2003	2004	2005	2006	2007
Servicios Personales	31,2%	29,7%	30,0%	31,4%	31,3%
Servicios No Personales	29,5%	26,3%	21,6%	20,7%	22,4%
Medicamentos	23,3%	21,7%	26,9%	25,8%	25,5%
Otros Materiales y suministros	3,9%	4,1%	3,9%	4,0%	4,1%
Gastos de inversión	4,8%	11,3%	9,9%	11,1%	10,0%
Otros Gastos	2,1%	2,0%	2,9%	2,1%	1,6%
Gasto no asignable	5,2%	5,0%	4,8%	4,9%	5,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Si se analiza la estructura por objeto del gasto según subsector, los resultados son totalmente diferentes, constatando por ejemplo que el gasto en medicamentos representa una muy baja proporción del gasto del subsector público (6,3% para la gestión 2007), mientras que representa el 13,5% del gasto en salud de la Seguridad Social y el 56,7% del gasto privado (cuadro 37), debido al importante gasto de bolsillo que realizan los hogares en medicamentos: de acuerdo con las estimaciones de Valdés y Peñaloza (2010) para la gestión 2007, el 68,2% del gasto de bolsillo de los hogares está destinado a la compra de medicamentos.

Cuadro 37 – Estructura de gasto en salud por objeto del gasto y por subsector, Bolivia, 2007

Objeto de gasto	Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Servicios Personales	42,0%	54,6%	47,3%	0,6%
Servicios No Personales	23,0%	15,7%	19,9%	27,2%
Medicamentos	6,3%	13,5%	9,3%	56,7%
Otros Materiales y suministros	4,8%	7,8%	6,0%	0,3%
Gastos de inversión	20,8%	7,1%	15,1%	0,2%
Otros Gastos	3,1%	1,4%	2,4%	0,1%
Gasto no asignable	0,0%	0,0%	0,0%	14,9%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

En cambio, el subsector público destina una proporción más importante de su gasto a la inversión, ya que en el año 2007, el 20,8% del gasto del subsector público fue destinado a este rubro, principalmente en construcciones (57,5% del gasto de inversión de agentes financieros público) y en equipamiento (30,1% del gasto de inversión). A título de comparación, se utilizó en la gestión 2007 solo el 7,1% del gasto en salud de la Seguridad Social para inversión (cuadro 37). En el subsector privado, el gasto de inversión es insignificante, pero se explica lógicamente por ser registrado en las cuentas de salud solamente el gasto de inversión de las Organizaciones no Gubernamentales, mientras que no existen informaciones del subsector privado con fines de lucro.

Esta estructura ha cambiado relativamente poco en el periodo 2003-2007, salvo algunas excepciones, dentro de las cuales se puede mencionar el crecimiento de la proporción del gasto de inversión del subsector público, de 10,2% del gasto en el 2003 a 20,8% en el 2007; el crecimiento de la proporción del gasto de bolsillo de hogares destinado a medicamentos, de 51,9% en el año 2003 a 68,2% en el 2007; el descenso de la proporción del gasto del subsector público destinado a servicios personales (de 46,4% en el año 2003 a 42% en el 2007) y a servicios no personales (de 28,9% en el año 2003 a 23% en el 2007); el descenso de la proporción del gasto de la Seguridad Social destinado a medicamentos, de 18,8% en el 2003 a 13,5% en el año 2007.

III.5.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según objeto del gasto

La evolución del gasto en valor nominal según objeto del gasto muestra diferencias importantes, como se puede observar en el cuadro 38: mientras que algunos grupos como el gasto en servicios personales u otros gastos mostraban un incremento limitado (crecimiento acumulado en el periodo 2003-07 de 12,8% y 14,9% respectivamente), el gasto de inversión fue multiplicado por tres.

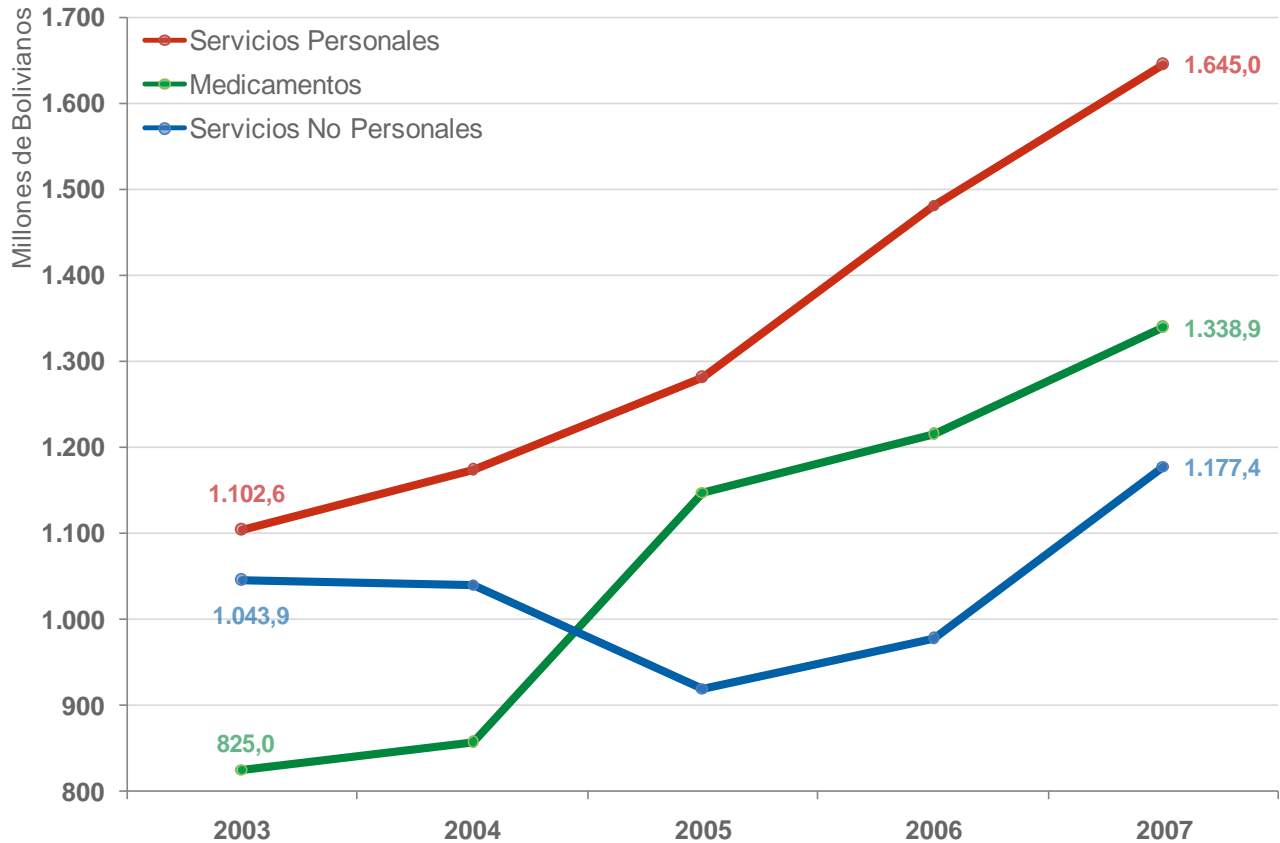
Cuadro 38 – Evolución del gasto en valor nominal por objeto, Bolivia, 2003-07

Gasto en salud por objeto del gasto (agregado)		2003	2004	2005	2006	2007
Servicios Personales	En millones de bolivianos	1.102,6	1.172,3	1.280,2	1.481,2	1.645,0
	<i>(crecim. anual)</i>	-	6,3%	9,2%	15,7%	11,1%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	6,3%	16,1%	34,3%	49,2%
Servicios No Personales	En millones de bolivianos	1.043,9	1.039,9	919,3	976,6	1.177,4
	<i>(crecim. anual)</i>	-	-0,4%	-11,6%	6,2%	20,6%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	-0,4%	-11,9%	-6,4%	12,8%
Medicamentos	En millones de bolivianos	825,0	855,9	1.147,3	1.214,1	1.338,9
	<i>(crecim. anual)</i>	-	3,7%	34,0%	5,8%	10,3%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	3,7%	39,1%	47,2%	62,3%
Otros Materiales y suministros	En millones de bolivianos	136,3	160,1	167,7	189,8	212,8
	<i>(crecim. anual)</i>	-	17,5%	4,7%	13,2%	12,1%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	17,5%	23,0%	39,3%	56,1%
Gastos de inversión	En millones de bolivianos	169,8	447,2	420,6	522,3	524,2
	<i>(crecim. anual)</i>	-	163,4%	-5,9%	24,2%	0,4%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	163,4%	147,7%	207,6%	208,8%
Otros Gastos	En millones de bolivianos	74,5	78,8	122,2	101,1	85,6
	<i>(crecim. anual)</i>	-	5,8%	55,1%	-17,3%	-15,4%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	5,8%	64,1%	35,7%	14,9%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Observando el crecimiento de los principales objeto de gasto (servicios personales, medicamentos y servicios no personales) en valor nominal, se constata que el gasto en servicios personales es regular debido al incremento salarial y al crecimiento vegetativo. La tasa de crecimiento anual es mayor en la gestión 2006, ya que en este año se presenta el mayor incremento salarial en salud del periodo 2003-2007 con 7% (el crecimiento salarial fue de 4% en el 2003, 3% en el 2004 y 2005 y 6% en el año 2007). El gasto en medicamentos mostró un crecimiento particularmente importante en el año 2005, principalmente atribuible a los hogares de acuerdo con las estimaciones de Valdés y Peñaloza (2010). En cuanto al gasto en servicios no personales, este disminuyó desde el año 2003 para volver a incrementarse a partir del año 2006 (cuadro 38 e ilustración 29).

Ilustración 29 – Evolución del gasto en salud según principales objetos, Bolivia, 2003-07



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Estudiando la evolución del gasto en valor nominal por subsector, se puede destacar que el gasto de inversión ha más que triplicado en el subsector público durante el periodo 2003-2007 (incremento acumulado de 250,6%). El subsector público también incrementó su gasto nominal en medicamentos en un 147,7% durante este periodo, mientras que el gasto de la Seguridad Social de corto plazo en esta partida disminuía de 2,4%. A pesar de este incremento, los hogares siguen siendo el mayor agente financiador para medicamentos, ya que su gasto en este rubro representa 8 veces el gasto del subsector público (cuadro 39). Sin embargo, por problemas de contabilidad, es cierto que el gasto final en medicamentos del subsector público no se refleja aquí, ya que parte de estas compras entran en partidas de transferencias y servicios médicos, entre otros.

Dentro de los otros hallazgos, también se constata que el subsector público tuvo un crecimiento mayor de su gasto en recursos humanos (+55,4% entre 2003 y 2007) que en la Seguridad Social (+42,5%), lo propio ocurre para otros suministros (79,1% y 35,8% respectivamente) (cuadro 39).

Cuadro 39 –Gasto en valor nominal por objeto y subsector, Bolivia, 2007

Gasto en salud por objeto del gasto (agregado)		Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Servicios Personales	Gasto 2007 (Bs. millones) <i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	846,4 55,4%	788,5 42,5%	1.634,8 48,9%	10,2 120,3%
Servicios No Personales	Gasto 2007 (Bs. millones) <i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	463,9 36,9%	226,2 33,8%	690,1 35,9%	487,4 -9,1%
Medicamentos	Gasto 2007 (Bs. millones) <i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	126,9 147,7%	195,2 -2,4%	322,1 28,2%	1.016,7 77,2%
Otros Materiales y suministros	Gasto 2007 (Bs. millones) <i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	96,0 79,1%	112,3 35,8%	208,3 52,8%	4,5 4424,4%
Gastos de inversión	Gasto 2007 (Bs. millones) <i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	419,1 250,6%	102,0 103,6%	521,1 207,2%	3,1 2312,4%
Otros Gastos	Gasto 2007 (Bs. millones) <i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	62,8 -3,7%	20,4 123,6%	83,2 11,9%	2,4 1458,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

III.5.3. Nivel y evolución del gasto real según objeto del gasto

La evolución del gasto en valor real según objeto del gasto muestra disminución real entre 2003 y 2007 solamente para los servicios no personales, con un descenso real de 1,2% entre 2003 y 2007. Los objetos de gasto que presentan los mayores incrementos reales son el gasto de inversión (+140% entre 2003 y 2007) y el gasto en medicamentos (+33,3%) (cuadro 40).

Cuadro 40 – Evolución del gasto real según objeto del gasto, Bolivia, 2003-07

Gasto en salud por objeto del gasto (agregado)		2003	2004	2005	2006	2007
Servicios Personales	En millones de Bs. de 2003	1.102,6	1.139,2	1.209,9	1.315,2	1.381,7
	<i>(crecim. real)</i>	-	3,3%	6,2%	8,7%	5,1%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	3,3%	9,7%	19,3%	25,3%
Servicios No Personales	En millones de Bs. de 2003	1.043,9	1.007,6	861,4	892,3	1.031,8
	<i>(crecim. real)</i>	-	-3,5%	-14,5%	3,6%	15,6%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	-3,5%	-17,5%	-14,5%	-1,2%

Cuadro 40 – Evolución del gasto real según objeto del gasto, Bolivia, 2003-07 (continuación)

Gasto en salud por objeto del gasto (agregado)		2003	2004	2005	2006	2007
Medicamentos	En millones de Bs. de 2003	825,0	838,0	1.059,4	1.097,5	1.099,5
	(crecim. real)	-	1,6%	26,4%	3,6%	0,2%
	(crecimiento acumulado)	-	1,6%	28,4%	33,0%	33,3%
Otros Materiales y suministros	En millones de Bs. de 2003	136,3	153,8	154,8	167,8	167,6
	(crecim. real)	-	12,8%	0,7%	8,4%	-0,1%
	(crecimiento acumulado)	-	12,8%	13,6%	23,1%	23,0%
Gastos de inversión	En millones de Bs. de 2003	169,8	437,9	386,3	456,4	407,4
	(crecim. real)	-	157,9%	-11,8%	18,1%	-10,7%
	(crecimiento acumulado)	-	157,9%	127,5%	168,8%	140,0%
Otros Gastos	En millones de Bs. de 2003	74,5	78,5	120,7	99,4	83,0
	(crecim. real)	-	5,4%	53,8%	-17,7%	-16,5%
	(crecimiento acumulado)	-	5,4%	62,1%	33,4%	11,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Estudiando la evolución del gasto real por subsector, se puede destacar que el gasto de inversión tuvo un crecimiento real de 177,1% entre 2003 y 2007. El subsector público también incrementó su gasto real en medicamentos en un 109,8% durante este periodo, mientras que el gasto real de la Seguridad Social de corto plazo en esta partida disminuía de 23,1%. En la Seguridad Social de corto plazo, se incrementó el gasto real en otros gastos (+118%) mientras que este rubro muestra un descenso en el subsector público. En el sector privado, se destaca la disminución en valor real de los servicios personales y el incremento del gasto en medicamentos, impulsado principalmente por el cambio de la estructura de gasto de los hogares. Las altas tasas de crecimiento en los demás grupos del sector privado no son significativas, ya que conciernen montos pequeños (cuadro 41).

Cuadro 41 – Tasa de crecimiento real acumulada 2003-07 por subsector, Bolivia, 2003-07

Objeto del Gasto	Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Servicios Personales	30,9%	19,3%	25,1%	87,0%
Servicios No Personales	20,4%	17,7%	19,5%	-20,8%
Medicamentos	109,8%	-23,1%	4,0%	46,1%
Otros Materiales y suministros	41,5%	6,4%	20,2%	3572,6%
Gastos de inversión	177,1%	47,7%	138,9%	1749,0%
Otros Gastos	-6,8%	118,0%	8,5%	1408,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

III.6. Análisis del Gasto en salud según función

III.6.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según función

Las estimaciones de gasto por función provienen exclusivamente del primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010) ya que no existe esta matriz en el segundo estudio. El valor del gasto total no corresponde entonces a los montos analizados en los acápite anteriores, y si bien se presentan los montos estimados de gasto por función, estos solo tienen un valor indicativo: el verdadero centro del análisis de los montos de gasto por función son las tasas de crecimiento y la estructura porcentual.

