



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

COBERTURA POBLACIONAL DE SEGUROS DE SALUD EN BOLIVIA

*Estudio previo a la implementación
del Sistema Único de Salud*

MSc. Julien Roger DUPUY
Área de Economía de la Salud
Dirección General de Planificación
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
Septiembre de 2011



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

COBERTURA POBLACIONAL DE SEGUROS DE SALUD EN BOLIVIA

*Estudio previo a la implementación
del Sistema Único de Salud*

**MSc. Julien Roger DUPUY
Área de Economía de la Salud
Dirección General de Planificación
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
Septiembre de 2011**

Introducción

En los últimos años, el tema de la cobertura universal está tomando cada vez más importancia a nivel internacional: países de Asia con fuerte crecimiento económico han desarrollado instrumentos de cobertura universal y países de América Latina, históricamente caracterizados por grandes inequidades, están incrementando las coberturas en las poblaciones desprotegidas (Mills 2007). En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS instó a sus estados miembros planificar instrumentos de cobertura a vocación universal para garantizar el acceso a los servicios de salud y ofrecer protección contra los riesgos financieros (OMS 2005).

En Bolivia, como resultado de las movilizaciones sociales de los años 1990 a 2005, emana propuestas para la transformación del Sector realizadas en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud del año 2006 (MSyD 2010) y plasmadas en la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional de Bolivia, que fue aprobada mediante el Referéndum Constituyente de 2009: en ella, se plantea como derechos fundamentales, entre otros, el derecho a la salud, el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud (Asamblea Constituyente y Honorable Congreso Nacional 2008).

Es en este contexto internacional y nacional que el Estado Plurinacional de Bolivia, a través del Ministerio de Salud y Deportes, está preparando la implementación del Sistema Único de Salud, que incluye la cobertura universal de salud gratuita en el punto de atención, en aplicación de la Constitución Política del Estado. El problema de acceso es particularmente importante en nuestro país, ya que el 77% de la población está, en diferentes grados, excluido del Sistema de Salud, principalmente por razones económicas (UDAPE y OPS 2004).

La cobertura universal (CU) está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación en la cual todos los individuos, en el momento en el que lo necesitan, tienen acceso a servicios de salud integrales (es decir que incluyen promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación), adaptados y a un costo abordable, lo que supone, entre otros, un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero (Carrin *et al.* 2005). Un aspecto central en el alcance de la CU en salud es entonces la existencia de sistema(s) de protección financiera en salud (seguro(s) u otros sistema(s) de cobertura), que permitan a la totalidad de la población no soportar directamente el riesgo financiero en salud y acceder a servicios de salud gratuitos o altamente subvencionados.

En este contexto y en el marco de la implementación de la CU en salud en el Estado Plurinacional de Bolivia, es importante conocer la cobertura poblacional actual de los Seguros de Salud, con el fin de determinar con precisión la población que actualmente beneficia de una protección financiera en salud y así estimar la cantidad de personas que necesitan todavía ser cubiertas. El presente estudio pretende responder a estos cuestionamientos, con el fin de apoyar la decisión de las autoridades del Ministerio de Salud y Deportes en el proceso de transición hacia la cobertura universal. Este estudio es el primero de una serie de tres investigaciones teóricas y estadísticas: será seguido por un estudio sobre la exclusión en salud y el acceso a servicios (cobertura de servicios de salud), mientras que el tercer estudio analizará la producción actual de servicios de salud y el incremento de la demanda proyectada con la implementación de la cobertura universal en Bolivia, cruzando los datos de producción, exclusión (segundo estudio) y cobertura por seguros (presente estudio).

Para analizar la cobertura por Seguros de Salud en Bolivia, se estudia a continuación un rápido marco teórico (Capítulo I); en el Capítulo II, se analizarán las tasas de cobertura teóricas (población con derecho a algún seguro), mientras que en el tercer Capítulo, se analizará la cobertura reportada por la población en las Encuestas de Hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas, con el fin de aproximarse a tasas reales de cobertura por Seguros de Salud.

Índice de Contenido

Capítulo I. La cobertura poblacional de seguros de salud como problemática-clave para el alcance de la cobertura universal en salud	11
I.1. Funciones y objetivos de los sistemas de salud	13
I.1.1. Funciones de los sistemas de salud y de financiamiento	13
I.1.2. Objetivos del sistema de financiamiento de la salud	14
I.2. Evaluación del sistema de financiamiento de la salud.....	15
I.2.1. Identificación de las siete problemáticas-claves del financiamiento de la salud.....	15
I.2.2. Primera problemática-clave: cobertura de la población	17
Capítulo II. Cobertura poblacional teórica de los Seguros de Salud en Bolivia	18
II.1. Cobertura poblacional teórica de la Seguridad Social de corto plazo.....	19
II.1.1. Evolución histórica de la cobertura poblacional teórica de la Seguridad Social	19
II.1.2. Cobertura poblacional teórica de la Seguridad Social según Institución	21
II.1.3. Cobertura poblacional teórica de la S. Social según grupos de población.....	23
II.2. Cobertura poblacional teórica de los Seguros Públicos de Salud.....	25
II.2.1. Contexto histórico y presentación de los Seguros Públicos de Salud	25
II.2.2. Cobertura poblacional total de los Seguros Públicos de Salud	28
II.3.3. Cobertura teórica de Seguros Públicos de Salud según grupos de población.....	32
II.3.4. Problemas en la utilización de coberturas teóricas por Seguros Públicos	34
II.4. Cobertura poblacional teórica de los Seguros Privados.....	35
II.5. Cobertura poblacional teórica total por Seguros de Salud.....	36
II.5.1. Cobertura poblacional teórica general de los Seguros de Salud.....	36
II.5.2. Cobertura poblacional teórica de los Seguros según grupos de población.....	38
II.6. Problemas en el uso de la Cobertura teórica por Seguros de Salud	39
Capítulo III. Estimación de la Cobertura de Seguros percibida y por Grupos de población	41
III.1. Presentación de las Encuestas de Hogares y marco metodológico.....	43
III.1.1. Antecedentes.....	43
III.1.2. Marco metodológico de las encuestas de hogares.....	43
III.1.3. Uso de las encuestas para determinar cobertura por seguros de salud	45
III.2. Cobertura general y por tipo de Seguro según encuestas de hogares	46
III.2.1. Cobertura general por seguros de salud reportada	46
III.2.2. Cobertura general reportada según tipo de seguro	47
III.2.3. Cobertura del embarazo y parto reportada según tipo de seguro	49

III.2.4. Medida de la inequidad y dispersión de la cobertura por seguros de salud	51
III.3. Cobertura de Seguros según características de la población.....	52
III.3.1. Cobertura de seguros según criterios geográficos	52
III.3.2. Cobertura de seguros según criterios de edad y de género	55
III.3.3. Cobertura de seguros según pertenencia indígena originaria	57
III.3.4. Cobertura de seguros según nivel de educación	59
III.3.5. Cobertura de seguros según actividad laboral.....	62
III.3.6. Cobertura de seguros según criterios económicos (ingresos).....	67
III.3.7. Cobertura de seguros según demanda y atención en el sistema de salud	70
III.4. Conclusiones sobre cobertura de seguros según encuestas	74
Conclusiones y recomendaciones.....	76
Anexos	79
Anexo 1. Cobertura poblacional anual de la Seguridad Social en Bolivia	79
<i>Bibliografía</i>	81