Según la clasificación utilizada en el primer estudio de cuentas de salud 2003-2007 (Valdés y Peñaloza 2010), las diferentes categorías funcionales incluyen las siguientes actividades:

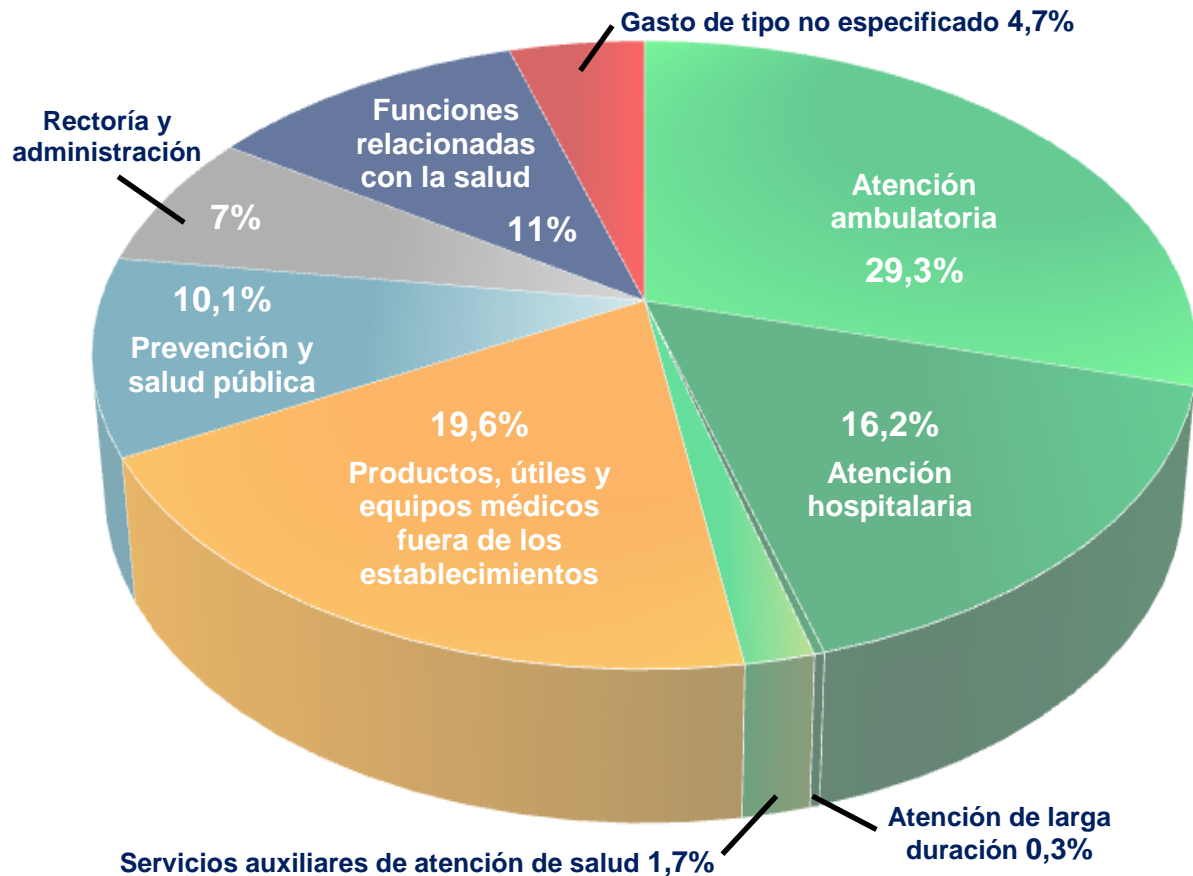
- Atención ambulatoria: incluye servicios médicos, odontológicos y paramédicos (consulta externa o de emergencia) brindados a pacientes ambulatorios, es decir los que no son internados en el establecimiento de salud.
- Atención hospitalaria: incluye servicios de salud al paciente o persona que es formalmente hospitalizado y que se queda por un mínimo de una noche en un establecimiento de salud.
- Atención de larga duración: comprende atenciones en salud brindadas a pacientes que necesitan asistencia continua a causa de impedimentos crónicos y un grado reducido de independencia (asilos para ancianos, centros de rehabilitación de drogadicción, etc.).
- Servicios auxiliares de atención de la salud: consiste en una variedad de servicios de apoyo, principalmente efectuadas por paramédicos o personal técnico médico, tales como laboratorio, imagenología, medicina nuclear, transporte de pacientes, bancos de sangre.
- Productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos: consiste en productos dispensados a pacientes ambulatorios tales como ventas al detalle y alquiler de productos médicos. Cubre medicamentos, prótesis, aparatos médicos y otros brindados a individuos, normalmente de dispensadores farmacéuticos o surtidores de equipos médicos con la intención de uso por un solo individuo u hogar o fuera de una institución o establecimiento de salud.
- Prevención y salud pública: son servicios diseñados para mejorar el estado de salud de la población, distinguidos de servicios curativos, los cuales reparan la disfunción de salud. Incluyen, entre otros, promoción de la salud, programas de vacunación, monitoreo del crecimiento infantil, atención prenatal y post natal, planificación familiar, suplementos nutricionales, educación en salud, medicina escolar, prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, medicina del trabajo, vigilancia y control de enfermedades, etc.
- Rectoría y administración: incluyen actividades de administración de fondos, programación presupuestaria, coordinación de políticas, planificación, regulación, entre otros.
- Funciones relacionadas con la salud: incluye funciones anexas, como la formación bruta de capital fijo, la formación de personal en salud y los programas de investigación en salud.
- Gasto de tipo no especificado: corresponde al gasto que no pudo ser clasificado en la estructura descrita anteriormente (principalmente el gasto de los seguros privados).

De acuerdo con la estructura de gasto 2007 por función calculado para el presente análisis a partir de las estimaciones del primer estudio de cuentas de salud 2003-2007 (Valdés y Peñaloza 2010), los servicios de atención ambulatoria constituyen la función que tiene mayor gasto, ya que representa el 29,3% del gasto total en salud (de los cuales el 11,5% son atenciones odontológicas, correspondiendo al 3,3% del gasto total en salud). En cambio, la atención hospitalaria, bien que su costo por paciente sea mayor, solo representa el 16,2% del gasto total en salud (ilustración 30).

La segunda función con mayor gasto es “Productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos” (correspondiendo mayormente a dispensadores farmacéuticos), que representa el 19,6% del gasto total en salud para la gestión 2007. Las funciones relacionadas con la salud (inversión, formación e investigación) corresponden al 11% del gasto total en salud (ilustración 30): de estos, el 92% corresponden a infraestructura y equipamiento, mientras que solamente el 5% y el 3% corresponden a investigación y formación respectivamente.

Los servicios de prevención y salud pública representan el 10,1% del gasto total en salud (ilustración 30): el 41% del gasto dentro de esta función se dirige a la prevención de enfermedades transmisibles (19% en vacunas y 22% en otros) y el 31% a salud materno-infantil y planificación familiar, mientras que solamente el 5% va a promoción de la salud y el 1% a medicina escolar.

Ilustración 30 – Estructura de Gasto en salud según función, Bolivia, 2007



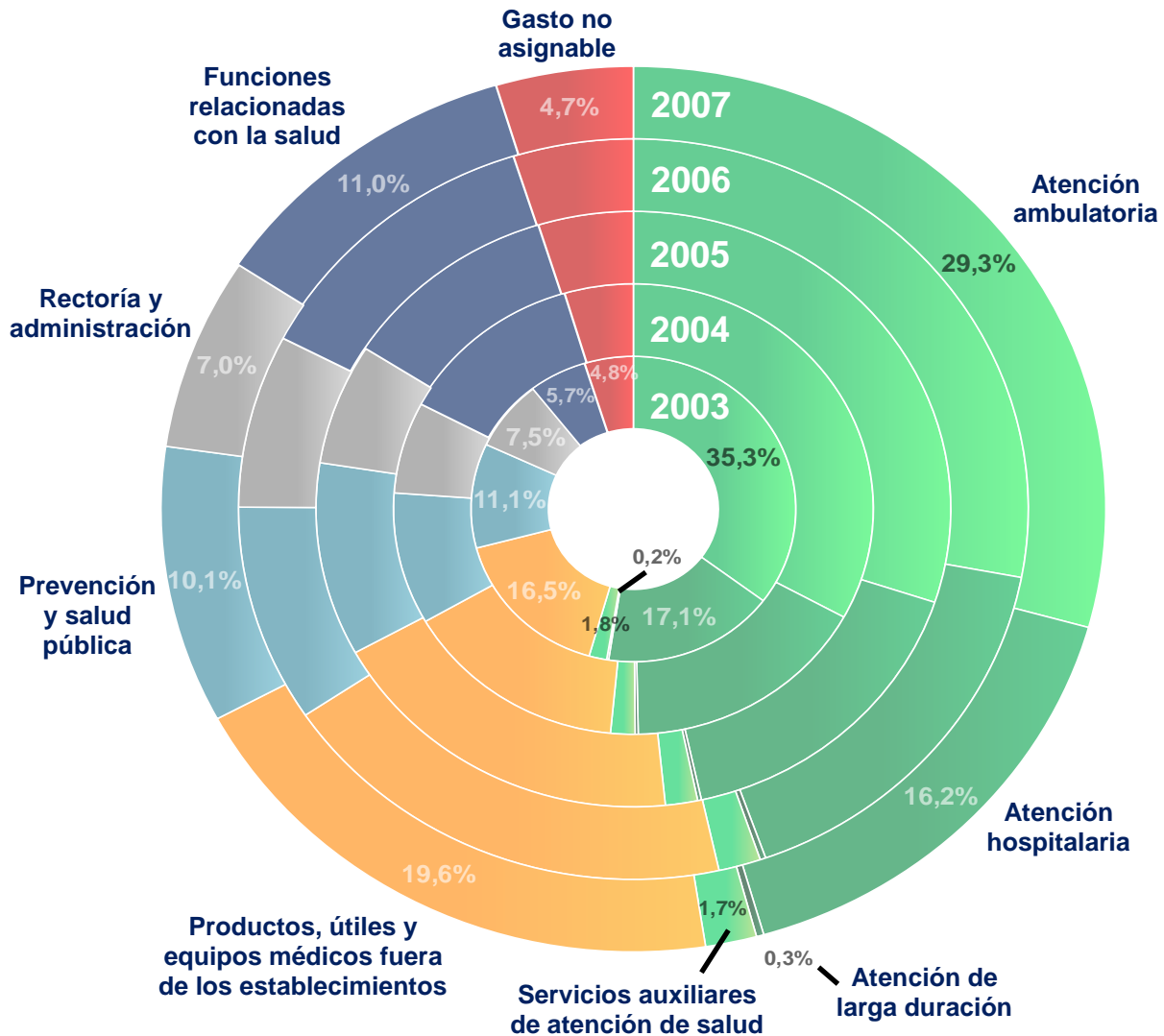
Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Por otra parte, los servicios auxiliares de atención de salud corresponden al 1,7% del gasto total en salud: de estos servicios, la mayor proporción del gasto concierne los servicios de laboratorio (51% del gasto de la función de servicios auxiliares) y de imagenología (11% del gasto de la función).

Dentro de la función de rectoría y administración, que representa para el año 2007 el 7% del gasto total en salud, el gasto principal concierne las administraciones del subsector público (70% del gasto de esta función), mientras que el 28% concierne la Seguridad Social y el 2% el sector privado. Sin embargo, se tomó en cuenta en el estudio el gasto de Bs. 39,1 millones para la reconstrucción de la CEASS dentro de la función de rectoría, mientras que correspondería a “funciones relacionadas”.

Analizando la estructura de gasto por función de los años anteriores, se constata que la evolución de esta estructura solo concierne solamente atención hospitalaria, los productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos y las funciones relacionadas con la salud; las demás funciones representan cada una aproximadamente el mismo porcentaje del gasto total en salud en el año 2003 que en el año 2007 (ilustración 31 y cuadro 42).

Ilustración 31 – Evolución de la estructura de gasto en salud según función, Bolivia, 2003-07



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Así, se puede constatar que el gasto en atención ambulatoria disminuyó su participación dentro del gasto total en salud, pasando de 35,3% en el año 2003 a 28% del gasto total en salud en el 2006 y 29,3% en el 2007. En cuanto a los productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos su participación dentro del gasto total en salud se incrementó a partir del año 2005: en el año 2004, representaba el 15,1% del gasto total en salud, y luego, esta proporción aumentó hasta representar el 19,6% del gasto total en salud en el año 2007. Finalmente, las funciones relacionadas con la salud incrementaron su participación a partir del año 2004, pasando de 5,7% a 12,7% del gasto total en salud este año, debido al crecimiento del gasto de inversión (ilustración 31 y cuadro 42).

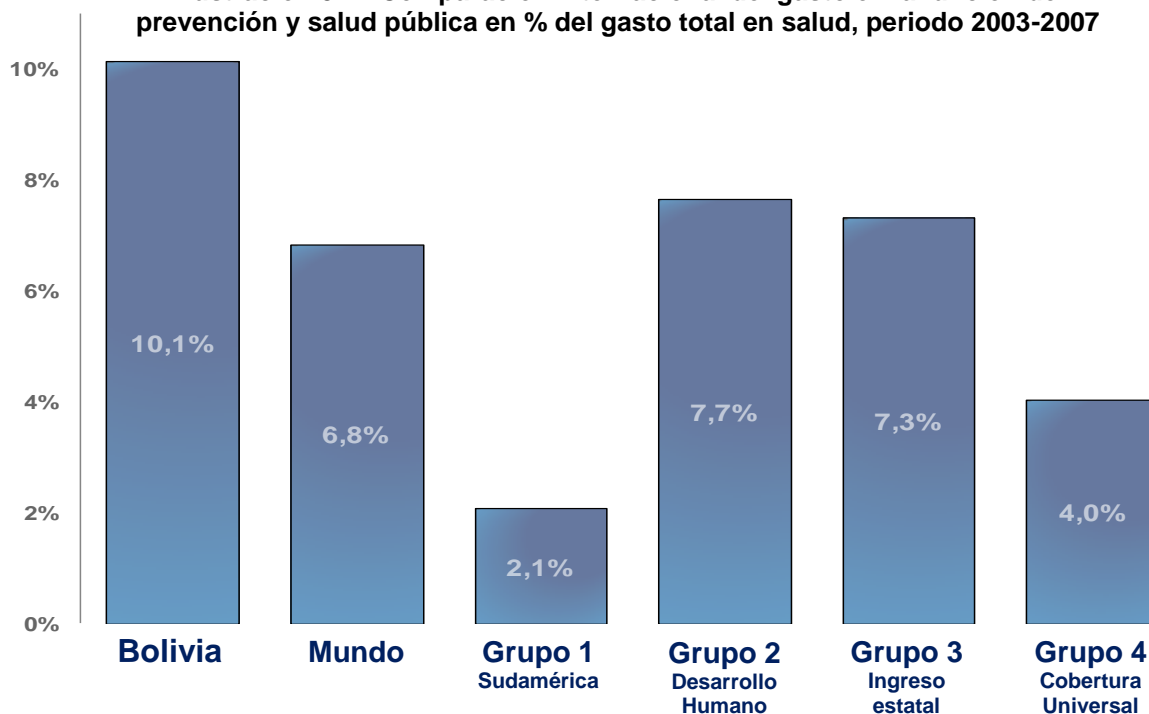
Cuadro 42 – Evolución de la estructura de gasto en salud según función, Bolivia, 2003-07

Función	2003	2004	2005	2006	2007
Atención ambulatoria	35,3%	33,0%	30,1%	28,0%	29,3%
Atención hospitalaria	17,1%	16,7%	16,5%	16,6%	16,2%
Atención de larga duración	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%
Servicios auxiliares en salud	1,8%	1,6%	1,6%	1,7%	1,7%
Productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos	16,5%	15,1%	18,6%	19,1%	19,6%
Prevención y salud pública	11,1%	9,5%	10,5%	9,5%	10,1%
Rectoría y administración	7,5%	6,6%	6,6%	7,6%	7,0%
Funciones relacionadas con la salud	5,7%	12,7%	11,1%	12,5%	11,0%
Gasto de tipo no especificado	4,8%	4,6%	4,8%	4,9%	4,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Para la comparación internacional, existen pocos datos disponibles en forma inmediata sobre gasto en salud por función. Sin embargo, la Organización Mundial de la Salud tiene disponible tres indicadores que permiten realizar comparaciones: el gasto en servicios de prevención y salud pública en % del gasto total en salud (ilustración 32), mientras que en la ilustración 33 se puede observar el gasto en atención hospitalaria en % del gasto total en salud y el gasto en atención hospitalaria en % del gasto estatal en salud y (OMS 2011). Cada uno de estos indicadores está disponible para un poco más de 70 países, pero no siempre para cada año; por esta razón, se está comparando aquí los promedios para el periodo 2003-07.

Ilustración 32 – Comparación internacional del gasto en la función de prevención y salud pública en % del gasto total en salud, periodo 2003-2007



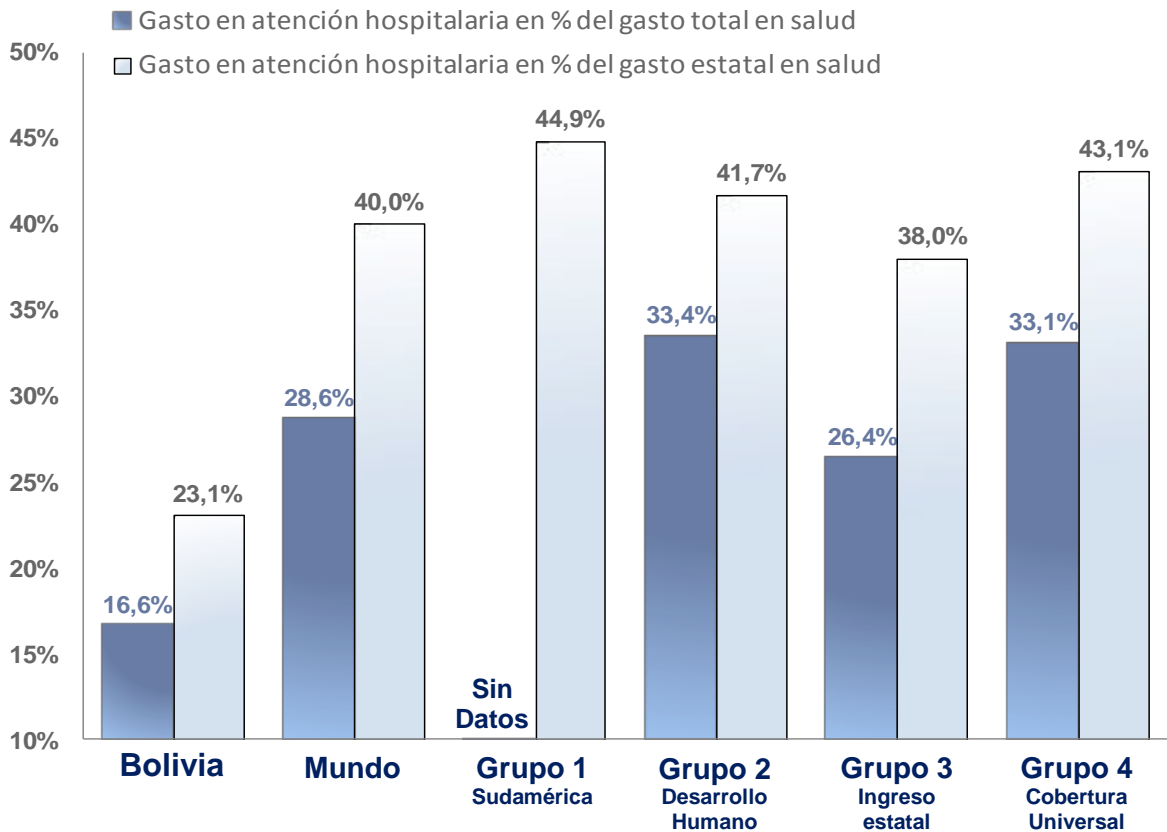
Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; OMS 2011

El gasto en prevención y salud pública en relación con el gasto total en salud es a nivel internacional inferior al ratio que se puede observar en Bolivia (ilustración 32): en efecto, dentro de los 79 países para los cuales existen datos disponibles en las bases de datos de cuentas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS 2011), solo 17 tenía un ratio de gasto en prevención / salud pública en % del gasto total en salud superior al promedio 2003-2007 para Bolivia, que era de 10,1%. Dentro de estos 17 países, se destaca Israel, que dirige el 42% de su gasto total en salud a la prevención y salud pública, constituyendo así una excepción a nivel mundial.