Índice de Tablas y Cuadros

Cuadro 1	– Cobertura de la Seguridad Social de corto plazo en Bolivia entre 1956 y 2010.....	21
Cuadro 2	– Repartición de los afiliados según Institución aseguradora, 2010.....	22
Cuadro 3	– Cobertura de la Seguridad Social según Departamento, gestiones 1976 y 2008.....	24
Cuadro 4	– Seguros Públicos de Salud materno-infantiles y de la vejez en Bolivia 1996-2010.....	26
Cuadro 5	– Cobertura poblacional teórica estimada de los Seguros Públicos en Bolivia, 2010.....	28
Cuadro 6	– Cobertura poblacional del SSPAM según subsector de salud y nivel de atención.....	31
Cuadro 7	– Cobertura poblacional teórica de Seguros Públicos según Departamento, 2010.....	33
Cuadro 8	– Cobertura poblacional teórica por Seguros de Salud, según Seguro, 2010.....	37
Cuadro 9	– Distribución del marco muestral por estrato estadístico y área geográfica en la Encuesta de Hogares 2009.....	44
Cuadro 10	– Comparación del diseño de encuestas de hogares, 1999-2009.....	45
Cuadro 11	– Cobertura total por seguros de salud y población desprotegida según Encuestas de Hogares 2007, 2008 y 2009.....	47
Cuadro 12	– Cobertura por seguros de salud según tipo en Encuesta de Hogares 2009.....	48
Cuadro 13	– Criterios y variables utilizados para establecer grupos de población.....	52
Cuadro 14	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según área geográfica, 2009.....	53
Cuadro 15	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según Departamento, 2009.....	54
Cuadro 16	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según grupos de edad, 2009.....	55
Cuadro 17	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según sexo, 2009.....	56
Cuadro 18	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según pertenencia a pueblo indígena originario en personas de 12 años y más, 2009.....	57
Cuadro 19	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según idioma hablado, 2009.....	58
Cuadro 20	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según alfabetización, 2009.....	60
Cuadro 21	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según nivel educacional alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, 2009.....	60
Cuadro 22	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según nivel educacional de la madre en personas de 12 años a 65 años, 2008.....	62
Cuadro 23	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según actividad, 2009.....	63
Cuadro 24	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según tipo de empleo, 2009.....	63
Cuadro 25	– Tasa de cobertura reportada por seguros según grupo ocupacional, 2009.....	65
Cuadro 26	– Tasa de cobertura reportada por seguros según sector / rama de actividad, 2009.....	65
Cuadro 27	– Tasa de cobertura reportada por seguros según incidencia de pobreza, 2009.....	67
Cuadro 28	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según quintil de ingreso, 2009.....	69
Cuadro 29	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según demanda de atención en salud percibida, 2009.....	70
Cuadro 30	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según tipo de atención, 2009.....	71
Cuadro 31	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según lugar de atención, 2009.....	72
Cuadro 27	– Tasa de cobertura reportada por seguros según calidad de atención, 2009.....	73
Cuadro 33	– Criterios y variables utilizados para establecer grupos de población.....	75
Cuadro 34	– Cobertura de la Seguridad Social de corto plazo en Bolivia entre 1956 y 2010.....	79

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1	– Las tres Funciones del Financiamiento de la Salud	14
Ilustración 2	– Funciones y objetivos de un sistema de salud	15
Ilustración 3	– Las 7 problemáticas claves de las funciones del financiamiento de la salud.....	16
Ilustración 4	– Cobertura de la Seguridad Social entre 1956 y 2010.....	20
Ilustración 5	– Repartición de los afiliados según Institución aseguradora, 2010	22
Ilustración 6	– Cobertura de la Seguridad Social según grupo de edad.....	23
Ilustración 7	– Cobertura de la Seguridad Social según Departamento, sin SSPAM, 2010.....	24
Ilustración 8	– Número de beneficiarios teóricos del SUMI según categoría, 2010	29
Ilustración 9	– Cobertura por Seguros de Salud en la población de 60 años y más, 2010	30
Ilustración 10	– Cobertura teórica de Seguros Públicos según grupo de edad, Gestión 2010	32
Ilustración 11	– % de personas de 60 años y más afiliadas al SSPAM, por Departamento, 2010 ..	34
Ilustración 12	– Cobertura poblacional teórica por Seguros de Salud, según Seguro, 2010	36
Ilustración 13	– Cobertura teórica por Seguros de Salud según grupo de edad, 2010.....	38
Ilustración 14	– Cobertura teórica por Seguros (sin Privados) según Departamento, 2010	39
Ilustración 15	– Cobertura de seguros de salud principales según tipo de seguro en Encuestas de Hogares 2007, 2008 y 2009	49
Ilustración 16	– Porcentaje de mujeres sin cobertura por seguro de salud para la atención de su último parto, según año del último parto	50
Ilustración 17	– Tasa de cobertura de partos por seguros de salud, según tipo de seguro, años 1989, 1999 y 2009.....	50
Ilustración 18	– Curva de Lorenz para la repartición de la cobertura por seguros, 2009	51
Ilustración 19	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según área, 2009	53
Ilustración 20	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según Departamento, 2009 ...	54
Ilustración 21	– Tasa de cobertura reportada por seguros según grupos de edad, 2009	56
Ilustración 22	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2009	58
Ilustración 23	– Tasa de cobertura reportada por seguros según idioma hablado, 2009.....	59
Ilustración 24	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según alfabetización, 2009	60
Ilustración 25	– Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según nivel educacional alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, 2009	61
Ilustración 26	– Tasa de cobertura reportada por seguros según tipo de empleo, 2009	64
Ilustración 27	– Tasa de cobertura reportada por seguros según sector de actividad, 2009	66
Ilustración 28	– Tasa de cobertura reportada por seguros según incidencia de pobreza, 2009	68
Ilustración 29	– Tasa de cobertura reportada por seguros según incidencia de pobreza, 2009	68
Ilustración 30	– Tasa de cobertura reportada por seguros según lugar de atención, 2009	73
Ilustración 31	– Calidad de atención percibida según tipo de seguro, 2009.....	74

Capítulo I. La cobertura poblacional de seguros de salud como problemática-clave para el alcance de la cobertura universal en salud

De acuerdo con la revisión bibliográfica realizada en el Estudio *Factores claves y Marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud* (Dupuy 2011), la cobertura poblacional actual de seguros y servicios de salud es uno de los factores más importante a considerar en la evolución del sistema de financiamiento de la salud hacia la cobertura universal, ya que por diversos factores, la extensión de la cobertura a algunos grupos de población puede ser muy difícil y así impedir una transición rápida hacia la cobertura universal, la misma que está contemplada en la Constitución Política del Estado (Asamblea Constituyente y Honorable Congreso Nacional 2008), y en el Proyecto de Ley del Sistema Único de Salud actualmente en gestación en el Ministerio de Salud y Deportes.

Para comprender este marco teórico y la importancia de la cobertura poblacional por seguros de salud (porcentaje de la población que beneficia de algún sistema de protección financiera en salud) dentro del desempeño del sistema de salud, se presenta a continuación cuales son los objetivos y funciones de los sistemas de salud (I.1), para luego establecer un esquema de evaluación de los sistemas de salud y de su función de financiamiento (I.2), dentro del cual la cobertura poblacional de seguros y de servicios de salud tiene un lugar fundamental.

I.1. Funciones y objetivos de los sistemas de salud

I.1.1. Funciones de los sistemas de salud y de financiamiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los sistemas de salud tienen cuatro grandes funciones, que son estrechamente inter-relacionadas (Murray y Frenk 2000):

- Proveer servicios de salud
- Generar recursos materiales y humanos para proveer estos servicios
- Administrar y supervisar el sistema de salud (rectoría del sistema)
- Financiamiento (o financiación)

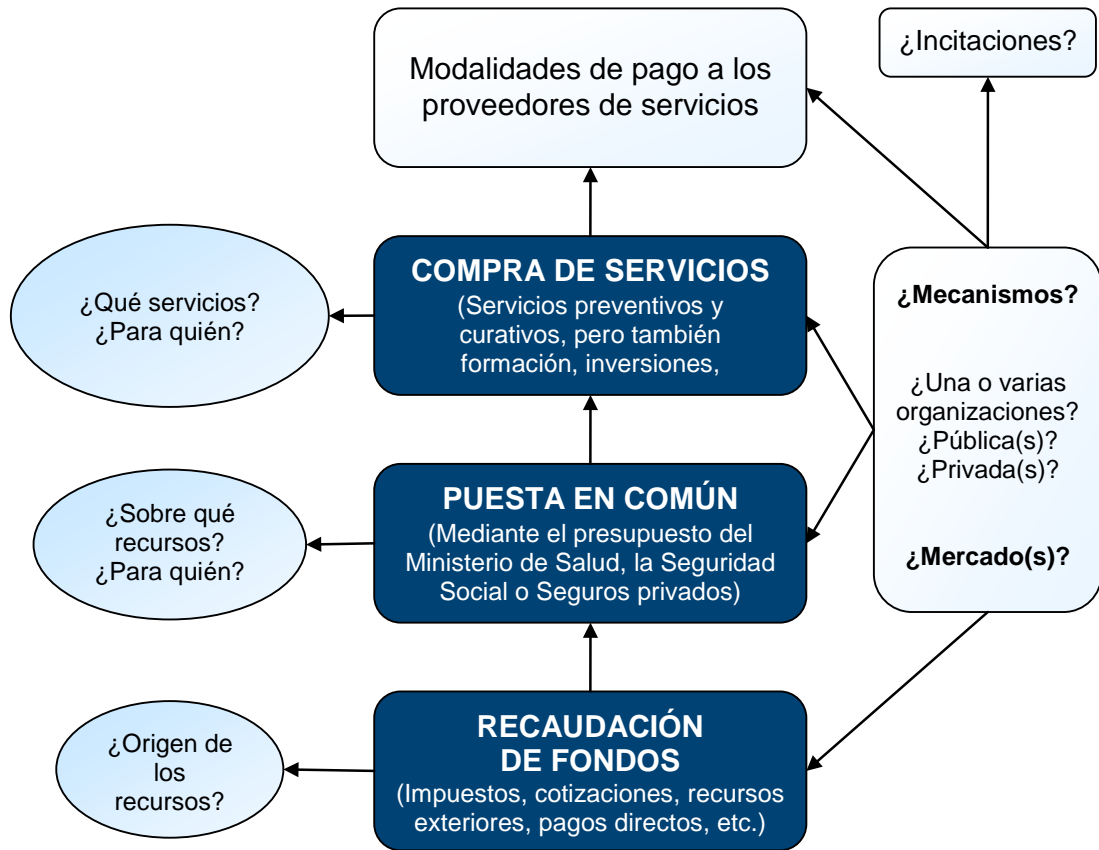
La función de financiamiento es central, ya que la provisión de servicios, la generación de recursos materiales y humanos y la administración / supervisión no se desarrollarán adecuadamente sin un financiamiento adecuado.

Esta función de financiamiento tiene a su vez tres sub-funciones (ilustración 1):

1. la recaudación de fondos: es el proceso de recolección de las contribuciones financieras de los hogares, empresas, Gobiernos central y descentralizados, y otras organizaciones. En lo ideal, esta recolección debe realizarse de manera equitativa y racional.
2. la puesta en común (o mancomunación): es la agrupación de las contribuciones para que los gastos de salud sean repartidos entre todos los beneficiarios (contribuyentes o no); así, la población ya no soporta el riesgo financiero individualmente como es el caso con los pagos directos. Por esta razón, este elemento del sistema de financiamiento también está llamado puesta en común de los riesgos.

3. la compra (o provisión) de los servicios de salud: es la utilización de fondos colectados y puestos en común para comprar o proveer directamente prestaciones de salud adaptadas; la compra puede ser pasiva (dentro de un presupuesto o por el pago de facturas cuando llegan) o estratégica (implica una búsqueda continua de los mejores servicios de salud).

Ilustración 1 – Las tres Funciones del Financiamiento de la Salud



Fuente: traducido de Audibert y Mathonnat (2006)

1.1.2. Objetivos del sistema de financiamiento de la salud

Para alcanzar la cobertura universal, las autoridades gubernamentales y de salud deben entonces tomar decisiones políticas eficaces sobre estas tres funciones, con el fin de implementar un sistema de financiamiento de la salud eficaz y que tenga los objetivos siguientes (Carrin y James 2004):

- Generar recursos económicos suficientes y de manera sostenible,
- Utilizar estos recursos de manera óptima y eficiente,
- Asegurar una accesibilidad financiera para todos.

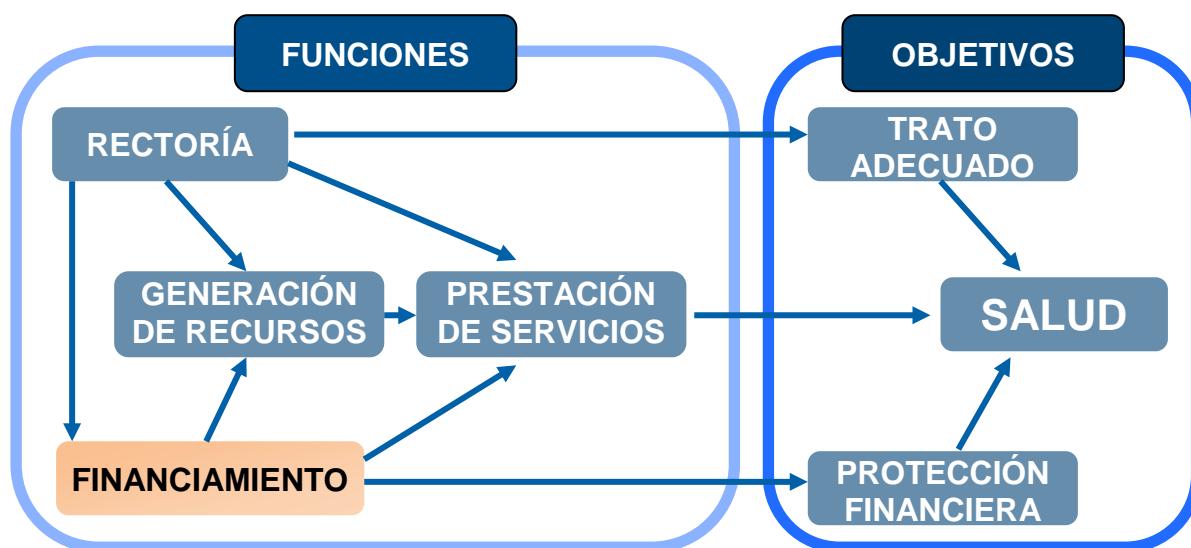
Pero el sistema de financiamiento también debe perseguir los tres objetivos finales y básicos de un sistema de salud que son reconocidos por la Organización mundial de la Salud (OMS 2000).

- Mejorar la salud de toda la población (con igualdad, no solamente indicadores promedios),
- Ofrecer un trato adecuado (comportamientos, respeto, espera, elección proveedor, etc.),
- Garantizar la seguridad financiera en materia de salud, con esquemas que garantizan que el costo en salud es proporcional a la capacidad de pago, y no a la probabilidad de ser enfermo).

Existen otros objetivos importantes para los sistemas de salud, llamados instrumentales porque son deseables sólo en la medida en que contribuyen a alcanzar los tres objetivos finales. Son, entre otros, la disponibilidad de los insumos, el acceso y a los servicios o el uso eficiente de recursos (OMS 2000).

Los objetivos del sistema de salud se alcanzan mediante el desempeño de las cuatro funciones del sistema (ilustración 2) y son estrechamente relacionados con los tres objetivos del sistema de financiamiento: por ejemplo, un uso adecuado de los recursos puede incluir incentivos financieros para el personal de salud, con el fin de tener un impacto positivo sobre el objetivo de trato adecuado; en este sentido, la finalidad última del sistema de financiamiento no es simplemente financiar la producción de servicios, sino de contribuir a optimizar relaciones continuas entre la recaudación de recursos en inicio de proceso y el impacto final sobre la salud de la población. El rendimiento del sistema de financiamiento de la salud deberá entonces ser evaluado no solamente desde los tres objetivos del sistema de financiamiento, sino se deberá también evaluar los objetivos de los sistemas de salud y su interrelación con el sistema de financiamiento (Carrin y James 2004).