A nivel de América Latina y Caribe, de los 10 países para los cuales hay datos disponibles, solo Haití, con 18,2%, presenta un ratio de gasto en prevención y salud pública superior a Bolivia, mientras que otros, como por ejemplo Costa Rica, Nicaragua, Guatemala, México y Chile, presentan ratios inferiores, de 6,5%, 5,8%, 4,8%, 3,0% y 2,1% respectivamente.

En cambio, Bolivia tiene una menor proporción de gasto en atención hospitalaria que lo que se puede observar a nivel internacional: mientras que a nivel mundial, el gasto en atención hospitalaria representa en promedio 28,6% del gasto total en salud y 40% del gasto estatal en salud para el periodo 2003-2007, estos ratios en Bolivia eran de 16,6% y 23,1% respectivamente (ilustración 33). Así, a nivel latinoamericano, varios países tienen una muy importante proporción de su gasto destinado a atención hospitalaria: en Chile, el gasto en esta función representa el 74% del gasto estatal en salud, mientras que dentro de los países latinoamericanos con datos disponibles, solamente Nicaragua y Paraguay muestran ratios de gasto en atención hospitalaria inferiores a Bolivia, con respectivamente 15% y 16,3% de su gasto estatal en salud.

Ilustración 33 – Comparación internacional del gasto en atención hospitalaria en % del gasto total en salud y en % del gasto estatal en salud, periodo 2003-2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010; OMS 2011

Comparando la estructura de gasto por función según subsector (cuadro 43), se confirma que existen grandes diferencias: mientras que el subsector público dirige su gasto a varias funciones debido a la pluralidad de sus misiones (atención de la enfermedad, prevención y salud pública, rectoría por parte del Ministerio de Salud y Deportes, etc.), el esencial del gasto del subsector de la Seguridad Social y del sector privado se dirige a las funciones de atención de la enfermedad (atención ambulatoria, hospitalaria y productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos). Una información interesante es que el subsector de la seguridad social dirige su gasto en forma mucho más importante a la atención ambulatoria en relación a la atención hospitalaria, que lo que se puede observar en el subsector público, pudiendo explicarse por el hecho de que en la Seguridad Social, la atención ambulatoria se realiza principalmente en hospitales.

Sin embargo, se pueden constatar algunas incoherencias en la estructura por función, debido a la falta de información: por ejemplo, no se reporta gasto en servicios auxiliares en salud ni en la Seguridad Social de corto plazo, ni en el sector privado (cuadro 43).

Cuadro 43 – Estructura de gasto en salud por función y subsector, Bolivia, 2007

Función	Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Atención ambulatoria	16,9%	54,8%	32,7%	22,7%
Atención hospitalaria	21,6%	24,5%	22,8%	3,6%
Atención de larga duración	0,7%	0,0%	0,4%	0,0%
Servicios auxiliares en salud	4,6%	0,0%	2,7%	0,0%
Productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos	0,8%	0,0%	0,5%	56,5%
Prevención y salud pública	19,0%	5,5%	13,4%	3,9%
Rectoría y administración	13,1%	6,7%	10,4%	0,4%
Funciones relacionadas con la salud	23,2%	7,3%	16,6%	0,3%
Gasto de tipo no especificado	0,2%	1,0%	0,6%	12,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

III.6.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según función

La evolución del gasto en valor nominal según función muestra diferencias importantes, como se puede observar en el cuadro 44: la función con menor incremento de su gasto es la atención ambulatoria, con una tasa de crecimiento nominal de 23,4% entre 2003 y 2007 mientras que algunas funciones como atenciones de larga duración y funciones relacionadas con la salud tuvieron un incremento importante (98,8% y 185,1% respectivamente, entre 2003 y 2007).

En totalidad, se estimó en el primer estudio de cuentas de salud que para el año 2007, Bs. 3.525,9 millones estaría destinado a la atención de la enfermedad (incluyendo las funciones de atención ambulatoria, hospitalaria y larga duración, servicios auxiliares y útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos), es decir más de 6,5 veces lo que se destina a prevención y salud pública. Además, esta diferencia estuvo creciendo durante el periodo 2003-2007, ya que el gasto en estas funciones de atención de la enfermedad tuvo un crecimiento de 40,7%, de Bs. 2.505,8 millones en el año 2003 a Bs. 3.525,9 millones en el año 2007, mientras que el gasto en prevención y salud pública tuvo un crecimiento entre 2003 y 2007 de 35,5%, de Bs. 392,8 millones en el año 2003 a Bs. 532,1 millones en el año 2007 (cuadro 44).

Cuadro 44 – Evolución del gasto en valor nominal por función, Bolivia, 2003-07

Gasto en salud por función		2003	2004	2005	2006	2007
Atención ambulatoria	En millones de bolivianos	1.247,7	1.303,4	1.282,2	1.318,3	1.539,6
	<i>(crecim. anual)</i>	-	4,5%	-1,6%	2,8%	16,8%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	4,5%	2,8%	5,7%	23,4%
Atención hospitalaria	En millones de bolivianos	606,3	659,6	702,5	782,9	852,9
	<i>(crecim. anual)</i>	-	8,8%	6,5%	11,4%	8,9%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	8,8%	15,9%	29,1%	40,7%
Atención de larga duración	En millones de bolivianos	6,7	8,2	8,1	10,8	13,3
	<i>(crecim. anual)</i>	-	22,9%	-1,3%	33,5%	22,8%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	22,9%	21,3%	61,9%	98,8%
Servicios auxiliares en salud	En millones de bolivianos	62,0	64,6	69,8	81,1	91,9
	<i>(crecim. anual)</i>	-	4,3%	8,0%	16,3%	13,3%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	4,3%	12,5%	30,9%	48,3%
Productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos	En millones de bolivianos	583,1	598,5	792,1	898,7	1.028,3
	<i>(crecim. anual)</i>	-	2,6%	32,3%	13,5%	14,4%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	2,6%	35,8%	54,1%	76,3%
Prevención y salud pública	En millones de bolivianos	392,8	374,6	448,3	447,6	532,1
	<i>(crecim. anual)</i>	-	-4,6%	19,7%	-0,2%	18,9%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	-4,6%	14,1%	14,0%	35,5%
Rectoría y administración	En millones de bolivianos	264,1	259,5	279,7	356,0	368,9
	<i>(crecim. anual)</i>	-	-1,7%	7,8%	27,3%	3,6%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	-1,7%	5,9%	34,8%	39,7%
Funciones relacionadas con la salud	En millones de bolivianos	203,1	501,0	474,0	587,9	579,2
	<i>(crecim. anual)</i>	-	146,7%	-5,4%	24,0%	-1,5%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	146,7%	133,4%	189,5%	185,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Estudiando la evolución del gasto en valor nominal por subsector (cuadro 45), se puede destacar que es en el sector público que se observa el mayor crecimiento del gasto destinado a funciones de atención de la enfermedad, con, por ejemplo, un crecimiento del gasto nominal en atención ambulatoria de 75,1% entre 2003 y 2007, mientras que este crecimiento era de 33,1% para la Seguridad Social en el mismo periodo. No obstante, el subsector de la Seguridad Social sigue destinando más dinero a la atención que el subsector público: entre la atención ambulatoria y hospitalaria, el subsector público tenía en 2007 un gasto estimado de Bs. 774,7 millones, mientras

que el gasto destinado a estas dos funciones en la Seguridad Social era de Bs. 1.146,2 millones, a pesar de que este subsector tenga una cobertura poblacional menor al subsector público.

En relación al gasto de prevención y salud pública, se nota que el desempeño de esta función depende en gran magnitud del subsector público, que habría gastado en el año 2007 Bs. 382,8 millones contra Bs. 149,2 millones para el resto del Sector Salud (cuadro 45). Eso significa que el subsector público financia el 72% del gasto dentro de la función de prevención y salud pública, e inclusive financia el 100% del gasto en algunas sub-funciones de prevención y salud pública, como nutrición, inmunizaciones, prevención de chagas, prevención de dengue, prevención de enfermedades no transmisibles y medicina escolar, entre otros.

Finalmente, dentro de las funciones relacionadas con la salud, el mayor gasto corresponde al subsector público (cuadro 45), ya que este tiene un gasto de inversión (infraestructura y equipamiento) mucho mayor a los demás sectores y que es el único sector que ejecuta gasto en la sub-función de investigación y desarrollo (Bs. 29,6 millones para la gestión 2007).

Cuadro 45 –Gasto en valor nominal por función y subsector, Bolivia, 2007

Gasto en salud por función		Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Atención ambulatoria	Gasto 2007 (Bs. millones)	340,2	792,2	1.132,5	407,1
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	75,1%	33,1%	43,4%	-11,2%
Atención hospitalaria	Gasto 2007 (Bs. millones)	434,4	354,0	788,4	64,5
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	54,1%	40,5%	47,7%	-11,2%
Atención de larga duración	Gasto 2007 (Bs. millones)	13,3	0,0	13,3	0,0
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	98,8%	-	98,8%	-
Servicios auxiliares en salud	Gasto 2007 (Bs. millones)	91,9	0,0	91,9	0,0
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	48,3%	-	48,3%	-
Productos, útiles y equipos médicos fuera de los establecimientos	Gasto 2007 (Bs. millones)	16,2	0,0	16,2	1.012,0
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	72,7%	-	72,7%	76,4%
Prevención y salud pública	Gasto 2007 (Bs. millones)	382,8	80,0	462,8	69,2
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	31,3%	5,6%	26,0%	172,7%
Rectoría y administración	Gasto 2007 (Bs. millones)	263,6	97,3	360,9	7,9
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	48,2%	17,6%	38,5%	130,4%
Funciones relacionadas con la salud	Gasto 2007 (Bs. millones)	468,0	106,0	574,1	5,1
	<i>(crecimiento. 2003-2007)</i>	217,2%	94,8%	184,2%	351,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

III.6.3. Estimación del costo promedio por tipo de atención

A partir de la estimación del gasto en salud 2007 por función calculado en el estudio de cuentas de salud 2003-2007 (Valdés y Peñaloza 2010) y de los datos de producción de servicios del Sistema Nacional de Información en salud, se puede estimar un costo promedio por tipo de servicio de salud (hospitalización, atención ambulatoria, etc.). Debido a mayor confiabilidad de la información disponible, se estimará este gasto promedio solamente en el subsector público y en la Seguridad Social de corto plazo (estatal y privada). Por otra parte, se agregó gasto de algunas funciones del subsector público para poder contar con datos comparables entre ambos subsectores.

De acuerdo con estas estimaciones básicas (cuadro 46), se puede constatar que el gasto en salud por tipo de atención es mucho mayor en la Seguridad Social de corto plazo que en el subsector público: así, el gasto en salud promedio por cada hospitalización es de Bs. 1.581 en el sector público, mientras que es de Bs. 2.440,5 en la Seguridad Social; una parte de la diferencia se puede explicar por metodología (se cuenta aportes sociales de los trabajadores en la Seguridad Social y no en el subsector público), pero se explica sobre todo por una estructura de costo mayor en la Seguridad Social, debido a cobertura de prestaciones no cubiertas en el sector público, a mayor recursos humanos por paciente y a una mayor estancia hospitalaria promedio por paciente internado (5,6 días contra 4,6 días en el subsector público). En cuanto al gasto por atención ambulatoria, de acuerdo con estas estimaciones, sería 3,5 veces más elevado en la Seguridad Social que en el subsector público (cuadro 46), lo que podría explicarse por la estructura muy especializada de la atención ambulatoria en la Seguridad Social a través de los Policlínicos, mientras que parte significativa de la atención en el sector público se realiza en puestos de salud.

Cuadro 46 – Gasto en valor nominal por función y subsector, en bolivianos, Bolivia, 2007

Gasto en salud por función		Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal
Gasto por atención odontológica	<i>Nº de atenciones</i>	1.937.514	619.461	2.556.975
	<i>Gasto (Bs.)</i>	87.894.922	87.965.973	175.860.895
	Gasto por atención	45,4	142,0	68,8
Gasto por atención ambulatoria (no odontológica)	<i>Nº de atenciones</i>	7.965.081	5.256.991	13.222.072
	<i>Gasto (Bs.)</i>	306.531.679	704.256.342	1.010.788.021
	Gasto por atención	38,5	134,0	76,4
Gasto por egreso hospitalario	<i>Nº de egresos</i>	317.330	145.046	462.376
	<i>Gasto (Bs.)</i>	501.687.931	353.988.437	855.676.369
	Gasto por hospitalización	1.581,0	2.440,5	1.850,6
Gasto por día de hospitalización	<i>Nº días camas ocup.</i>	1.331.285	759.586	2.090.871
	<i>Gasto (Bs.)</i>	501.687.931	353.988.437	855.676.369
	Gasto por día de hospitalización	376,8	466,0	409,2
Gasto por cama hospitalaria	<i>Nº de camas</i>	9.481	4.962	14.443
	<i>Gasto (Bs.)</i>	501.687.931	353.988.437	855.676.369
	Gasto por cama hospitalaria	52.916,8	71.342,6	59.247,1

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010, SNIS 2008

III.7. Análisis del Gasto en salud según proveedor de servicios

III.7.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según proveedor

Las estimaciones de gasto por proveedor provienen exclusivamente del primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010) ya que no existe esta matriz en el segundo estudio. El valor del gasto total no corresponde entonces a los montos analizados en los acápite anteriores, y si bien se presentan los montos estimados de gasto por proveedor, estos solo tienen un valor indicativo: el centro del análisis de los montos de gasto por proveedor son las tasas de crecimiento y la estructura porcentual. El gasto por proveedor mide qué productor de bienes y servicios, primario o secundario, realizó el gasto en salud, dentro del cual se pueden realizar varias funciones: por ejemplo, el proveedor hospitales incluye atención ambulatoria, hospitalaria, servicios auxiliares, etc.

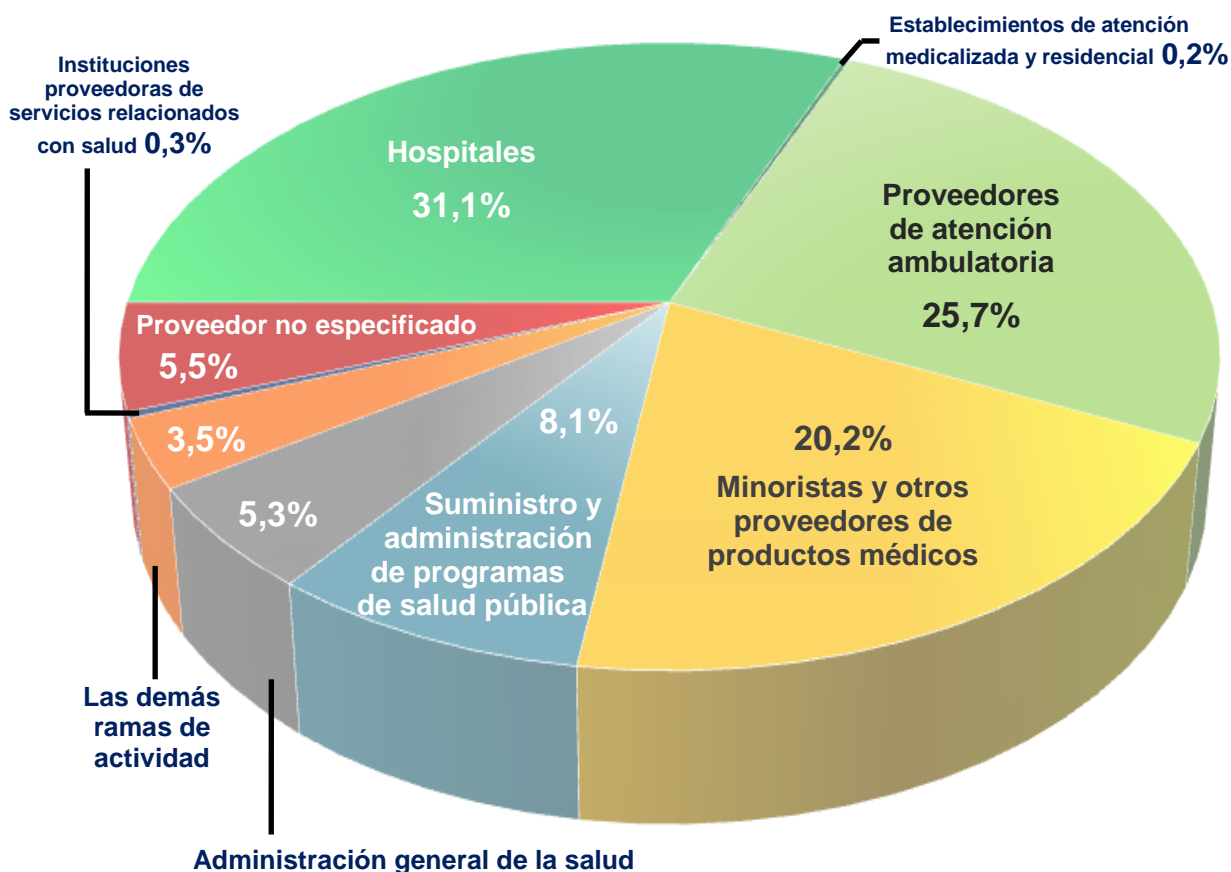
Según la clasificación utilizada en el primer estudio de cuentas de salud 2003-2007 (Valdés y Peñaloza 2010), las diferentes categorías agregadas incluyen a los siguientes proveedores:

- **Hospitales:** son establecimientos con licencia que tienen como actividad principal la provisión de servicios médicos, diagnósticos, tratamientos y de albergue para pacientes hospitalizados. También pueden ofrecer servicios ambulatorios como actividad secundaria. Incluyen los hospitales básicos (que ofrecen internación hospitalaria en especialidades básicas); hospitales generales (que ofrecen servicios sub especializados y de alta tecnología y complejidad); hospitales de salud mental y adicciones y hospitales especializados (encargados de proveer tratamiento a pacientes hospitalizados con enfermedades o condiciones médicas específicas que no entran en la categoría de salud mental o abuso de sustancias).
- **Establecimientos de atención medicalizada y residencial:** son establecimientos que otorgan atenciones residenciales combinados con atenciones en salud, principalmente de enfermería, supervisión u otros requeridos por sus residentes. Incluyen centros de atención residencial para retraso mental, salud mental y adicciones y atención residencial a la tercera edad.
- **Proveedores de atención ambulatoria:** son establecimientos que ofrecen servicios de salud directamente a pacientes ambulatorios que no requieren hospitalización. Incluyen a los puestos de salud, centros de salud, policlínicos, consultorios médicos, unidades móviles de atención ambulatoria, laboratorios médicos y de diagnóstico (incluyendo centros de imagenología) y otros proveedores de atención ambulatoria (que incluyen ambulancia, bancos de sangre y órganos, profesionales de medicina tradicional en establecimientos, unidades nutricionales).
- **Minoristas y otros proveedores de productos médicos:** se dedican principalmente a la venta y al detalle de productos médicos al público en general para utilización individual o domiciliario. Incluye la CEASS, Farmacias Institucionales Municipales y botiquines municipales, entre otros.
- **Suministro y administración de programas de salud pública:** comprende la administración y provisión de programas y proyectos de salud pública, tales como promoción, prevención y protección de la salud (Programas de vigilancia y control de enfermedades, entre otros).
- **Administración general de la salud:** establecimientos que se dedican principalmente a la regulación de las actividades de las agencias que proporcionan atención a la salud (Ministerio de Salud y Deportes, INASES, SEDES, administraciones privadas, etc.).
- **Las demás ramas de actividad:** comprende a los hogares como proveedores de atención ambulatoria, el cual es determinado por las encuestas de hogares.
- **Instituciones proveedoras de servicios relacionados con salud:** son Instituciones de Investigación (como por ejemplo el Instituto de Genética Humana y el Instituto Boliviano de la Altura) Instituciones de educación y capacitación (como las Escuelas de Salud).
- **Proveedores de tipo no especificado:** proveedores de salud que no se pueden clasificar en la estructura descrita anteriormente, generalmente por falta de información.

De acuerdo con la estructura de gasto 2007 por proveedor calculado para el presente análisis a partir de las estimaciones del primer estudio de cuentas de salud 2003-2007 (Valdés y Peñaloza 2010), los hospitales son el proveedor que tiene mayor gasto, ya que representa el 31,1% del gasto total en salud (de los cuales el 45,5% corresponden a hospitales generales, 32,3% a hospitales básicos, 19,2% a hospitales especializados y 3% a hospitales de salud mental y adicciones). En totalidad, los 35 hospitales generales del país (10 públicos, 15 de la seguridad social, 10 privados) concentraron en el año 2007 el 14,2% del gasto total en salud.

Los proveedores de atención ambulatoria constituyen la segunda categoría de proveedores con mayor gasto, representando el 25,7% del gasto total en salud del año 2007 (ilustración 34). De estos, el mayor gasto corresponde a policlínicos (44,7% del gasto dentro de los proveedores de atención ambulatoria), seguidos por los centros de salud (30,4%) y los puestos de salud (16,8%).

Ilustración 34 – Estructura de Gasto en salud según proveedor, Bolivia, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Por su importancia en el gasto total en salud, los minoristas y otros proveedores de productos médicos (principalmente farmacias) constituyen la tercera categoría de proveedor, gracias al financiamiento de los hogares, representando el 20,2% del gasto total en salud para el año 2007. El cuarto proveedor más importante son los proveedores de suministro y administración de programas de salud pública, que representan el 8,1% del gasto total en salud, seguidos por las administraciones generales de la salud (5,3% del gasto total en salud) y las demás ramas de actividad (5,5%). También existe 5,5% del gasto total en salud que no se pudo clasificar, principalmente proveniente de los seguros privados y de la seguridad social (ilustración 34).

Analizando la estructura de gasto por proveedor de los años anteriores, se constata que la repartición del gasto en salud entre los diferentes tipos de proveedores se mantuvo estable en el periodo 2003-2007 (cuadro 47). El mayor cambio observado concierne un incremento de la proporción de gasto realizado en minoristas y otros proveedores de productos médicos: este representaba el 16,5% del gasto total en salud en el año 2003 y 15,1% en el año 2004 para incrementarse progresivamente hasta representar el 20,2% del gasto total en el año 2007.

Por otra parte, se observó una disminución de la proporción de gasto en salud realizado dentro de los hogares (“las demás ramas de actividad”) y dentro de los hospitales: mientras que en el año 2004, los hospitales ejecutaban un tercio del gasto total en salud, esta proporción disminuyó a partir del año 2005, representando el 31,4% del gasto total en salud, proporción que se mantuvo en los años siguientes (cuadro 47). Esta baja se debe a una disminución de la proporción del gasto total realizado en hospitales de tercer nivel (generales y especializados), que paso de 22,3% del gasto total en salud en el año 2004 a 20,1% en el año 2007.

Cuadro 47 – Evolución de la estructura de gasto en salud según proveedor, Bolivia, 2003-07

Tipo de proveedor	2003	2004	2005	2006	2007
Hospitales	32,2%	33,2%	31,4%	31,6%	31,1%
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%
Proveedores de atención ambulatoria	26,2%	25,4%	25,0%	25,3%	25,7%
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	16,5%	15,1%	18,5%	19,0%	20,2%
Suministro y administración de programas de salud pública	7,4%	8,8%	9,8%	8,3%	8,1%
Administración general de la salud	5,7%	6,1%	5,7%	6,9%	5,3%
Las demás ramas de actividad	5,9%	5,5%	3,7%	2,9%	3,5%
Instituciones proveedoras de servicios relacionados con salud	0,4%	0,5%	0,3%	0,1%	0,3%
Gasto de proveedores de tipo no especificado	5,7%	5,4%	5,5%	5,9%	5,5%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Comparando la estructura de gasto por proveedor de los diferentes subsectores (cuadro 48), se puede constatar que existen diferencias grandes: mientras que el subsector público dirige su gasto a varios proveedores debido a la pluralidad de sus misiones, el esencial del gasto del subsector de la Seguridad Social se dirige a hospitales (47,8%) y a proveedores de atención ambulatoria (42,3%). Por otra parte, el subsector de la seguridad social dirige una parte más importante de su gasto a proveedores de atención ambulatoria que en el subsector público, para el cual solamente el 29,3% del gasto corresponde al primer nivel de atención (cuadro 48).

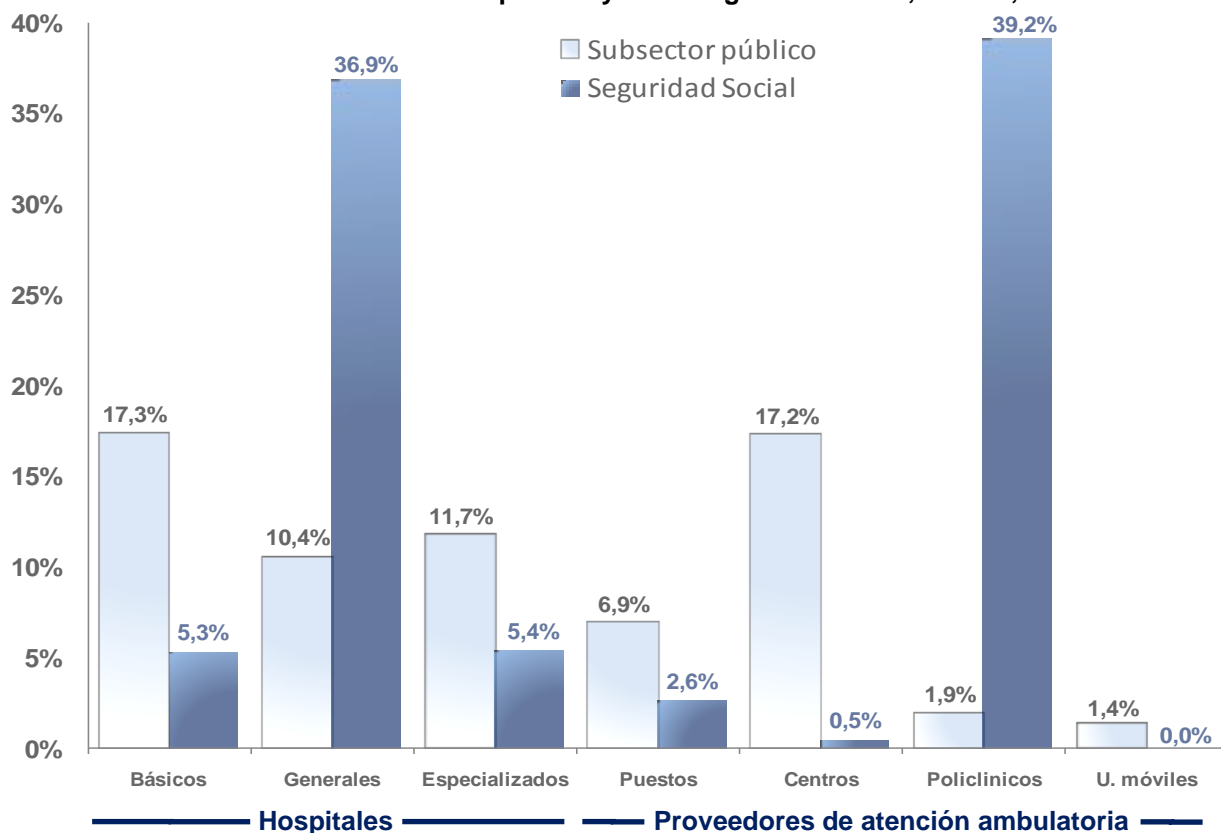
Entre el subsector público y la Seguridad Social, existen entonces similitudes en la proporción muy alta del gasto que se dirige a hospitales, y también en el hecho de dirigir una proporción importante de su gasto a proveedores de atención ambulatoria, aunque con mayor magnitud en la Seguridad Social de corto plazo. Sin embargo, si se observa más a detalle la distribución del gasto por tipo de establecimiento, existen grandes diferencias (ilustración 35): así, la estructura de gasto en salud de la Seguridad Social es muy simple y se basa esencialmente en los policlínicos en el primer nivel de atención y en los hospitales generales como referencia, mientras que en el subsector público, la estructura es más homogénea, entre centros de salud, hospitales básicos, generales, etc.

Cuadro 48 – Estructura de gasto en salud por proveedor y subsector, Bolivia, 2007

Tipo de proveedor	Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Hospitales	40,0%	47,8%	43,3%	7,6%
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	0,5%	0,0%	0,3%	0,0%
Proveedores de atención ambulatoria	29,3%	42,3%	34,7%	8,4%
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	2,5%	0,0%	1,4%	56,5%
Suministro y administración de programas de salud pública	17,4%	0,0%	10,1%	4,0%
Administración general de la salud	8,0%	7,5%	7,8%	0,6%
Las demás ramas de actividad	0,0%	0,0%	0,0%	10,3%
Instituciones proveedoras de servicios relacionados con salud	0,9%	0,0%	0,5%	0,0%
Gasto de proveedores de tipo no especificado	1,3%	2,5%	1,8%	12,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Ilustración 35 – Gasto en salud por tipo de establecimiento en % del gasto total en salud en los subsectores público y de la Seguridad Social, Bolivia, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010, INE 2005

Así, en el subsector público, el gasto en hospitales se reparte entre hospitales básicos, generales y especializados (representando respectivamente 17,3%, 10,4% y 11,7% del gasto público total), el gasto hospitalario de la Seguridad Social de corto plazo se dirige casi exclusivamente a hospitales generales (ilustración 35). Las diferencias de estructura de gasto según tipo de establecimiento entre el subsector público y la Seguridad Social también son grandes dentro del primer nivel de atención: mientras que la casi-totalidad del gasto de la Seguridad Social en el primer nivel se dirige a los Policlínicos, hasta representar el 39,2% del gasto total en salud de la Seguridad Social, este tipo de establecimiento, con consultorios de especialidades, es casi inexistente en el subsector público, en el cual se invierte principalmente en centros de salud, que representan el 17,2% del gasto en salud total del subsector público (ilustración 35).

Finalmente, respecto al sector privado, la mayor parte del gasto se dirige a la categoría de proveedor “minoristas y otros proveedores de productos médicos” debido al importante gasto de bolsillo pagado por los hogares en farmacias. En proporción, el gasto privado en hospitales y en proveedores de atención ambulatoria es entonces relativamente bajo, representando respectivamente 7,6% y 8,4% del gasto privado total para la gestión 2007 (cuadro 48).

III.7.2. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según proveedor

El gasto en salud en valor nominal según tipo de proveedor muestra heterogeneidad, con tasas de incremento 2003-2007 muy diferentes según proveedor (cuadro 49): el gasto realizado dentro de los hogares (las “demás ramas de actividad”), estimado a partir de las Encuestas de Hogares del INE, es el único que muestra un descenso entre 2003 y 2007 (-11,2%) debido a una disminución de este gasto en los años 2005 y 2006. Los dos proveedores siguientes con menos crecimiento en el periodo 2003-2007 son las instituciones de administración general de la salud y las instituciones proveedoras de servicios relacionados con salud, con un crecimiento entre los años 2003 y 2007 de 38,4% y 39,6% respectivamente.

En forma opuesta, el tipo de proveedor que tuvo mayor incremento de su gasto fueron los establecimientos de atención medicalizada y residencial (+ 214,8% entre 2003 y 2007); sin embargo, este proveedor representa una proporción muy baja del gasto total en salud, con un gasto estimado para el año 2007 de solamente Bs. 11,1 millones (cuadro 49), aunque este es probablemente subestimado debido a la ausencia de información del sector privado. El segundo proveedor con mayor incremento de gasto en salud entre 2003 y 2007 fueron los minoristas y otros proveedores de productos médicos, con una tasa de crecimiento de 82,5%, pasando de un gasto de Bs. 582 millones en el año 2003 a Bs. 1.062 millones en el año 2007.

En cuanto a montos gastados, los hospitales constituyen el tipo de proveedor con mayor gasto en salud: se estimó en el primer estudio de cuentas de salud (Valdés y Peñaloza 2010) que este representaría Bs. 1.632,7 millones en el año 2007 (cuadro 49), repartido entre hospitales generales (Bs. 743,3 millones), hospitales básicos (Bs. 527,3 millones), hospitales especializados (Bs. 313,5 millones) y hospitales de salud mental y adicciones (Bs. 48,6 millones). El gasto en proveedores de atención ambulatoria siempre fue menor al gasto en hospitales, demostrando la débil priorización de la atención primaria en el sector salud boliviano: estos tenían en el 2007 un gasto estimado de 1.352 millones de bolivianos (cuadro 48), repartido entre policlínicos (Bs. 604,1 millones), centros de salud (Bs. 410,8 millones), puestos de salud (Bs. 226,5 millones), consultorios médicos (Bs. 33,7 millones), unidades móviles de atención ambulatoria (Bs. 27,4 millones), dentro de los principales.

Estos dos principales tipos de proveedores, hospitales y proveedores de atención ambulatoria, tuvieron un crecimiento anual promedio de su gasto nominal de 9,5% y 10% respectivamente, demostrando un incremento anual relativamente regular, menos para el año 2005, que se justifica por el incremento de precios y el incremento regular de las atenciones en salud.

Cuadro 49 – Evolución del gasto en valor nominal por tipo de proveedor, Bolivia, 2003-07

Gasto en salud por tipo de proveedor		2003	2004	2005	2006	2007
Hospitales	En millones de bolivianos	1.139,1	1.310,2	1.338,4	1.489,2	1.632,7
	<i>(crecim. anual)</i>	-	15,0%	2,2%	11,3%	9,6%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	15,0%	17,5%	30,7%	43,3%
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	En millones de bolivianos	3,5	4,1	3,5	7,1	11,1
	<i>(crecim. anual)</i>	-	17,8%	-14,4%	99,4%	56,5%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	17,8%	0,9%	101,1%	214,8%
Proveedores de atención ambulatoria	En millones de bolivianos	925,0	1.003,8	1.066,5	1.190,9	1.352,0
	<i>(crecim. anual)</i>	-	8,5%	6,2%	11,7%	13,5%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	8,5%	15,3%	28,7%	46,2%
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	En millones de bolivianos	582,0	595,1	790,2	896,7	1.062,0
	<i>(crecim. anual)</i>	-	2,3%	32,8%	13,5%	18,4%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	2,3%	35,8%	54,1%	82,5%
Suministro y administración de programas de salud pública	En millones de bolivianos	260,4	348,4	418,9	390,9	423,0
	<i>(crecim. anual)</i>	-	33,8%	20,2%	-6,7%	8,2%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	33,8%	60,9%	50,1%	62,4%
Administración general de la salud	En millones de bolivianos	202,3	240,3	242,5	324,3	279,9
	<i>(crecim. anual)</i>	-	18,8%	0,9%	33,7%	-13,7%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	18,8%	19,9%	60,3%	38,4%
Las demás ramas de actividad	En millones de bolivianos	208,6	216,1	156,9	134,4	185,3
	<i>(crecim. anual)</i>	-	3,6%	-27,4%	-14,4%	37,9%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	3,6%	-24,8%	-35,6%	-11,2%
Instituciones proveedoras de servicios relacionados con salud	En millones de bolivianos	12,4	20,4	12,3	4,2	17,3
	<i>(crecim. anual)</i>	-	64,5%	-39,6%	-65,7%	309,7%
	<i>(crecimiento acumulado)</i>	-	64,5%	-0,7%	-65,9%	39,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Estudiando el gasto en valor nominal por subsector y su evolución (cuadro 50), se puede destacar que es en el sector público que se observa el mayor incremento del gasto destinado a los hospitales, con una tasa de crecimiento de 70,4% entre los años 2003 y 2007, de tal manera que el gasto en hospitales del sector público, que en el año 2003 era inferior al de la Seguridad Social (Bs. 473,3 millones contra Bs. 512,4 millones en la Seguridad Social) se incrementó en suficiente magnitud para que a partir del año 2006, este en supere el gasto hospitalario de la Seguridad Social de corto plazo: en el año 2007, el gasto en los 111 Hospitales del Sector público (MSyD 2007) era de

Bs. 806,6 millones, mientras que en los hospitales y clínicas del subsector de la Seguridad Social estatal y privada, que sumaban 113 establecimientos en el año 2006 (INASES 2007), el gasto en salud 2007 era de Bs. 689,8 millones, es decir inferior de 116,8 millones de bolivianos al gasto en hospitales del subsector público, a pesar de que ambos subsectores presentan aproximadamente el mismo número de establecimientos hospitalarios de acuerdo con datos del SNIS para el subsector público y del INASES para el subsector de la Seguridad Social.