Ilustración 2 – Funciones y objetivos de un sistema de salud



Fuente: Secretaría de Salud de México (2003)

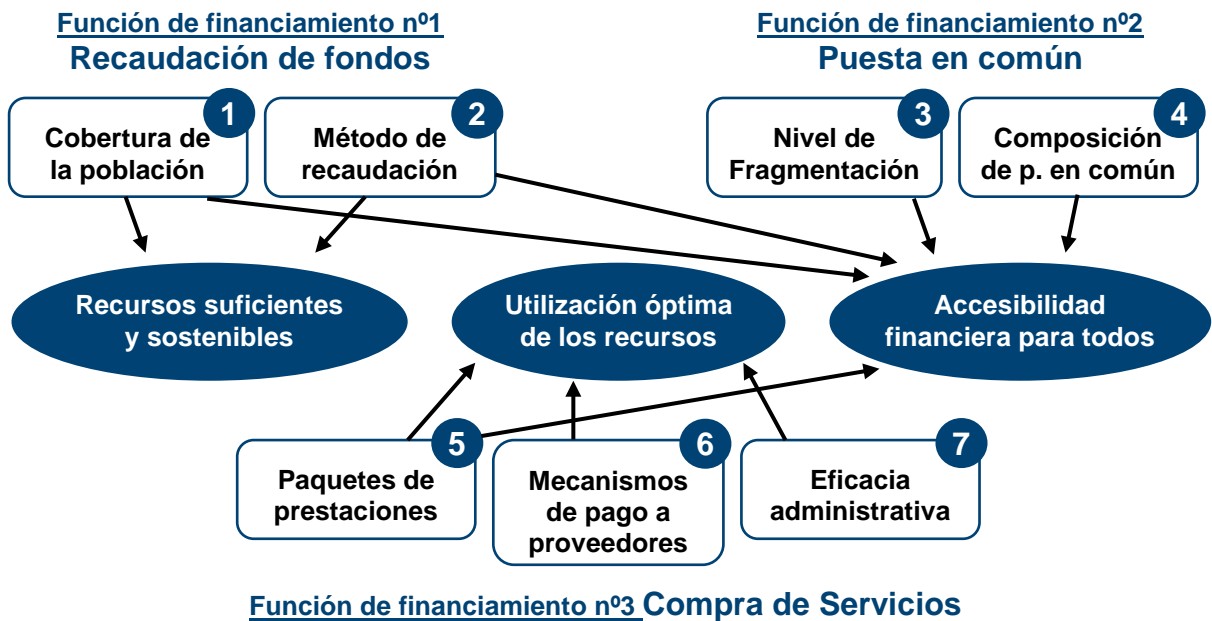
I.2. Evaluación del sistema de financiamiento de la salud

I.2.1. Identificación de las siete problemáticas-claves del financiamiento de la salud

De acuerdo con las conclusiones y recomendaciones del estudio sobre *Factores claves y Marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud* (Dupuy 2011), el sistema de financiamiento debe ser evaluado desde sus tres funciones (recaudación, mancomunación y compra de servicios) y en mira hacia sus tres grandes objetivos (generación de recursos económicos suficientes y sostenibles, utilización óptima de estos recursos y accesibilidad económica al sistema para toda la población) para poder evaluar las debilidades y fortalezas del sistema de salud boliviano, enfocándose en el financiamiento de la salud, y así identificar e iniciar la transformación de los factores que impedirían una transición rápida hacia una cobertura universal en salud efectiva.

Para realizar esta evaluación del sistema de financiamiento, los economistas de la salud Guy Carrin y Chris James recomiendan estudiar siete problemáticas claves, relacionadas con las tres funciones y los tres objetivos de un sistema de financiamiento (ilustración 3): dentro de la función de recaudación de fondos, se evalúa la cobertura de la población y el método de recaudación de fondos; dentro de la segunda función de puesta en común (o mancomunación), las problemáticas-claves son el nivel de fragmentación del sistema de financiamiento de la salud y la composición de la puesta en común de los riesgos; finalmente, las problemáticas claves en la función de compra de servicios son la composición de los paquetes de prestaciones, los mecanismos de pago a los proveedores de servicios y la eficacia administrativa del sistema (ilustración 3).

Ilustración 3 – Las 7 problemáticas claves de las funciones del financiamiento de la salud



Fuente: traducido de Carrin y James (2004)

Si bien este esquema de evaluación fue diseñado originalmente para la implementación de una cobertura universal mediante seguro social, las problemáticas son similares para la implementación de una cobertura universal de tipo Beveridge, es decir financiada mediante el sistema fiscal general, como la cual se proyecta implementar en el Estado Plurinacional de Bolivia. La única excepción es la composición de la puesta en común de los riesgos (problemática N°4), que se refiere al problema de la selección adversa, cuando solamente se afilian a un seguro las personas que tienen más riesgos de enfermarse: si bien esta problemática es efectivamente clave para los Seguros sociales, no lo es por la cobertura universal de tipo Beveridge, ya que en este tipo de esquema de financiamiento y cobertura, toda la población está cubierta de hecho.

Por otra parte, la cobertura de la población es una problemática-clave en ambos sistemas de financiamiento, pero en el caso de los Seguros sociales, la cobertura es esencial desde el punto de vista de la accesibilidad financiera, pero también de la recaudación de fondos y de la generación de recursos suficientes y sostenibles, ya que a mayor población cubierta se recaude mayor monto de cotizaciones sociales. En cambio, en la cobertura universal de tipo Beveridge, la cobertura poblacional no es fundamental para la recaudación de fondos ya que esta función es externa al sistema de salud (fiscalidad general), y la cobertura poblacional es entonces una problemática clave desde el punto de vista de la accesibilidad financiera.

I.2.2. Primera problemática-clave: cobertura de la población

Una alta tasa de cobertura poblacional por seguros de salud es importante para que una gran proporción de la población tenga una mejor accesibilidad financiera hacia los servicios de salud. El indicador utilizado para medir la cobertura es la tasa de cobertura de la población, es decir el porcentaje de la población que beneficia de algún sistema de protección financiera en salud. El alcance de la cobertura universal significa un aumento continuo de este indicador hasta llegar a cerca del 100% de la población total.

En relación a la utilización del término “cobertura”, cabe recordar que la cobertura universal en salud tiene dos “componentes”, que son por una parte la cobertura médica (servicios médicos adecuados) y por otra parte la cobertura poblacional (servicios médicos para todos) (Carrin y James 2004).

Sin embargo, la tasa general de cobertura no es suficiente y se debe identificar precisamente cuales son los grupos cubiertos y los excluidos. Para tal efecto, es necesario cruzar los datos de cobertura con la estructura de la población, tomando en cuenta que el tiempo de transición hacia la cobertura universal puede depender de cuales no son cubiertos todavía, ya que es difícil cubrir algunos grupos, en particular en un sistema bismarckiano (Carrin y James 2004). Asimismo, se puede agrupar la población por sexo, edad, nivel de ingreso, zona de residencia (urbana, rural, o lugares geográficos específicos, regiones), o según su actividad laboral (importante para un seguro social: funcionarios; salarios de empresas; profesionales independientes; trabajadores agrícolas; jubilados, etc.)

Considerando este marco teórico (Capítulo I), se analiza en el siguiente capítulo la cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia a partir del cálculo de las coberturas “teóricas” por seguros de salud, es decir de la población con derecho a cobertura por seguros de salud (pero que no siempre accede efectivamente a esos) y en el último acápite, se realizará una estimación de las coberturas poblacionales efectivas y por grupos de población (según criterios geográficos, económicos, sociales y otros) a partir de la información proveniente de las Encuestas de Hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas.

Capítulo II. Cobertura poblacional teórica de los Seguros de Salud en Bolivia

El objetivo del segundo capítulo es de calcular la cobertura poblacional teórica de seguros de salud en Bolivia, es decir de la población con derecho a cobertura por seguros de salud (pero que no siempre accede efectivamente a esos). Se estudiará en primera instancia la cobertura según tipo de seguro (acápites II.1 a II.4), antes de estimar la cobertura teórica total por seguros (acápites II.5).