En cuanto al gasto en proveedores de atención ambulatoria, también es el subsector público que muestra la mayor tasa de crecimiento (88,8% entre los años 2003 y 2007), pasando de un gasto estimado de Bs. 313,3 millones en el año 2003 a Bs. 591,4 millones en el año 2007. En cambio, el gasto en atención ambulatoria en la Seguridad Social se incrementó de solamente 37,9% durante el mismo periodo, pero este sigue siendo en 2007 mayor al gasto público, debido principalmente al alto gasto de las instituciones de seguridad social en los policlínicos: mientras que en el año 2007 el gasto público estimado en proveedores de atención ambulatoria era de Bs. 591,4 millones, el gasto de la seguridad social en este tipo de proveedores era de Bs. 610,5 millones (cuadro 50).

Cuadro 50 – Gasto en valor nominal por tipo de proveedor y subsector, Bolivia, 2007

Gasto en salud por tipo de proveedor		Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Hospitales	Gasto 2007 (Bs. millones)	806,6	689,8	1.496,5	136,2
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	70,4%	34,6%	51,8%	-11,2%
Establecimientos de atención medicalizada y residencial	Gasto 2007 (Bs. millones)	11,1	0,0	11,1	0,0
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	214,8%	-	214,8%	-
Proveedores de atención ambulatoria	Gasto 2007 (Bs. millones)	591,4	610,5	1.201,9	150,1
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	88,8%	37,9%	59,0%	-11,2%
Minoristas y otros proveedores de productos médicos	Gasto 2007 (Bs. millones)	50,0	0,0	50,0	1.012,0
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	501,3%	-	501,3%	76,4%
Suministro y administración de programas de salud pública	Gasto 2007 (Bs. millones)	350,9	0,0	350,9	72,1
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	49,4%	-	49,4%	182,8%
Administración general de la salud	Gasto 2007 (Bs. millones)	162,0	107,9	269,9	10,1
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	29,7%	46,0%	35,7%	191,7%
Las demás ramas de actividad	Gasto 2007 (Bs. millones)	0,0	0,0	0,0	185,3
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	-	-	-	-11,2%
Instituciones proveedoras de servicios relacionados con salud	Gasto 2007 (Bs. millones)	17,2	0,0	17,2	0,1
	<i>(crecimiento 2003-2007)</i>	51,1%	-	51,1%	-88,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Analizando más a detalle la distribución del gasto por tipo de establecimiento en el subsector público y en la Seguridad Social de corto plazo, existen diferencias importantes (cuadro 51): mientras que en la Seguridad Social el gasto en hospitales está dirigido casi exclusivamente a hospitales generales, con un gasto 2007 estimado de Bs. 533,4 millones (contra Bs. 76,6 millones para hospitales de segundo nivel), el subsector público tiene un gasto más importante en hospitales básicos y especializados, mientras que el gasto en hospitales generales representa Bs. 209,9 millones, es decir un promedio de Bs. 21 millones por hospital, ya que existen 10 hospitales generales en este subsector de acuerdo con datos del SNIS. En cambio, este gasto promedio en la Seguridad Social sería de Bs. 35,6 millones por hospital general (15 hospitales generales de acuerdo con el SNIS en el año 2007) (MSyD 2007).

Dentro de los proveedores de atención ambulatoria, el gasto de la Seguridad Social se dirige principalmente a policlínicos, con un gasto inclusive mayor que cualquier otro tipo de establecimiento. Así, el gasto en centros y puestos de salud, que representan conjuntamente Bs. 45 millones en la Seguridad Social de corto plazo, es 10,8 veces inferior al gasto en el subsector público, que representaría Bs. 485,7 millones en el año 2007 (cuadro 51). Por otra parte, el subsector público es el único que dispone de unidades móviles para atención en el área rural en el periodo 2003-07 (Programa Extensa), con un gasto 2007 estimado de Bs. 27,4 millones (cuadro 51).

Cuadro 51 – Gasto nominal en salud por tipo de establecimiento en los subsectores Público y de la Seguridad Social, Bolivia, 2007

Gasto en salud por tipo de establecimiento			Subsector Público	Subsector de la Seguridad Social
Hospitales	Hospitales Básicos	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	348,8 96,7%	76,6 27,6%
	Hospitales Generales	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	209,9 48,2%	533,4 35,6%
	Hospitales Especializados	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	236,2 60,6%	77,3 35,4%
Proveedores de atención ambulatoria	Puestos de Salud	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	138,8 135,6%	38,0 34,8%
	Centros de Salud	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	346,9 87,5%	7,0 48,7%
	Policlínicos	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	38,5 229,9%	565,6 38,0%
	Unidades móviles	Gasto 2007 (Bs. millones) (crecimiento 2003-2007)	27,4 7,3%	0,0 -

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

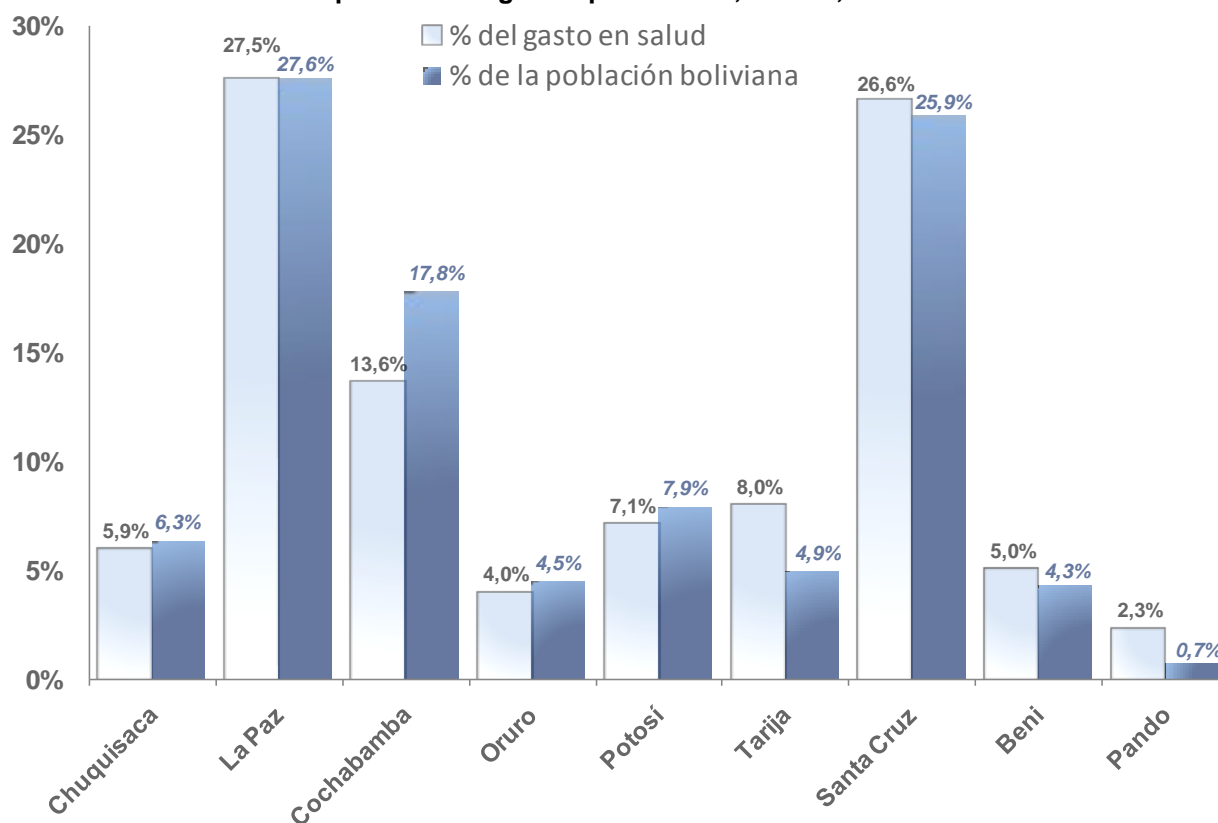
III.8. Análisis del Gasto en salud según Departamento

III.8.1. Evolución de la estructura de gasto en salud según Departamento

Las estimaciones de gasto por departamento provienen del primer estudio (Valdés y Peñaloza 2010) ya que no existe esta matriz en el segundo estudio, y como consecuencia, el valor del gasto total no corresponde a los montos analizados en los acápite anteriores. El gasto reportado corresponde al gasto ejecutado dentro del Departamento considerado, pudiendo ser por parte de cualquier tipo de agente, excepto los hogares. Por otra parte, cada año, aproximadamente un tercio del gasto total en salud no puede ser atribuido a ningún Departamento (categoría “nivel nacional”) ya que corresponde a administraciones centrales del Ministerio de Salud, de la Seguridad Social o de Organizaciones no Gubernamentales, pero sobre todo corresponde al gasto de bolsillo de los hogares, debido a que las encuestas de hogares realizadas por el INE no son representativas a nivel departamental, por lo que la totalidad de este gasto fue agregado a nivel nacional en el estudio de cuentas de salud analizado. Así, en el sector estatal (público + seguridad social), el gasto nacional representa el 7% del gasto sectorial en el año 2007, mientras que en el sector privado, representa el 86% debido a esta imposibilidad de desagregar el gasto de bolsillo por Departamento.

Observando la distribución del gasto en salud que pudo ser desagregado por Departamento de acuerdo con estos criterios metodológicos, se constata que de manera general, la distribución del gasto en salud no es muy diferente de la distribución poblacional para 6 de los 9 Departamentos de Bolivia, con la excepción de Tarija y Pando, para los cuales la proporción del gasto en salud es superior a la proporción de la población departamental dentro de la población nacional (por ejemplo

Ilustración 36 – Estructura de Gasto en salud y de población según Departamento, Bolivia, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010, INE 2005

en el Departamento de Tarija, el gasto en salud representa el 8% del gasto de los 9 Departamentos, mientras que la población tarijeña solo representa el 4,9% de la población nacional). El Departamento de Cochabamba constituye la tercera excepción, pero en forma negativa: mientras que la población departamental representaba en el año 2007 el 17,8% de la población boliviana de acuerdo con proyecciones del INE (INE 2005), el gasto en salud departamental solo representaba el 13,6% del gasto de los 9 Departamentos (ilustración 36).

Los departamentos que representan la mayor proporción de gasto en salud son entonces los que tienen mayor población: el gasto en salud del departamento de La Paz representa el 27,5% del gasto en salud de los 9 Departamentos, y el Departamento de Santa Cruz representa el 26,6%. En oposición, los Departamentos menos poblados, Oruro y Pando, tienen la menor proporción de gasto en salud, con respectivamente 4% y 2,3% del gasto de los 9 Departamentos (ilustración 36).

En el periodo 2003-2007, esta distribución del gasto en salud por Departamento evolucionó relativamente poco: la mayor diferencia se observa en el Departamento de La Paz, en el cual la proporción del gasto en salud clasificable por Departamento era de 30,9% en el año 2003, para luego disminuir gradualmente hasta alcanzar 27,5% en el año 2007. Santa Cruz, el otro Departamento con mayor gasto, también disminuyó su participación en el gasto en salud, de 28% en 2003 a 26,6% en 2007. En oposición, el departamento de Tarija vio su participación en el gasto en salud de los 9 Departamentos incrementarse, de 4,9% en el año 2003 a 8% en el 2007. En menores proporciones, la proporción de gasto en salud correspondiendo al Departamento de Potosí pasó de 5,7% en el año 2003 a 7,1% en el año 2007 (cuadro 52).

Cuadro 52 – Evolución de la estructura de gasto según Departamento, Bolivia, 2003-07

Departamento	2003	2004	2005	2006	2007
Chuquisaca	6,6%	6,0%	6,2%	5,7%	5,9%
La Paz	30,9%	29,5%	28,4%	27,9%	27,5%
Cochabamba	13,5%	15,4%	12,9%	12,8%	13,6%
Oruro	4,0%	3,8%	4,1%	3,7%	4,0%
Potosí	5,7%	6,1%	6,8%	6,5%	7,1%
Tarija	4,9%	5,6%	5,9%	7,5%	8,0%
Santa Cruz	28,0%	25,8%	28,3%	29,3%	26,6%
Beni	5,1%	6,3%	4,7%	5,0%	5,0%
Pando	1,4%	1,6%	2,5%	1,7%	2,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Comparando la estructura de gasto por Departamento de los diferentes subsectores (cuadro 53), se puede constatar que existen diferencias grandes: mientras que el subsector público dirige su gasto en forma relativamente equitativa en comparación con la distribución poblacional, con la notable excepción de Tarija, la distribución por departamentos de la Seguridad Social y del sector privado son muy inequitativas, beneficiando principalmente a los departamentos de La Paz y Santa Cruz: en el 2007, el subsector público dirige el 42,7% de su gasto desagregado por Departamentos (no central) a estos dos departamentos; en cambio, el subsector de la Seguridad Social dirige el 64,6% de su gasto a La Paz y Santa Cruz (cuadro 53), a pesar de que estos representan solamente el 54,1% de la población afiliada en la Seguridad Social (INASES 2009).

En el sector privado, la diferencia es aún más grande, ya que en el año 2007, el 87,3% del gasto de este sector se dirige a los Departamentos de Santa Cruz y La Paz (respectivamente 53,8% y 28,9%), principalmente por el gasto de los seguros privados, ya que estos representan el 90% del gasto privado que pudo ser desagregado por Departamento (cuadro 53).

Si se analiza más a detalle la distribución del gasto en salud del subsector público, se observa que el subsector público favorece menos los Departamentos de La Paz y Santa Cruz en relación a su población: mientras que la distribución del gasto total corresponde aproximadamente a la distribución poblacional en estos dos departamentos (ilustración 36), la proporción de gasto público ejecutado en estos dos Departamentos es inferior a la distribución poblacional: el subsector público dirige el 42,7% de su gasto a estos dos departamentos mientras que representan conjuntamente el 53,5% de la población nacional (cuadro 53).

En cambio, el Departamento de Tarija es el más favorecido por el subsector público en cuanto a gasto en salud, ya que le correspondía en 2007 el 11,4% del gasto público desagregado por Departamento (cuadro 53), mientras que su población solo representaba el 4,9% de la población boliviana. Esta inequidad geográfica se debe principalmente a los esfuerzos a favor del gasto en el Sector Salud realizados por la Prefectura y por los Municipios de Tarija a partir del año 2006, permitidos por un fuerte incremento de los ingresos por concepto de hidrocarburos (IDH y regalías): así, en el año 2006, los Gobiernos municipales del departamento multiplicaron su gasto en salud por 2,1 respecto al año 2005, mientras que la Prefectura de Tarija multiplicó el suyo por 1,9. Este incremento del gasto continuó en el año 2007, con la implementación, entre otros, del Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija, que tuvo un gasto en salud para el año 2007 de más de 8 millones de bolivianos (Valdés y Peñaloza 2010).

Cuadro 53 – Estructura de gasto en salud por Departamento y subsector, Bolivia, 2007

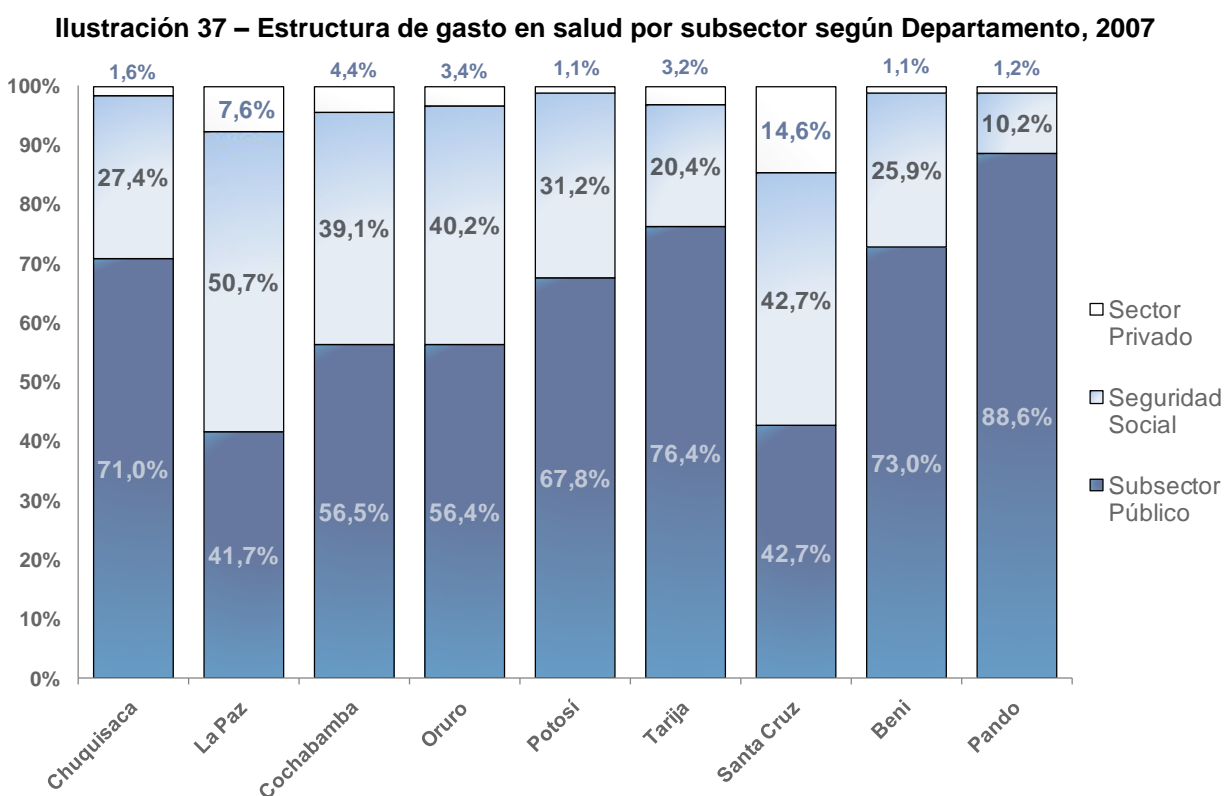
Departamento	Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Chuquisaca	7,9%	4,1%	6,3%	1,4%
La Paz	21,4%	35,6%	27,4%	28,9%
Cochabamba	14,3%	13,5%	14,0%	8,4%
Oruro	4,2%	4,1%	4,1%	1,8%
Potosí	9,0%	5,6%	7,6%	1,1%
Tarija	11,4%	4,1%	8,3%	3,5%
Santa Cruz	21,2%	29,0%	24,5%	53,8%
Beni	6,8%	3,3%	5,3%	0,8%
Pando	3,8%	0,6%	2,4%	0,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Los demás departamentos más favorecidos por el subsector público son Pando, Beni, Chuquisaca y Potosí: conjuntamente, estos Departamentos representan menos de 20% de la población total (19,3% en 2007 de acuerdo con proyecciones del INE), pero ejecutan el 27,5% del gasto en salud del subsector público: al Departamento de Pando, le corresponde 3,8% del gasto en salud público (para solamente el 0,7% de la población boliviana), Beni ejecuta el 6,8% del gasto (4,3% de la población), Chuquisaca 7,9% del gasto (6,3% de la población) y el Departamento de Potosí ejecuta el 9% del gasto público (para el 7,9% de la población) (cuadro 53 e ilustración 36).

III.8.2. Estructura departamental de gasto en salud según subsector

Como consecuencia de las inequidades de distribución del gasto demostradas en el acápite anterior (8.1), los nueve departamentos del país tienen entre sí mismos importantes diferencias en la estructura de su gasto por subsector (ilustración 37). Los Departamentos de Pando, Tarija, Beni, Chuquisaca y Potosí tienen todos un financiamiento público que representa más de dos tercios del gasto total en salud desagregado a nivel departamental, con respectivamente 88,6% del gasto, 76,4%, 73%, 71% y 67,8%. Paralelamente, estos cinco Departamentos tienen una proporción de su gasto en salud financiado por la Seguridad Social y por el sector privado (seguros privados y ONGs) relativamente bajo: en el Departamento de Pando, solamente el 10,2% del gasto en salud corresponde a la Seguridad Social de corto plazo, el 20,4% en el Departamento de Tarija. A título de comparación la distribución promedio entre los 9 Departamentos (promedio de % y no de montos) es de 63,8% para el subsector público, 32% para la Seguridad Social y 4,2% para el sector privado.



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

En cambio, los Departamentos de Cochabamba y Oruro presentan en proporción de su gasto total un gasto público menor que en los cinco Departamentos mencionados anteriormente. Estos dos Departamentos presentan una estructura similar, con un gasto público que representa aproximadamente el 56% del gasto, y una proporción de gasto de la Seguridad Social y privado mayor a lo que se puede observar en Pando, Tarija, Beni, Chuquisaca y Potosí: la Seguridad Social representa aproximadamente el 40% del gasto en salud y el sector privado el 4% (ilustración 37).

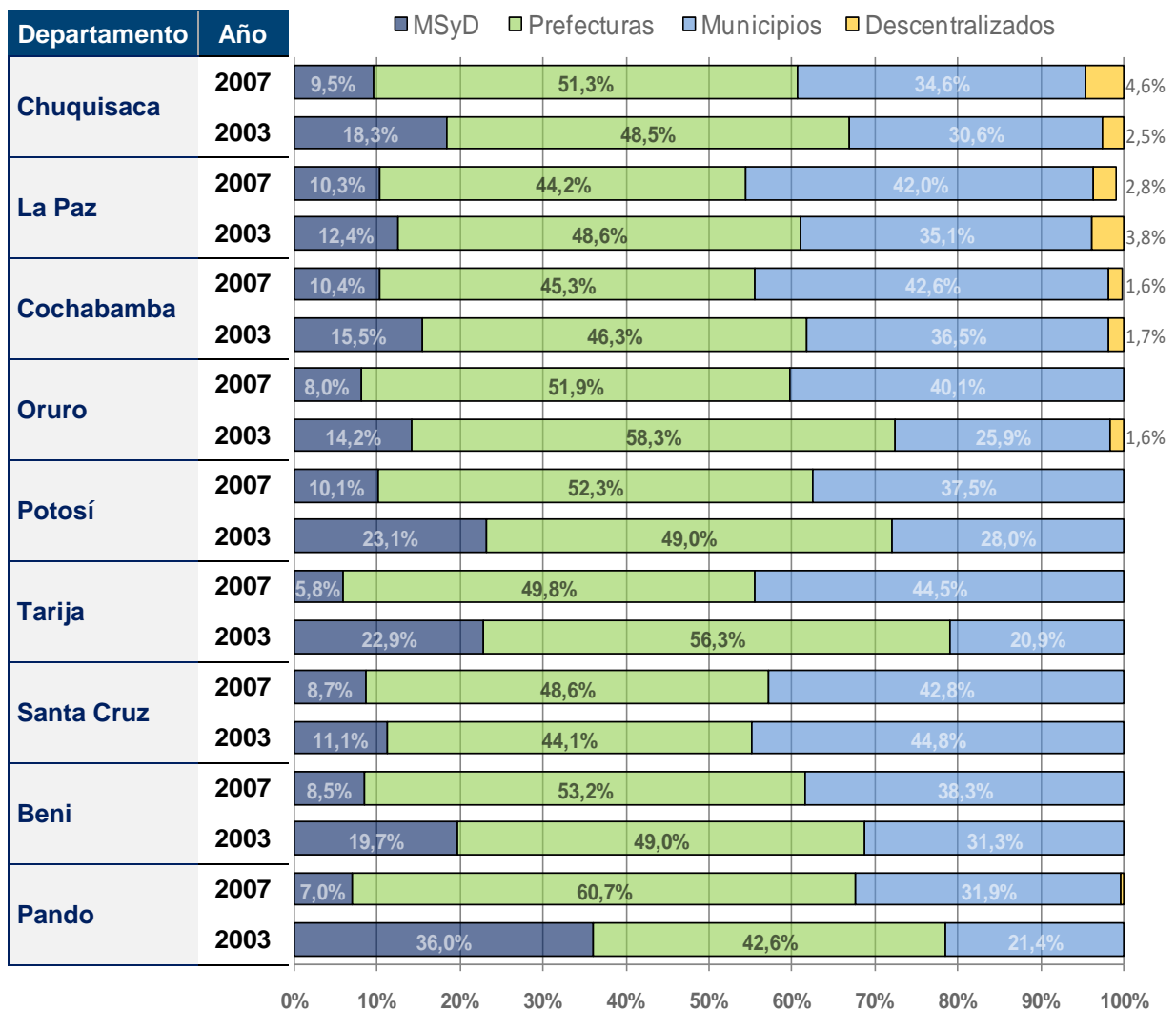
Los Departamentos de La Paz y Santa Cruz son los que presentan mayor fragmentación de su financiamiento: en estos, el subsector público representa menos de la mitad del gasto en salud; en el Departamento de La Paz, el financiamiento de la Seguridad Social representa más de la mitad del gasto en salud (único Departamento en este caso) y tiene un gasto de seguros privado / ONGs mayor en proporción respecto a los demás Departamentos, excepto Santa Cruz.

En el Departamento de Santa Cruz, se observa que el subsector público y el subsector de la Seguridad Social financian la misma proporción del gasto en salud (42,7%), y eso a pesar de que Santa Cruz es el Departamento con menos cobertura de la Seguridad Social: en el año 2008, los afiliados a la Seguridad Social de corto plazo (sin contar los afiliados al SSPAM) representaban el 18% de la población departamental, mientras que a nivel nacional, la cobertura era de 28,2%.

Santa Cruz es también el Departamento con mayor proporción de gasto privado (casi exclusivamente seguros privados) ya que este representa el 14,6% de su gasto en salud (ilustración 37). No se debe olvidar que el gasto de bolsillo no está incluido dentro del gasto privado, debido a la no representatividad de este dato a nivel departamental en las encuestas de hogares del INE. Sin embargo, debido a la oferta de servicios privados disponible, es posible que en proporción del gasto departamental total, los Departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba tengan un gasto de bolsillo mayor a los demás Departamentos.

Estudiando más a detalle la repartición del gasto público entre los diferentes agentes financiadores del subsector correspondiente, se constata que las Prefecturas son en el año 2007 el principal agente financiador en todos los Departamentos (ilustración 38), debido principalmente al hecho que

Ilustración 38 – Estructura de gasto por entidad pública según Departamento, 2003 y 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñalosa 2010

a las Prefecturas les corresponden el gasto en recursos humanos financiado por el Tesoro General de la Nación (que representan más del 80% del gasto prefectoral). El Departamento de Pando presenta la mayor proporción de gasto público con financiamiento prefectoral, con 60,7% en el año 2007. En oposición, La Paz y Cochabamba son los Departamentos en los cuales la proporción de gasto público financiado por la Prefectura es menor, 44,2% y 45,3% respectivamente. En los departamentos de Santa Cruz y Tarija, esta proporción es de 48,6% y 49,8%, mientras que en los demás departamentos, la Prefectura financia más de la mitad del gasto público (ilustración 38).

En cuanto a financiamiento municipal, el mayor en relación al gasto público total se encuentra en el Departamento de Tarija, donde los Gobiernos Municipales financian el 44,5% del gasto público (ilustración 38). En La Paz, Cochabamba y Santa Cruz, este porcentaje es de alrededor de 42%, mientras que es Chuquisaca y Pando que el financiamiento municipal tiene menor importancia, representando respectivamente 34,6% y 31,9% del gasto departamental en salud (ilustración 38).

Finalmente, el financiamiento del Ministerio de Salud y Deportes para 2007 es relativamente bajo en relación con el gasto público total, representando entre 5 y 10 % del gasto público según el Departamento: en La Paz y Cochabamba, representa más del 10% del gasto público total para el año 2007, mientras que tienen menor importancia en Pando y Tarija (7% y 5,8% respectivamente).

Si se observa la evolución de la estructura departamental del gasto público según agente de financiamiento, se puede constatar que la proporción del gasto público financiado por el Ministerio de Salud y Deportes se ha reducido progresivamente en todos los Departamentos: en el año 2003, el Ministerio de Salud financiaba el 19,2% del gasto público como promedio entre los 9 Departamentos, mientras que en el 2007, este promedio era de solamente 8,7%. Así, se constata que en el año 2003, el Ministerio de Salud y Deportes tenía un rol fundamental en el financiamiento del gasto público en los Departamentos de Pando, Potosí, Tarija y Chuquisaca, ya que representaba en estos Departamentos el 36%, 23,1%, 22,9% y 18,3% del gasto público respectivamente. En el año 2007, la proporción del gasto financiado por el Ministerio de Salud era inferior a 10% en estos cuatro Departamentos. Este cambio de estructura se hizo a favor de los Gobiernos Municipales, que vieron su participación en el gasto público departamental pasar de 30,5% a 39,4% como promedio entre los 9 Departamentos. El incremento mayor del porcentaje de gasto financiado por los Municipios se observa en el Departamento de Tarija: mientras que en el año 2003, los Gobiernos Municipales de este Departamento financiaban solamente el 20,9% del gasto público departamental (menos que el ministerio de Salud), en el año 2007, administraban el 44,5% (ilustración 38).

III.8.3. Nivel y evolución del gasto en valor nominal según Departamento

De acuerdo con la estructura de gasto en salud por Departamento, el mayor gasto en salud se encuentra en los Departamentos de La Paz y Santa Cruz, en los cuales el gasto estatal y de los seguros privados se acerca en conjunto a los mil millones de bolivianos; el departamento con menor gasto es el de Pando, con Bs. 79,5 millones (cuadro 54).

Respecto al incremento del gasto en salud en el periodo 2003-2007 (cuadro 54 e ilustración 39), son los Departamentos de Pando y Tarija que mostraron la mayor tasa de crecimiento entre los años 2003 y 2007, 160,1% y 157,5% respectivamente, significando que en estos Departamentos, el gasto en salud fue multiplicado por 2,6 en este periodo. No obstante, estos incrementos tuvieron lugar en momentos diferentes: mientras que el mayor incremento del gasto en salud en Pando estuvo en los años 2005 y 2007, el crecimiento en Tarija se debe principalmente a los años 2004 y 2006.

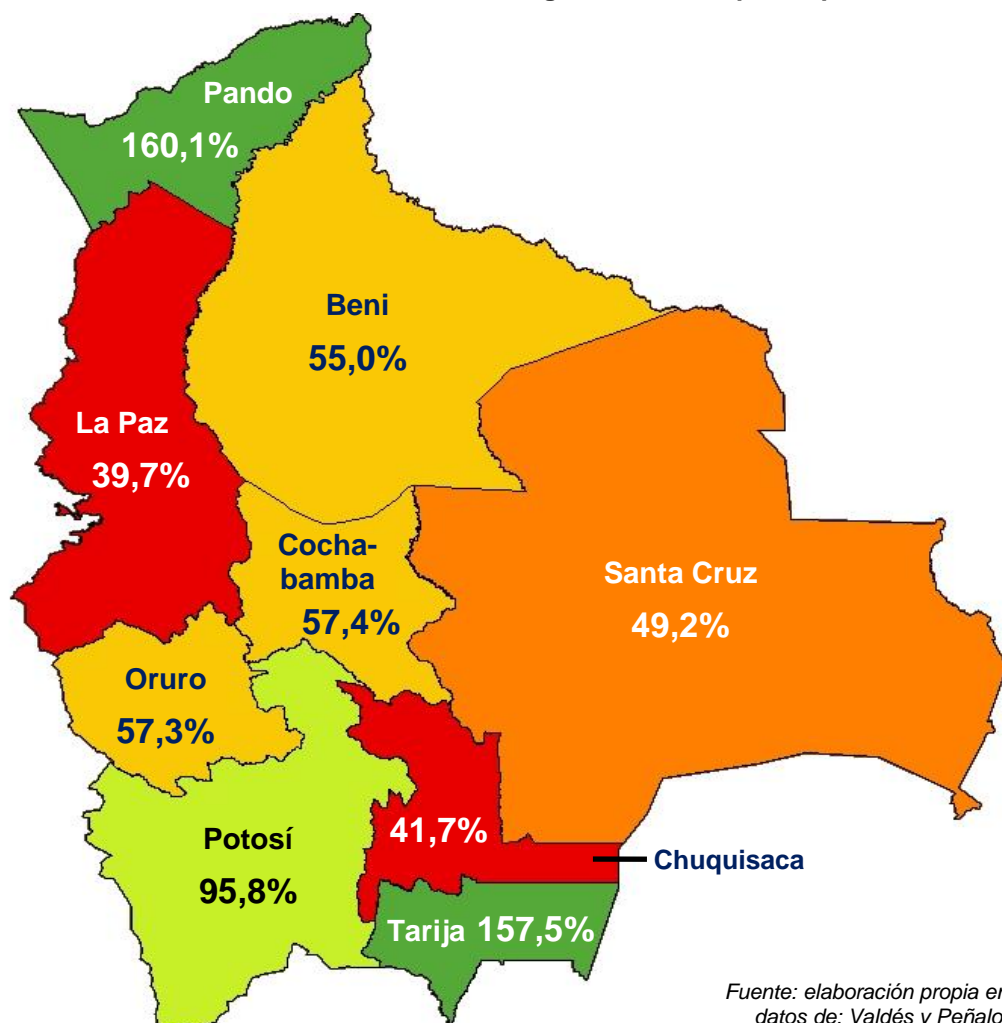
Por otra parte, el menor crecimiento se observa en los Departamentos de La Paz y Chuquisaca, con una tasa de crecimiento entre los años 2003 y 2007 de 39,7% y 41,7% respectivamente. Santa Cruz también tuvo un crecimiento inferior a 50% (cuadro 54 e ilustración 39).