II.1. Cobertura poblacional teórica de la Seguridad Social de corto plazo

II.1.1. Evolución histórica de la cobertura poblacional teórica de la Seguridad Social

Históricamente, la población boliviana está cubierta por un sistema de tipo seguro social, desde la aprobación del Código de Seguridad Social en el año 1956. Existen varios antecedentes a este sistema de tipo bismarckiano, ya que se habían llevado a cabo disposiciones en materia de seguridad social en salud que constituyen el periodo “pre código” de la seguridad social boliviana (Capra Jemio, 1998). Así, el Decreto Supremo del 23 de mayo de 1935 creaba la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, con una sección correspondiente a la indemnización por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Aunque la administración de este capítulo era fundamentalmente patronal, constituye el principal antecedente que originó la seguridad social en Bolivia (Mendizabal Lozano 2002). Sin embargo, no se cuenta con datos de cobertura para el periodo “pre código”.

A partir de la promulgación del código de Seguridad Social en el 1956 (Honorable Congreso Nacional 1956) y de su reglamentación en 1959 (Presidente Constitucional de la República 1959), la cobertura es obligatoria para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicios remunerados mediante designación, contrato de trabajo, o contrato de aprendizaje, sean éstas de carácter privado o público. Los principales excluidos a la sujeción del código eran los artesanos, trabajadores independientes campesinos y desocupados. A partir de 1956, se cuenta con datos anuales de cobertura de población en la Seguridad Social: es así que la cobertura de la Seguridad Social se inicia en 1956 con la población que hasta ese entonces se encontraba afiliada al Ahorro Obrero Obligatorio y en la Caja de Seguro Social de Trabajadores Ferroviarios, Aéreos y ramas anexas (Mendizabal Lozano, 2002). La población protegida en el año 1956 era de 425.027 personas, representando el 13,5% de la población total (ilustración 4 y cuadro 1).

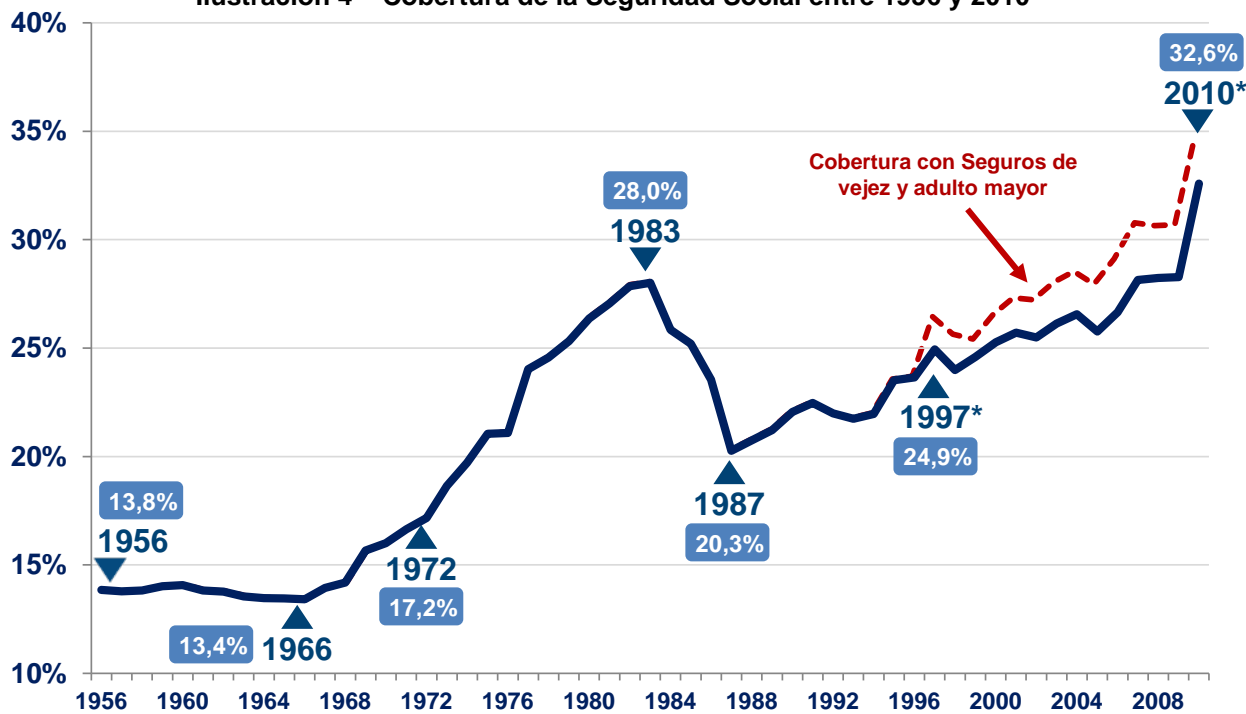
Se puede luego observar cuatro periodos distintos con diferentes tendencias en la cobertura poblacional de la Seguridad Social (ilustración 4): en una primera etapa, entre los años 1956 y 1967, existe una estagnación de la cobertura, que se mantiene por debajo del 14% de la población boliviana total, y alcanza su mínimo en el 1966, año en el cual la cobertura poblacional fue de solamente 13,4% (ilustración 4 y cuadro 1). A partir del año 1968 y hasta el año 1983, se puede observar un periodo de incremento sostenido de la cobertura poblacional, se votaron varias reformas al sistema de Seguridad Social, mediante el Decreto Ley N° 10173 del 28 de marzo de 1972 y el Decreto ley N° 13214 del 24 de diciembre de 1975 (Presidente de la República, 1975).

El tercer periodo, entre 1984 y 1987, se traduce en una caída de la cobertura poblacional de la Seguridad Social de corto plazo: a partir de 1984, la degradación de la situación económica de Bolivia trajo como consecuencia el despido masivo de trabajadores (Mendizabal Lozano, 2002),

provocando una caída de la tasa de cobertura hasta 21,3% en relación a la población total en 1987 (ilustración 4 y cuadro 1) y la pérdida de 343.714 afiliados entre 1983 y 1987. Se considera generalmente que es durante este periodo, en el año 1985, que se inicia el periodo neoliberal en Bolivia, con la aprobación del Decreto Supremo 21060 (Presidente Constitucional de la República 1985); para la Seguridad Social, este periodo neoliberal fue marcado por el fin de la administración integral, con la promulgación de la Ley Financial N°924 del 15 de abril de 1987 (Honorable Congreso Nacional 1987), que procede a la separación de los seguros de largo plazo (invalidez, vejez y muerte) y de corto plazo (enfermedad, maternidad y riesgos profesionales), administrados integralmente hasta ese entonces. A partir de este momento, el seguro de corto plazo está financiado con el 10% de aporte patronal y se autorizan las afiliaciones voluntarias (Mendizabal Lozano, 2002).

Finalmente, en el último periodo, desde 1988 hasta ahora, se incrementa gradualmente la tasa de cobertura poblacional de la Seguridad Social de corto plazo, con algunos años en los cuales se estanca o disminuye, para finalmente alcanzar a partir del año 2007 el nivel de cobertura record del año 1983, encima del 28% de la población boliviana. En el año 2010, la Seguridad Social de corto plazo alcanzó su record histórica de cobertura, tanto en número de personas, como en porcentaje: de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES), la población protegida por la Seguridad Social era de 3.617.293 personas, representando el 32,6% de la población boliviana proyectada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE 2005); contabilizando las personas afiliadas al SSPAM en la Seguridad Social, la población protegida representaba el 34,7% de la población, es decir 3.397.079 personas (ilustración 4 y cuadro 1). En el cuadro 1, se puede observar la cobertura detallada para años claves; los datos año por año son consultables en el Anexo 1.