Cuadro 54 – Evolución del gasto en valor nominal por Departamento, Bolivia, 2003-07

Gasto en salud por Departamento		2003	2004	2005	2006	2007
Chuquisaca	En millones de bolivianos	145,3	154,6	174,7	182,0	206,0
	(crecim. anual)	-	6,4%	13,0%	4,2%	13,1%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	6,4%	20,2%	25,3%	41,7%
La Paz	En millones de bolivianos	683,5	759,3	797,3	890,0	955,1
	(crecim. anual)	-	11,1%	5,0%	11,6%	7,3%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	11,1%	16,7%	30,2%	39,7%
Cochabamba	En millones de bolivianos	299,2	396,0	363,4	407,4	471,1
	(crecim. anual)	-	32,3%	-8,2%	12,1%	15,6%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	32,3%	21,4%	36,2%	57,4%
Oruro	En millones de bolivianos	87,4	97,2	115,1	116,9	137,4
	(crecim. anual)	-	11,2%	18,4%	1,6%	17,5%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	11,2%	31,7%	33,9%	57,3%
Potosí	En millones de bolivianos	125,6	157,4	191,5	208,2	245,9
	(crecim. anual)	-	25,3%	21,6%	8,8%	18,1%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	25,3%	52,4%	65,8%	95,8%
Tarija	En millones de bolivianos	107,3	143,7	166,2	238,8	276,2
	(crecim. anual)	-	34,0%	15,7%	43,7%	15,7%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	34,0%	55,0%	122,6%	157,5%
Santa Cruz	En millones de bolivianos	618,9	664,0	796,0	936,5	923,0
	(crecim. anual)	-	7,3%	19,9%	17,6%	-1,4%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	7,3%	28,6%	51,3%	49,2%
Beni	En millones de bolivianos	112,2	163,3	132,4	160,8	173,8
	(crecim. anual)	-	45,6%	-18,9%	21,4%	8,1%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	45,6%	18,1%	43,4%	55,0%
Pando	En millones de bolivianos	30,6	40,5	71,5	53,6	79,5
	(crecim. anual)	-	32,4%	76,9%	-25,1%	48,3%
	(crecim. acumulado 2003-07)	-	32,4%	134,1%	75,5%	160,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Ilustración 39 – Tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto en salud por Departamento, Bolivia



Analizando el gasto departamental en valor nominal por subsector y su evolución (cuadro 55), se puede confirmar que el incremento del gasto total en salud se debe principalmente al incremento del gasto público: así, los tres Departamentos con mayor incremento del gasto en salud en el periodo 2003-2007, Pando, Tarija y Potosí, también son los que tuvieron mayor incremento de su gasto público, con tasas de crecimiento entre los años 2003 y 2007 de 206,4% para Tarija, 185,8% para Pando y 112,9% para Potosí. El cuarto Departamento con mayor crecimiento del gasto fue el de Oruro (+94,2% entre 2003 y 2007) mientras que el Departamento de Santa Cruz fue el que mostró el menor incremento (+50,4% entre 2003 y 2007), seguido por La Paz y Chuquisaca, con una tasa de crecimiento de 58,9% para ambos Departamentos. Así, si bien los Departamentos de La Paz y Santa Cruz tienen el mayor gasto en salud público, con aproximadamente Bs. 400 millones cada uno en el año 2007, también son los que menos incrementaron este gasto (cuadro 55).

En cuanto a la Seguridad Social, el Departamento de La Paz es el que representa el mayor gasto, con Bs. 484,5 millones para la gestión 2007, es decir un gasto superior a lo que se gastó en el subsector público en este Departamento (Bs. 398,2 millones). Sin embargo, la tasa de crecimiento del gasto de la Seguridad Social fue relativamente baja en este Departamento, representando un 27,5% entre los años 2003 y 2007 (cuadro 55).

Potosí constituye el Departamento en el cual se observa la mayor tasa de crecimiento del gasto en salud de la Seguridad Social entre 2003 y 2007 (+62,6%). Luego, solamente los Departamentos de Tarija y Santa Cruz mostraron una tasa de crecimiento superior al 50% entre 2003 y 2007, mientras que los Departamentos de Chuquisaca y Oruro muestran un crecimiento muy bajo de su gasto de la Seguridad Social en valor nominal, de 8% y 17,9% respectivamente, significando con toda probabilidad una disminución del gasto real en estos dos Departamentos. Sin embargo, debido a la falta de datos precisos de inflación y gasto por objeto detallados por Departamento, no se calcula en el presente estudio el crecimiento real del gasto departamental (cuadro 55).

Respecto al gasto del sector privado, este muestra tasas de crecimiento muy fuertes en los Departamentos fuera del Eje Central: Chuquisaca, Oruro, Potosí, Tarija, Beni y Pando. En estos, el gasto privado considerado en el estudio fue multiplicado por 7,2 entre 2003 y 2007. A pesar de este fuerte crecimiento, el gasto privado calculado en el estudio para estos Departamentos sigue siendo pequeño, representando Bs. 22,3 millones en el año 2007, es decir 10 veces menor a los Bs. 228,2 millones gastados en los tres Departamentos del Eje Central (cuadro 55).

Cuadro 55 – Gasto en valor nominal por Departamento y subsector, Bolivia, 2007

Gasto en salud por Departamento		Subsector público	Subsector Seg.Social	Sector Estatal	Sector privado
Chuquisaca	Gasto 2007 (Bs. millones)	146,2	56,4	202,6	3,4
	(crecimiento 2003-2007)	58,9%	8,0%	40,5%	203,9%
La Paz	Gasto 2007 (Bs. millones)	398,2	484,5	882,6	72,5
	(crecimiento 2003-2007)	58,9%	27,5%	40,0%	36,8%
Cochabamba	Gasto 2007 (Bs. millones)	266,1	184,0	450,1	21,0
	(crecimiento 2003-2007)	77,4%	37,3%	58,5%	37,7%
Oruro	Gasto 2007 (Bs. millones)	77,5	55,3	132,7	4,6
	(crecimiento 2003-2007)	94,2%	17,9%	53,0%	685,6%
Potosí	Gasto 2007 (Bs. millones)	166,6	76,6	243,2	2,7
	(crecimiento 2003-2007)	112,9%	62,6%	94,0%	1223,6%
Tarija	Gasto 2007 (Bs. millones)	211,0	56,4	267,5	8,7
	(crecimiento 2003-2007)	206,4%	50,5%	151,5%	852,7%
Santa Cruz	Gasto 2007 (Bs. millones)	393,9	394,3	788,2	134,8
	(crecimiento 2003-2007)	50,4%	50,4%	50,4%	42,4%
Beni	Gasto 2007 (Bs. millones)	126,8	45,0	171,8	1,9
	(crecimiento 2003-2007)	68,1%	23,6%	53,6%	579,2%
Pando	Gasto 2007 (Bs. millones)	70,5	8,1	78,6	0,9
	(crecimiento 2003-2007)	185,8%	37,5%	157,1%	-

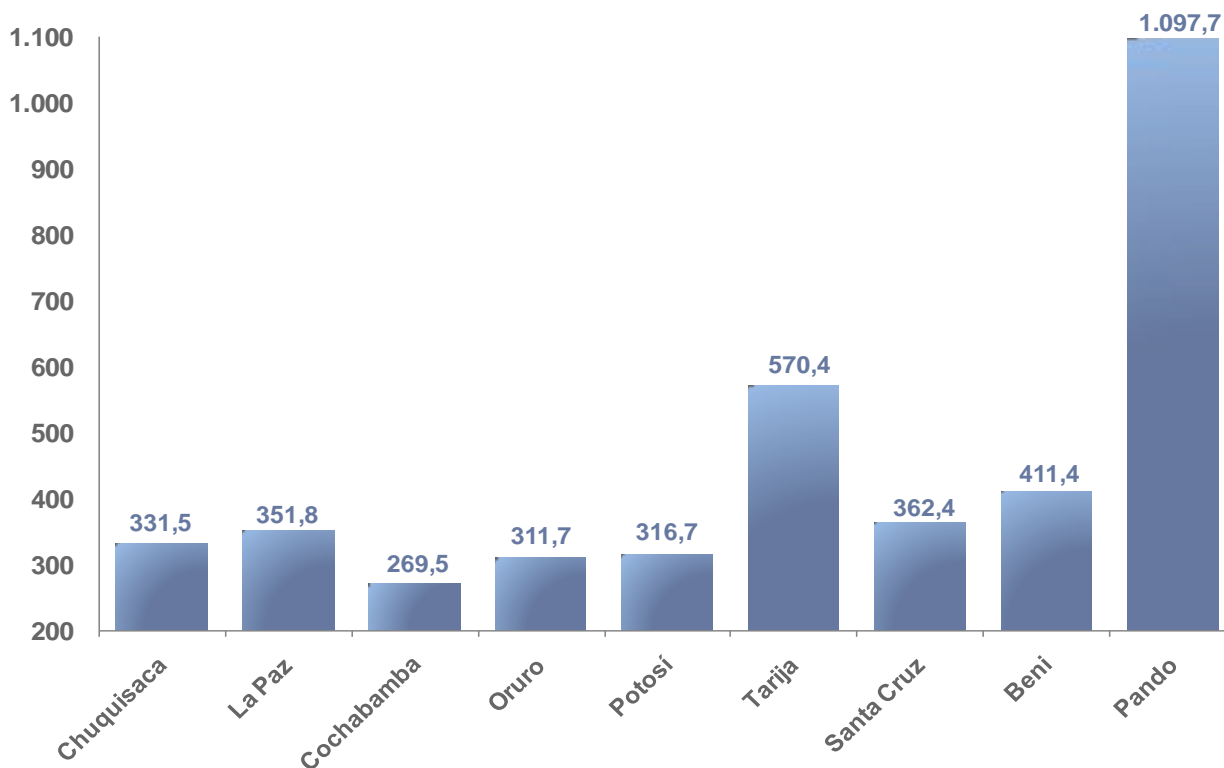
Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

III.8.4. Gasto en salud per cápita, según Departamento

El gasto total en salud per cápita (en valor nominal) que pudo ser desagregado por Departamento (no se incluye el gasto de bolsillo ni los gastos realizados para el nivel nacional) es en consolidado nacional de Bs. 352,9 por habitante en el año 2007, pero con grandes inequidades interdepartamentales: Pando es el Departamento con mayor gasto per cápita, con Bs. 1.097,7, mientras que Cochabamba tienen un gasto per cápita cuatro veces más bajo, con Bs. 269,5 por habitante; Oruro y Potosí también muestran un bajo gasto en salud per cápita, con Bs. 311,7 y Bs. 316,7 respectivamente, mientras que Tarija constituye el segundo Departamento con mayor gasto per cápita (Bs. 570,4), aunque este es 1,9 veces menor a lo que se observa en Pando (ilustración 40).

En los de más Departamentos, el gasto per cápita calculado para el presente estudio a partir de los datos de gasto de Valdés y Peñaloza (2010) y datos de población del INE (2005), es de Bs. 331,5 por habitante en Chuquisaca, Bs. 351,8 en La Paz, Bs. 362,4 en Santa Cruz y Bs. 411,4 por habitante en el Departamento del Beni (ilustración 40).

Ilustración 40 – Gasto en salud per cápita según Departamento, en bolivianos, Bolivia, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

El gasto por habitante ha evolucionado de manera muy diferente según el Departamento: así, los Departamentos que en 2007 tienen el mayor gasto per cápita (Pando y Tarija) también son los que tuvieron mayor incremento, y, si bien el Departamento de Pando siempre fue el que tuvo mayor gasto per cápita, el Departamento de Tarija tenía en el año 2003 un gasto per cápita inferior a lo que se podía observar en La Paz, Santa Cruz, Chuquisaca y Beni, pero este se incrementó progresivamente y fue multiplicado por dos en solamente 3 años (cuadro 56).

Los Departamentos de La Paz, Santa Cruz y Chuquisaca son los que mostraron las menores tasas de crecimiento de su gasto per cápita, respectivamente 31%, 30,7% y 32,7% (cuadro 56).

En cuanto al Departamento de Potosí, su gasto per cápita tuvo un incremento de 91,2% entre 2003 y 2007, de tal forma que siendo el menor gasto per cápita en el año 2003, con Bs. 165,6 por habitante, tiene en el año 2007 un gasto per cápita mayor que en los Departamentos de Cochabamba y de Oruro. De hecho, a partir del año 2005, es en el Departamento de Cochabamba que se observa el menor gasto en salud per cápita (cuadro 56).

Por otra parte, se puede observar un incremento de las desigualdades interdepartamentales en el gasto en salud per cápita entre los años 2003 y 2007: mientras que en el año 2003, el gasto per cápita departamental mayor (Pando con Bs. 501,1 por habitante) era 3 veces más elevado que en el Departamento con menor gasto (Potosí con Bs. 165,6 por habitante), en el año 2007 este ratio era de 4: el gasto per cápita en Pando (Bs. 1.097,7 por habitante) era 4,1 veces más elevado que en el Departamento con menor gasto (Cochabamba con Bs. 269,5 por habitante). En el año 2005, el gasto per cápita en Pando (Bs. 1.072,9 por habitante) era 4,9 veces más elevado que en el Departamento de Cochabamba, el cual era de Bs. 217,3 por habitante (cuadro 56).

Cuadro 56 – Evolución del gasto per cápita por Departamento, Bolivia, 2003-07

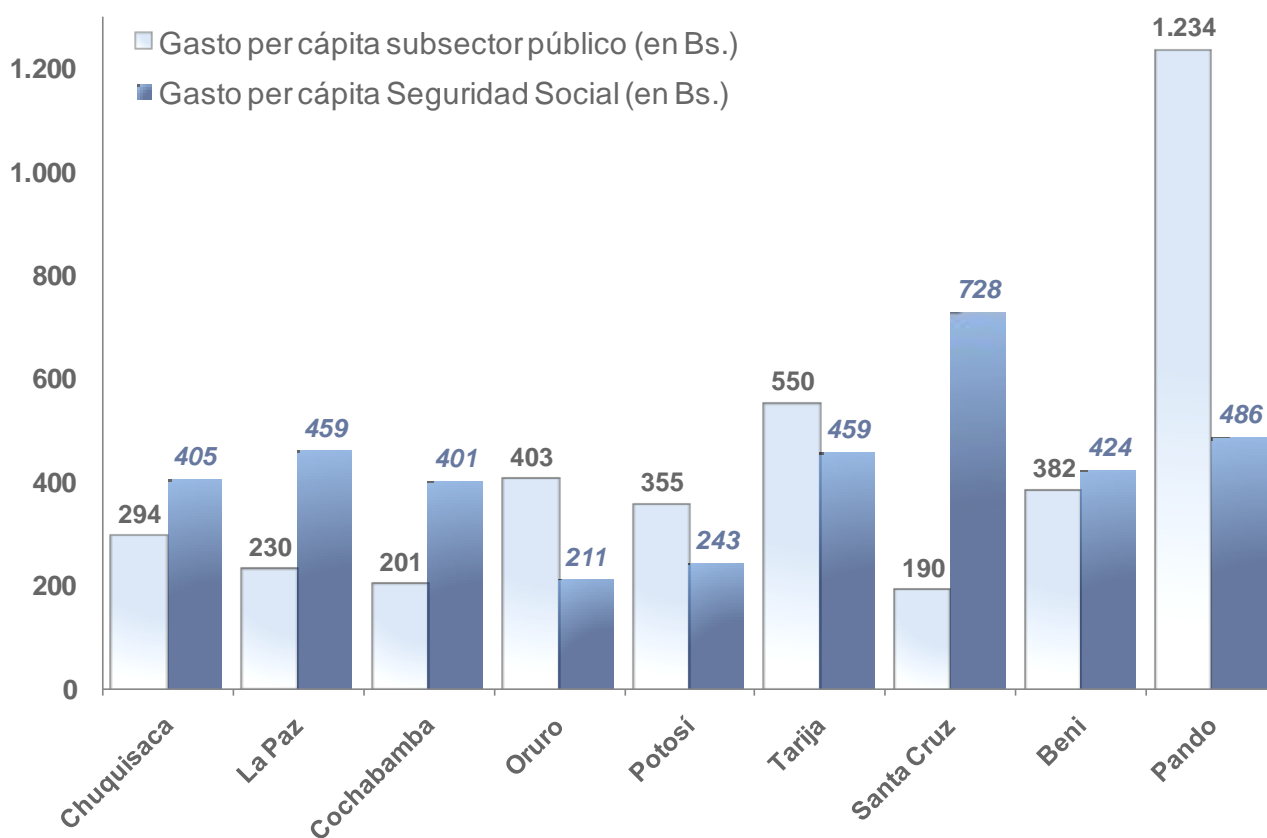
Gasto per cápita por Departamento		2003	2004	2005	2006	2007
Chuquisaca	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	249,8 -	261,2 4,6%	290,3 16,2%	297,6 19,1%	331,5 32,7%
La Paz	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	268,6 -	293,4 9,2%	303,1 12,9%	333,0 24,0%	351,8 31,0%
Cochabamba	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	187,5 -	242,3 29,3%	217,3 15,9%	238,3 27,1%	269,5 43,8%
Oruro	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	205,1 -	226,1 10,2%	265,4 29,4%	267,5 30,4%	311,7 52,0%
Potosí	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	165,6 -	206,2 24,5%	249,2 50,5%	269,5 62,7%	316,7 91,2%
Tarija	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	247,2 -	321,8 30,2%	362,2 46,5%	506,4 104,9%	570,4 130,8%
Santa Cruz	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	277,3 -	287,4 3,7%	333,2 20,2%	379,6 36,9%	362,4 30,7%
Beni	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	286,8 -	409,3 42,7%	325,3 13,4%	387,7 35,2%	411,4 43,4%
Pando	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	501,1 -	633,7 26,4%	1.072,9 114,1%	771,1 53,9%	1.097,7 119,0%
Consolidado 9 Departamentos	Bs. / habitante (crecimiento acumulado)	244,9 -	279,2 14,0%	297,9 21,7%	331,8 35,5%	352,9 44,1%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

A partir de la desagregación del gasto departamental per cápita por subsector, se puede constatar aún más las desigualdades observadas en el gasto total per cápita: en el subsector público, Pando es el Departamento con mayor gasto per cápita en el año 2007, con Bs. 1.234,2 por habitante no afiliado a la Seguridad Social, mientras que los ratios per cápita menores se observan en los Departamentos del Eje Central: Bs. 189,9 por habitante no afiliado en la Seguridad Social en Santa Cruz, Bs. 201 en Cochabamba y Bs. 229,8 en La Paz (ilustración 41 y cuadro 57).