Ilustración 4 – Cobertura de la Seguridad Social entre 1956 y 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2009, 2010 y 2011) e INE (2001a y 2005a)

Se debe señalar que a partir de 1997, el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) contabiliza en la población protegida por la Seguridad Social los afiliados al Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) y a partir de 2007 los afiliados al Seguro de Salud para el Adulto mayor (SSPAM) (datos con * en la ilustración 4 y en el cuadro 1). Aunque estas personas están atendidas en los

establecimientos de salud dependientes de la Seguridad Social de corto plazo, desde la perspectiva de la cobertura por seguros de salud, está población pertenece a los seguros públicos y su cobertura está financiada por los Gobiernos Municipales, y no por las cotizaciones sociales. En este sentido, los datos de cobertura de la Seguridad Social no toman en cuenta esta población. Con fines informativos, se detallan en la ilustración 4, en el cuadro 1 y en el anexo 1 las coberturas incluyendo la población afiliada al SSPAM dentro de la Seguridad Social (en rojo en la ilustración 4). Así, para la gestión 2010, la población protegida total reportada por el INASES alcanza a 3.617.293 personas, mientras que la población tomada en cuenta en el presente estudio es de 3.397.079 personas, descontando los 220.214 beneficiarios del SSPAM en la Seguridad Social, que serán tomados en cuenta en la cobertura de seguros públicos (acápite II.2.).

Cuadro 1 – Cobertura de la Seguridad Social de corto plazo en Bolivia entre 1956 y 2010

Año	Población Protegida (sin SMGV y SSPAM)	Población Total Bolivia	Cobertura Seguridad Social (sin SMGV y SSPAM)	Cobertura Seguridad Social con SMGV y SSPAM
1956	425.027	3.070.434	13,8%	13,8%
1966	514.256	3.834.333	13,4%	13,4%
1972	759.044	4.421.130	17,2%	17,2%
1976	1.029.006	4.878.792	21,1%	21,1%
1983	1.589.307	5.674.755	28,0%	28,0%
1987	1.245.593	6.145.185	20,3%	20,3%
1997*	1.900.518	7.619.081	24,9%	26,4%
2007*	2.765.271	9.827.522	28,1%	30,7%
2010*	3.397.079	10.426.154	32,6%	34,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2009, 2010 y 2011) e INE (2001a y 2005a)

II.1.2. Cobertura poblacional teórica de la Seguridad Social según Institución

En cuanto a la cobertura por Institución de la Seguridad Social, la Caja Nacional de Salud (CNS) es la principal entidad aseguradora del país, ya que cubre a más del 79% del total de los afiliados a la Seguridad Social de corto plazo, representando 2.691.002 personas en la gestión 2010 (sin contar los afiliados al SSPAM en la CNS). La segunda entidad en términos de población afiliada es la Caja Petrolera de Salud (CPS), con aproximadamente 189.036 afiliados sin contar los beneficiarios del SSPAM en la CPS (5,6%). Ninguna de las demás instituciones de Seguridad Social cuentan con más de 100.000 afiliados, y representan en conjunto el 15,2% del total de afiliados (cuadro 2).

En conjunto, los Seguros Sociales Universitarios (SSU) representan más afiliados que la Caja Petrolera de Salud (255.917 afiliados en la gestión 2010), pero cada uno de estos Seguros son independientes uno del otro, siendo el SSU de Cochabamba el más importante, con 73.146 afiliados en la gestión 2010, llegando a ser la tercera entidad de Seguridad Social más importante en cuanto a cobertura poblacional, delante de entidades con cobertura nacional como la COSSMIL y la Caja de salud CORDES (cuadro 2). Finalmente, las entidades menos importantes en cuanto a cobertura poblacional son el Seguro SINEC, la Caja Bancaria Estatal y los Seguros Delegados: si bien esos representan para el año 2010 18.091 afiliados en conjunto, son en realidad 16 entidades independientes de las cuales solamente 5 tienen más de 1.000 afiliados: los Seguros Delegados de Cotel (La Paz), de Soboce La Paz – Viacha, de San Cristóbal en el Departamento de Potosí, de Manaco en Cochabamba y el Seguro de Saguapac en el Departamento de Santa Cruz (cuadro 2).

A nivel agregado, las Instituciones de Seguridad Social estatales, es decir las que tienen un estatuto jurídico público (pero que pueden afiliar a empleados privados) cubren al 95,8% de los afiliados a la Seguridad Social de corto plazo, mientras que la Seguridad Social privada, compuesta por la Caja de Salud CORDES, la Caja de Salud de la Banca Privada y por los 16 Seguros Delegados representa solamente el 4,2% de los afiliados (ilustración 5).

Cuadro 2 – Repartición de los afiliados según Institución aseguradora, 2010

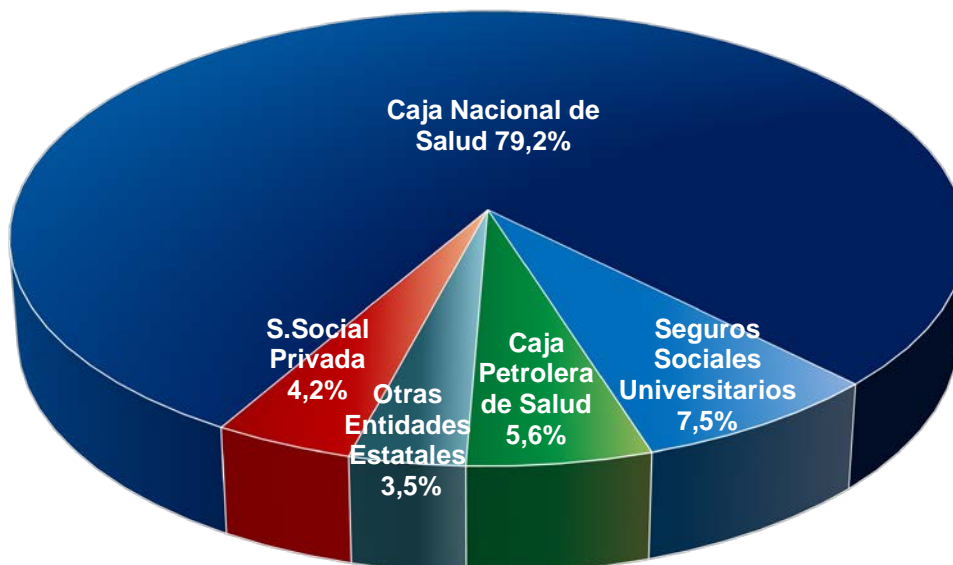
Institución	Nº afiliados 2010 (sin SSPAM)	% afiliados
Caja Nacional de Salud	2.691.002	79,2%
Seguros Sociales Universitarios (SSU)	255.917	7,5%
Caja Petrolera de Salud	189.036	5,6%
Corporación S.Social Militar (COSSMIL)	69.173	2,0%
Caja de Salud CORDES	64.415	1,9%
Caja de Salud de la Banca Privada	59.949	1,8%
Caja de Salud de Caminos y R. Anexas	35.017	1,0%
Seguros Delegados	18.091	0,5%
Seguro integral de Salud SINEC	9.700	0,3%
Caja Bancaria Estatal de Salud	4.779	0,1%

SSU	afiliados
Cochabamba	73.146
Santa Cruz	50.007
Chuquisaca	43.070
La Paz	38.318
Oruro	29.960
Potosí	17.415
Tarija	2.262
Beni	1.739

Seguros Delegados (Nº afiliados 2010)			
Cotel (3.185)	Manaco (2.241)	Edeser (795)	Soboce Tarija (621)
Soboce LP-Viacha (2.647)	Saguapac (1.595)	Setar (790)	Soboce Warnes (571)
San Cristóbal (2.625)	Electropaz (946)	Cobee (724)	5 otros s.Delegados (1.351)

Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011)