Existen entonces desigualdades inter-departamentales muy pronunciadas en la distribución del gasto público, ya que mayor gasto público departamental per cápita (Pando) es 6,5 veces mayor al menor (Pando). En el subsector de la Seguridad Social, estas inequidades son menos marcadas, ya que en el año 2007, el gasto per cápita departamental mayor (Santa Cruz con Bs. 727,9 por afiliado) era 3,5 veces más elevado que en el Departamento con menor gasto per cápita en la Seguridad Social (Oruro con Bs. 201,9 por afiliado) (ilustración 41 y cuadro 57).

Ilustración 41 – Gasto en salud per cápita según Departamento y subsector, Bolivia, 2007



Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Si se observa las diferencias entre los subsectores público y de la Seguridad Social, se constata que a nivel nacional, el gasto por afiliado en la Seguridad Social es superior al gasto per cápita del subsector público (por habitante no afiliado). Sin embargo, lo contrario ocurre en los Departamentos de Oruro, Potosí, Tarija y Pando, siendo el gasto per cápita en el subsector público mayor que el gasto per cápita de la Seguridad Social. Así, en el Departamento de Pando, el gasto per cápita del subsector público (Bs. 1.234,2) es 2,5 veces más elevado que el gasto per cápita de la Seguridad Social (Bs. 486,3 por afiliado). En Potosí, el gasto per cápita público es 1,9 veces más elevado que el gasto por afiliado en la Seguridad Social (ilustración 41 y cuadro 57).

Sin embargo, en los Departamentos de Chuquisaca, La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Beni, la fragmentación del sector salud es desfavorable a la población que acude al subsector público en cuanto a gasto per cápita: así, en el Departamento de Santa Cruz, el gasto per cápita en la Seguridad Social es 3,8 veces más elevado que en el subsector público. En los Departamentos de La Paz y Cochabamba, el gasto per cápita de la Seguridad Social es dos veces más elevado que el gasto per cápita del subsector público (ilustración 41 y cuadro 57).

Finalmente, el gasto per cápita en el sector privado es relativamente pequeño en comparación con los demás subsectores. Sin embargo, no se debe olvidar que este gasto privado solo concierne los seguros privados y parte del gasto de ONGs. El departamento con mayor gasto privado per cápita es el de Santa Cruz, con Bs. 52,9 por habitante, mientras que el menor ratio per cápita se observa en los Departamentos de Potosí, Beni y Chuquisaca, con un gasto privado per cápita de Bs. 3,4, Bs. 4,6 y Bs. 5,4 respectivamente (cuadro 57).

Cuadro 57 – Gasto per cápita por Departamento y subsector, en bolivianos, Bolivia, 2007

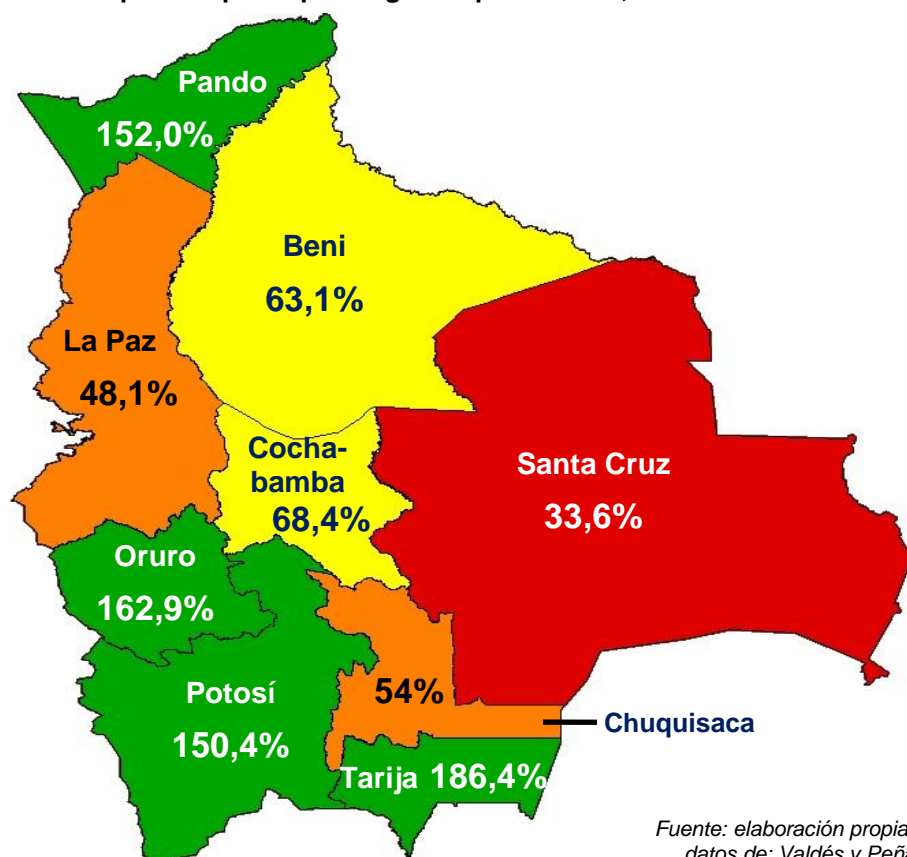
Gasto per cápita por Departamento 2007		Subsector público (sobre población no afiliada a Seg. Social)	Subsector Seg.Social (sobre población no afiliada a Seg. Social)	Sector Estatal (sobre población total)	Sector privado (sobre población total)
Chuquisaca	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	294,4 54,0%	405,3 -15,1%	326,0 31,5%	5,4 184,5%
La Paz	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	229,8 48,1%	459,4 18,1%	325,1 31,2%	26,7 28,2%
Cochabamba	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	201,0 68,4%	400,8 8,2%	257,5 44,7%	12,0 25,7%
Oruro	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	402,8 162,9%	210,9 -21,6%	301,3 47,8%	10,5 659,2%
Potosí	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	354,8 150,4%	242,6 9,0%	313,2 89,4%	3,4 1192,5%
Tarija	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	549,6 186,4%	458,6 9,7%	552,3 125,4%	18,0 753,9%
Santa Cruz	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	189,9 33,6%	727,9 20,0%	309,5 31,8%	52,9 24,8%
Beni	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	382,1 63,1%	423,7 -8,2%	406,8 42,2%	4,6 528,6%
Pando	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	1.234,2 152,0%	486,3 -5,2%	1.085,0 116,5%	12,7 -
Consolidado 9 Departamentos	Bs. / habitante (crecimiento 2003-2007)	262,9 70,1%	450,8 10,0%	327,4 44,6%	25,5 38,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: Valdés y Peñaloza 2010

Respecto al esfuerzo para incrementar el gasto en salud departamental según subsector, se observa que las tasas de crecimiento mayores se encuentran en el subsector público, con la excepción del incremento del gasto privado per cápita en los Departamentos de Chuquisaca, Oruro, Potosí, Tarija, Beni y Pando (en este último no se presenta tasa de crecimiento ya que el gasto calculado para 2003 era nulo), que tuvo un crecimiento exponencial pero sobre montos pequeños (cuadro 57): conjuntamente, estos seis Departamentos pasaron de un gasto privado (seguros privados y ONGs) per cápita de Bs. 1,2 en el año 2003 a Bs. 7,9 para el año 2007.

El Departamento con mayor crecimiento de su gasto público per cápita fue el de Tarija (+186,4% entre 2003 y 2007), seguido por Oruro (+162,9%), Pando (+152%) y Potosí (+150,4%). En cambio, es en el Departamento de Santa Cruz que se observa el menor crecimiento (+33,6%), de tal manera que en el año 2007, el gasto público per cápita en este Departamento es el menor del país, mientras que en el año 2003, era mayor al gasto per cápita de los Departamentos de Cochabamba y Potosí. El Departamento de La Paz también muestra un crecimiento relativamente bajo de su gasto público per cápita, + 48,1% entre 2003 y 2007 (cuadro 57 e ilustración 42).

Ilustración 42 – Tasa de crecimiento 2003-2007 del gasto público per cápita según Departamento, Bolivia



Finalmente, el crecimiento del gasto de la Seguridad Social muestra resultados contrastados según Departamentos: en efecto, se puede observar una disminución del gasto por afiliado entre los años 2003 y 2007 en los Departamentos de Chuquisaca, Oruro, Beni y Pando (cuadro 57) para beneficiar a los Departamentos de La Paz y Santa Cruz principalmente, denotando un incremento de las inequidades entre afiliados según Departamento, y un riesgo grande de disminución de la calidad de atención en estos cuatro Departamentos.

Conclusiones y recomendaciones

Analizando la información de gasto y financiamiento en salud proporcionada en los dos estudios de cuentas disponibles (Valdés y Peñaloza 2010; Ávila *et al.* 2011), se pudo establecer que el gasto total en salud en valor nominal se habría incrementado en un 50% entre 2003 y 2007, representando un gasto per cápita 2007 de Bs. 528,9. Sin embargo, también se demostró que el incremento real fue de solamente 25,7% entre 2003 y 2007, significando que la mitad del incremento del gasto total en salud en el periodo 2003-07 se debe a la inflación (incremento de los precios).

A pesar de un mayor incremento del gasto en salud en el subsector público que en la Seguridad Social y el sector privado, se demostró que el gasto estatal en salud en Bolivia es notablemente insuficiente para mirar hacia una cobertura universal en salud, a pesar de que esta está prevista en la Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia: si bien la experiencia internacional muestra que es posible tener un mayor gasto en salud a partir de una mayor priorización de la salud dentro de los presupuestos públicos y privados, lo contrario ocurrió en Bolivia en el periodo analizado, mostrando una disminución en relación al PIB y en relación al gasto estatal total, debido a un bajo incremento del gasto en salud: así, desde el inicio en 2006 de la actual gestión de Gobierno hasta el año 2008, el gasto estatal en salud (subsectores público y de la seguridad social) se incrementó en solamente 30,5%, mientras que el resto del gasto público se incrementó en 118,4% demostrando la falta de prioridad acordada al sector salud desde el año 2006. Como resultado, solamente el 9,4% del gasto del Gobierno General en 2008 corresponde a gasto en salud, mientras que en países con cobertura universal en salud, este ratio llega al 13,5%.

Esta falta de financiamiento para el sector salud debe ponerse de paralelo con la disminución de la importancia del financiamiento externo dentro del gasto total en salud, demostrando la necesidad de encontrar mecanismos de financiamiento nacionales para asegurar la cobertura universal en Bolivia y en particular fuentes públicas ya que en la actualidad, la mitad de las fuentes de financiamiento de la salud nacionales son privadas y solamente la mitad son públicas: en particular, el gasto en medicamentos del sector estatal es notablemente insuficiente, ya que el gasto en medicamentos corresponde en 76% al sector privado, principalmente los hogares.

Además de ser insuficiente, el gasto en salud está mal repartido: así, el gasto en actividades costo-eficientes, como la prevención y la salud pública es notablemente insuficiente, llegando a representar solamente 10,1% del gasto total en salud en la gestión 2007 a pesar de que se debe priorizar la prevención y promoción de acuerdo con la Constitución política del Estado y las políticas vigentes en el sector salud. De hecho, demasiado gasto en salud se dirige a hospitales (31,1% del gasto total en salud) para atención de enfermedades evitables con mayor esfuerzo financiero a favor de la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

Finalmente, se recomienda que este tipo de análisis, si bien podría ser mucho más detallado, deba repetirse a cada estudio de cuentas de salud, para que estos no se vuelvan en un simple reporte de gasto sin utilidad inmediata, sino en un ejercicio analítico que pueda ser utilizado para mejorar las políticas de salud. Sin embargo, en el contexto actual, el presente análisis debe principalmente servir de argumentación a favor de la implementación del Sistema Único de Salud y más particularmente de su componente de cobertura universal: mostrando la insuficiencia del gasto en salud, se debe crear una conciencia colectiva de que el incremento sostenido del gasto en salud no es algo imposible, ya que el Estado Boliviano tiene una capacidad económica evidente para incrementar el gasto público en proporciones mucho mayores a lo que ha hecho desde el año 2003, pero se necesita para ello una verdadero compromiso político del Estado Plurinacional de Bolivia en su conjunto, a nivel central y subnacional, a favor de la salud, para así asegurar efectivamente el derecho a la salud de todos los bolivianos y bolivianas.

Bibliografía

- **Avila R., Villena M., Álvarez H. y Cárdenas N. (2011)**, *Serie de Gasto en Salud 2003-2008*, Ministerio de Salud y Deportes y Socios para el Desarrollo, no publicado.
- **Banco Central de Bolivia BCB (2010)**, *Cotización oficial a fin de mes del Dólar norteamericano*, en Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE (2010), *Dossier de Estadísticas Sociales y Económicas Vol.20*, disponible en www.udape.gob.bo.
- **Cárdenas M. y Darrás C. (1996)**, *Gasto Nacional y Financiamiento del Sector Salud en Bolivia*, Organización Mundial de la Salud- Serie "Macroeconomía, Salud y Desarrollo" Nro. 17, Enero de 1996, Ginebra Suiza.
- **Cárdenas M., Chawla M. y Muñoz J. (1997)**, *Mobilización de Recursos para el Sector Salud en Bolivia*, UDAPSO, Documento de Trabajo 58/97, Agosto 1997, La Paz Bolivia. Publicado inicialmente en Cárdenas M., Chawla M. y Muñoz J. (1997) *Resource Mobilization for the Health Sector in Bolivia*, DDM/DPIH, Harvard School of Public Health, Julio 1996, Boston Massachusetts, disponible en www.hsph.harvard.edu.
- **Cárdenas M. (2000)**, *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud - Bolivia*, La Paz, Organización Panamericana de la Salud, Enero 2000.
- **Cárdenas M. (2004)**, *Cuentas Nacionales de Financiamiento y Gasto en Salud – Segunda Edición*, La Paz, Ministerio de Salud y Deportes, Proyecto Reforma de Salud, Diciembre 2004.
- **Carrin G. y James C. (2003)**, *Determinants of achieving universal coverage of health care : an empirical analysis*, en Audibert, Mathonnat y De Roodenbeke (2003), *Financement de la santé dans les pays d'Afrique et d'Asie à faible revenu*, Karthala ed, Paris, 2003, pp 299-321.
- **Dupuy J. (2011)**, *Estudio de situación y experiencias en países con cobertura universal en salud*, Ministerio de Salud y Deportes, no publicado.
- **Fondo Monetario Internacional (2011)**, *World Economic Outlook Database, April 2011*, disponible en www.imf.org.
- **Gaceta Oficial de Bolivia (2003)**, *Decreto Supremo N° 27049, mayo 26 de 2003*, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Gaceta Oficial de Bolivia (2007)**, *Decreto Supremo N° 29116, mayo 01 de 2007*, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Gerdtham U.G. y Jönsson M. (2000)**, *International comparisons of health expenditure : theory, data and econometric analysis*, en Culyer A.J. y Newhouse J.P. (2000), *Handbook of Health Economics*, Volume 1.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2005)**, *Proyecciones Generales de la población 2002-2010*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2008)**, *Índice de Precios al Consumidor Bolivia: Variación Acumulada Porcentual del Índice de Precios al Consumidor por Año según Capítulo y Grupo (1991=100), Serie: 1989 - 2008*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2010)**, *Serie histórica del Producto Interno Bruto*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES (2007)**, *Anuario gerencial 2006*, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2007.

- **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES (2009)**, *anuarios estadísticos de la gestión 2008*, Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia, 2009.
- **Ministerio de Economía y Finanzas Públicas MEFP y Banco Central de Bolivia BCB (2010)**, *Operaciones consolidadas del Sector Público*, disponible en www.bcb.gob.bo.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD (2007)**, *Estructura de establecimientos de salud*, Sistema Nacional de Información en Salud SNIS-VE, disponible en www.sns.gob.bo.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD e Instituto Nacional de Estadísticas INE (2009)**, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 - BOLIVIA*, disponible en www.sns.gob.bo.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD (2010)**, *Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2015 – Movilizados por el Derecho a la Salud y a la Vida*, Dirección General de Planificación (dirección y coordinación: M.Sc. Julien Dupuy), no publicado.
- **Organización de las Naciones Unidas ONU (2010)**, *World Population Prospects: The 2010 Revision*, Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, disponible en <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>.
- **Organización Mundial de la Salud OMS (2010)**, *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2010*, disponible en www.who.int.
- **Organización Mundial de la Salud OMS (2011)**, *Global Health Expenditure Database*, disponible en <http://apps.who.int/nha/database>.
- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico OCDE (2000)**, *A System of Health Accounts Version 1.0*, disponible en www.oecd.org.
- **Organización Mundial de la Salud (2005)**, *Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud con aplicaciones especiales para los países de ingresos bajos y medios*, disponible en www.who.int.
- **Partnerships for Health Reform PHR (1998)**, *Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia*, disponible en www.ops.org.bo.
- **Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD (2010)**, *Human Development Report 2010 20th Anniversary Edition, The Real Wealth of Nations: Pathways to Human Development*, disponible en www.undp.org.
- **Social Security Administration (2008)**, *Social Security Programs Throughout the World: Asia and the Pacific 2008*, disponible en www.socialsecurity.gov.
- **Social Security Administration (2009^a)**, *Social Security Programs Throughout the World: Africa 2009*, disponible en www.socialsecurity.gov.
- **Social Security Administration (2009^b)**, *Social Security Programs Throughout the World: America 2009*, disponible en www.socialsecurity.gov.
- **Social Security Administration (2010)**, *Social Security Programs Throughout the World: Europe 2010*, disponible en www.socialsecurity.gov.
- **Unidad de Análisis de Políticas Económicas UDAPE y Organización Panamericana de la Salud OPS (2004)**, *Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia*.
- **Valdés W. y Peñaloza R. (2010)**, *Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia*, Ministerio de Salud y Deportes y UDAPE, no publicado.

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva
 **PARA VIVIR BIEN**