Ilustración 5 – Repartición de los afiliados según Institución aseguradora, 2010



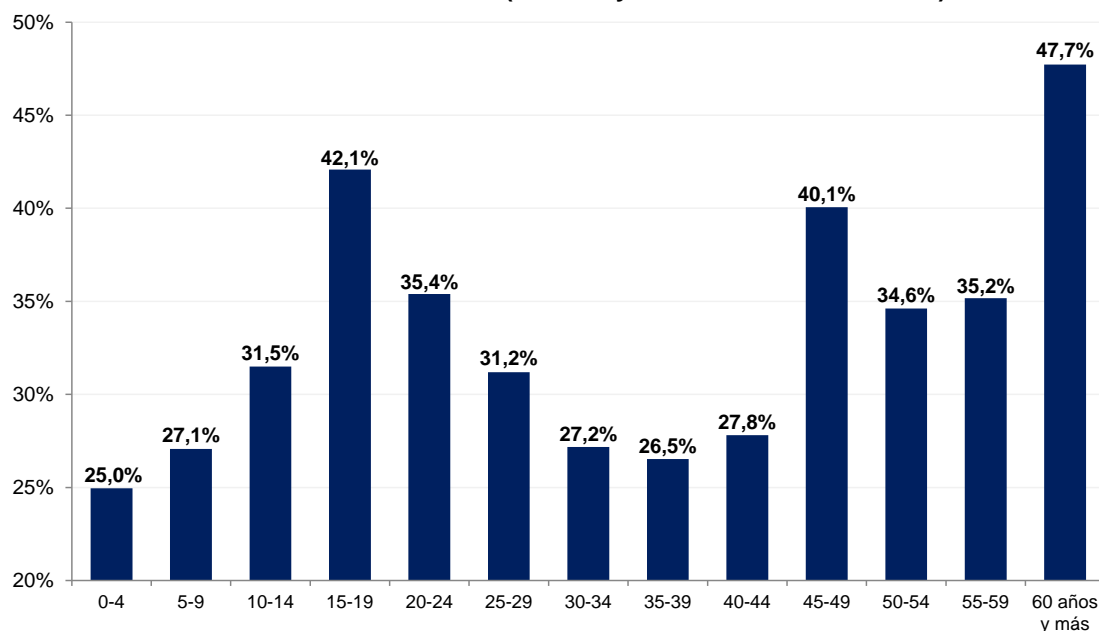
Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011)

Finalmente, las Instituciones que mostraron mayor crecimiento de su población protegida en los últimos diez años (periodo 2001-2010) fueron los Seguros Delegados (+545,2%), los Seguros universitarios (+171,2%) y la Caja de Salud CORDES (+159,8%). En términos de número de afiliados, el mayor crecimiento se observa en la Caja Nacional de Salud, que tiene en el 2010 1.016.350 afiliados más que en el año 2001 (crecimiento de 54,1%), mientras que la Caja Bancaria Estatal (-3,1%) y la COSSMIL (-6%) son las únicas entidades con un población protegida 2010 menor a la de 2001 (Fuente: cálculos propios en base a datos de INASES 2009, 2010 y 2011).

II.1.3. Cobertura poblacional teórica de la S. Social según grupos de población

Respecto a la cobertura por grupos de población, el sector del Seguro Social es excluyente, ya que solamente protege a trabajadores formales y sus familias. Por grupos de edad, se observa que la cobertura de la Seguridad Social en el año 2010, calculada como la población por edades afiliada reportada por el INASES (INASES 2011) sobre la población por edad proyectada (INE 2005a), es muy desigual, alcanzando mayores coberturas en los grupos de 15 a 19 años de edad (42,1% de la población de esta edad), de 45 a 49 años (40,1%) de edad y a partir de los 60 años de edad, en los cuales la cobertura de la Seguridad Social es de 47,7% de cobertura de la Seguridad Social sin contar los afiliados al SSPAM (ilustración 6), y de 78,3% si contando a los afiliados al SSPAM. Los grupos de edad con menor cobertura teórica de la Seguridad Social son los niños de 0 a 9 años de edad y los adultos de 30 a 44 años de edad (ilustración 6).

Ilustración 6 – Cobertura de la Seguridad Social según grupo de edad en la Gestión 2010 (no incluye los afiliados al SSPAM)

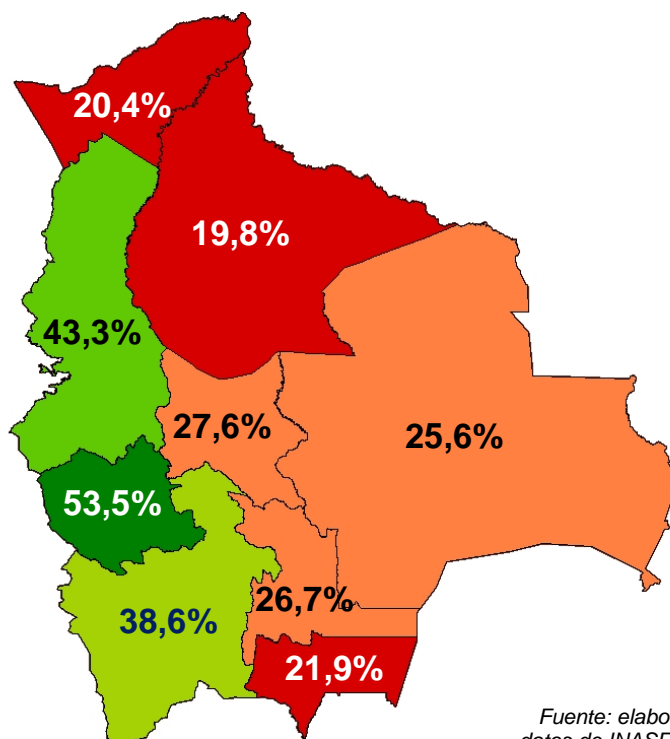


Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011) e INE (2005a)

Por otra parte, la cobertura según áreas geográficas y departamentos es también muy desigual: la tenencia de seguro social se concentra claramente en el área urbana. De acuerdo con los datos reportados en la Encuesta de Hogares 2007, del total de personas que reportaron estar aseguradas en la Seguridad Social, el 88,6% residía en el área urbana y sólo el 11,4% en el área rural.

Las diferencias entre Departamentos en cuanto a niveles de cobertura teórica también son grandes: en la ilustración 7 y en el cuadro 3, se constata que los Departamentos de la región del Altiplano (La Paz, Oruro y Potosí) son los que presentan las mejores coberturas de Seguridad Social en el año 2010, alcanzando 43,3%, 53,5% y 38,6% respectivamente (excluyendo afiliados al SSPAM). En cambio, los demás departamentos presentan coberturas inferiores a 28%, siendo los Departamentos de Beni, Pando y Tarija que tienen las menores coberturas teóricas por S. Social. En el cuadro 3, se constata que a pesar del incremento generalizado de las coberturas desde 1976, las desigualdades entre Departamentos no disminuyeron, ya que en el 1976, Oruro, La Paz y Potosí ya eran los Departamentos que presentaban las mejores tasas de cobertura, y los de Beni, Pando y Tarija, ya eran los Departamentos con menor cobertura poblacional (cuadro 3).

Ilustración 7 – Cobertura de la Seguridad Social según Departamento, sin SSPAM, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011) e INE (2005a)

Cuadro 3 – Cobertura de la Seguridad Social según Departamento, gestiones 1976 y 2008

Departamento	1976			2010		
	Población Protegida	Población Total	Cobertura	Población Protegida	Población Total	Cobertura
Chuquisaca	36.528	358.516	10,2%	174.009	650.570	26,7%
La Paz	394.684	1.465.078	26,9%	1.230.630	2.839.946	43,3%
Cochabamba	135.619	720.952	18,8%	513.822	1.861.918	27,6%
Oruro	118.336	310.409	38,1%	241.113	450.814	53,5%
Potosí	162.017	657.743	24,6%	304.559	788.406	38,6%
Tarija	28.261	187.204	15,1%	114.597	522.339	21,9%
Santa Cruz	133.675	710.724	18,8%	713.471	2.785.762	25,6%
Beni	16.877	168.367	10,0%	88.355	445.234	19,8%
Pando	3.009	34.493	8,7%	16.523	81.160	20,4%
BOLIVIA	1.029.006	4.613.486	22,3%	3.397.079	10.426.154	32,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2009 y 2001) e INE (2001a y 2005a)

Finalmente, cabe mencionar que los datos de cobertura de la Seguridad Social proporcionados por el Instituto nacional de Seguros de Salud son necesariamente sobrestimados, ya que se contabiliza toda la población afiliada a la Seguridad Social, mientras que la población realmente cubierta es solo la que utiliza efectivamente los seguros sociales. En este marco, es imposible conocer exactamente la cobertura real de la Seguridad Social en Bolivia, pero según la Encuesta de Hogares 2007 del INE, solamente el 17,1% de la muestra de 16.804 personas beneficia de la Seguridad Social de corto plazo, probablemente debido a problemas de accesibilidad. Utilizando el factor de expansión elaborado por el INE, la cobertura de la seguridad social es aún más baja, con 16,2% (Fuente: cálculos propios en base a datos de INE 2008). Aunque existen problemas inherentes a este tipo de encuesta, las Encuestas de Hogares permiten contar con estimaciones por grupos de población, que se detallan en el Capítulo III del presente estudio.

II.2. Cobertura poblacional teórica de los Seguros Públicos de Salud

II.2.1. Contexto histórico y presentación de los Seguros Públicos de Salud

II.2.1.1. Seguros Públicos Nacionales

Además de los Seguros Sociales de corto plazo, el Estado Boliviano ha implementado en las dos últimas décadas sistemas de cobertura llamados “Seguros Públicos de Salud”, principalmente con el fin de reducir los índices de morbimortalidad materno-infantil y disminuir la exclusión de las poblaciones mayores de 60 años de edad. Los Seguros Públicos nacionales que se implementaron sucesivamente fueron el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN), el Seguro Básico de Salud (SBS), el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) para niños y mujeres gestantes, y el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV) Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) para los adultos mayores (cuadro 4). El principal antecedente de los Seguros Públicos de Salud fue el “Programa de Parto Gratuito”, inaugurado por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en el año 1986, con apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), para la atención prenatal, parto y post natal, así como el cuidado y control del recién nacido, en forma subsidiada por el estado (Mora 1986).

El paso fundamental que permitió la creación de los Seguros Públicos Nacionales fue el inicio de las políticas de descentralización a mediados de los años noventa, con la promulgación de las Leyes de Participación popular y de Descentralización Administrativa (Honorable Congreso Nacional 1994 y 1995). Se diseñó entonces el primer Seguro Público de Salud nacional, denominado Seguro Nacional de Maternidad y Niñez SNMN (cuadro 4), que entró en vigencia mediante Decreto Supremo N° 24303 del 24 de mayo de 1996 (Presidente Constitucional de la República 1996), que era financiado con el 2,7% de la coparticipación tributaria de los Municipios y que contenía prestaciones básicas resumidas en cuatro controles prenatales, el parto o cesárea, un control post-natal y el tratamiento de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) en menores de cinco años (Galindo Soza 2010).

Posteriormente, se cambió el SNMN por el Seguro Básico de Salud SBS (cuadro 4), aprobado mediante Decreto Supremo N° 25265 del 31 de diciembre 1998 (Presidente de la República 1998), que amplió las prestaciones e incrementó el aporte de los Gobiernos Municipales al 6,4% de la coparticipación tributaria municipal. Se incorporaron la cobertura de otras complicaciones del parto, de las hemorragias del primer trimestre de embarazo a consecuencia de aborto, además de complicaciones del neonato y una gran parte del denominado Escudo Epidemiológico, con tuberculosis, Chagas y malaria (Galindo Soza 2010).

El Seguro Universal Materno Infantil SUMI (cuadro 4) fue creado a partir de estas experiencias anteriores, mediante la Ley N° 2426 del 21 de noviembre de 2002 y con puesta en vigencia a partir del 1er de enero de 2003 (Honorable Congreso Nacional 2002). Además de algunos cambios administrativos y del incremento del financiamiento al 10% de la coparticipación tributaria de los Gobiernos Municipales, la creación del SUMI se tradujo en el incremento significativo del número de prestaciones cubiertas, con más de 500, en niños menores de 5 años, mujeres embarazadas y en periodo post-natal, y en mujeres en edad fértil (cuadro 4).

Además de los Seguros Públicos destinados a niños y mujeres gestantes, el Estado boliviano también creó Seguros Públicos destinados a las personas de la tercera edad (de 60 años y más) en el mismo marco de descentralización que el SNMN, SBS y SUMI, iniciando a fines del año 1998 con la aprobación del Seguro Médico Gratuito de Vejez SMGV (cuadro 4) mediante la Ley N° 1886 del 14 de agosto de 1998 (Honorable Congreso Nacional 1998), el mismo que fue reemplazado por el Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM (cuadro 4) a partir del año 2006 con la promulgación de la Ley N° 3323 (Honorable Congreso Nacional 2006), con financiamiento del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) para la cobertura de los adultos mayores sin seguro de salud.

Cuadro 4 – Seguros Públicos de Salud materno-infantiles y de la vejez en Bolivia 1996-2010

Seguro	Beneficiarios	Vigencia	Prestaciones y atención	Financiamiento
Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (SNMN)	Menores de 5 años y mujeres embarazadas	mayo 1996 a dic. 1998	32 prestaciones en el sub-sector público: 18 de diagnóstico, 12 para mujeres embarazadas y 9 para menores de 5 años	Recursos municipales para medicamentos, insumos (3,2% del 90% de CP tributaria municipal) RR.HH. financiados por TGN
Seguro Básico de Salud (SBS)	Menores de 5 años, mujeres embarazadas y familias (grandes endemias)	dic. 1998 a nov. 2002	92 prestaciones en el sub-sector público: 14 de diagnóstico, 35 para mujeres embarazadas, 33 para menores de 5 años y 13 prestaciones universales (Tb, malaria, cólera e ITS)	Recursos municipales para medicamentos, insumos (6,4% del 85% de CP tributaria municipal) RR.HH. financiados por TGN
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI 1)	Menores de 5 años y mujeres embarazadas hasta 6 meses posteriores al parto	2003 a dic. 2005	500 prestaciones de atención y prevención en los sub-sectores público, del Seguro Social y sub-sector privado (con convenio)	Recursos municipales para medicamentos, insumos (10% del 100% de la CP tributaria municipal), transferencias eventuales del FSN RR.HH. financiados por TGN y fondos del Seguro Social
Ampliación del SUMI (SUMI 2)	Beneficiarios SUMI 1 + mujeres en edad fértil	desde dic. 2005	Prestaciones SUMI 1 + 27 prestaciones de salud reproductiva a todas las mujeres en edad fértil	Mismas fuentes de financiamiento SUMI 1
Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV)	Hombres y mujeres de 60 años y mayores	agosto 1998 a enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seg. Social), únicamente en los establecimientos de la Seg. Social de corto plazo	Prima anual para establecimientos de salud de \$56 por afiliado (repartida entre los 3 niveles de atención), pagada a 60% por TGN y 40% por Gobiernos Municipales (Coparticipación)
Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)	Hombres y mujeres de 60 años y más	desde enero 2006	Atención integral de enfermedades (menos prestaciones excluidas por el código de Seguridad Social) Atención en los sub-sectores público y del Seguro Social, y en otros sub-sectores con convenios	Prima anual de Bs.580 (3 niveles de atención) por afiliado pagada por recursos municipales (Coparticipación, IDH e ingresos propios) RR.HH. financiados por TGN, Seguro Social y otros

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes (2010)

II.2.1.2. Otros Seguros Públicos (Subnacionales)

Además de los Seguros Públicos de cobertura nacional, creados por el nivel central, existen Seguros Públicos de Salud subnacionales, con cobertura solamente departamental o municipal. El Seguro Público subnacional más importante es el Seguro Universal de Salud Autónomo del Departamento de Tarija (SUSAT), que fue implementado en este Departamento en el mes de septiembre de 2007 con financiamiento del Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH) y de las regalías, en el marco de la Ley de Hidrocarburos del 2005 (Honorable Congreso Nacional 2005) y de los Decretos Supremos N° 28421 (del 21 de octubre de 2005) y 28748 (del 20 de junio de 2006), que atribuyen a las prefecturas Departamentales la competencia de “complementación de medidas de aseguramiento público en salud” (Presidente Constitucional de la República 2005 y 2006a). El SUSAT sucede en el Departamento de Tarija al el Seguro de Salud Infante Juvenil Ampliado (SIJA), vigente desde el año 2006, y que beneficiaba a todos los niños y adolescentes de 5 a 19 años de edad en los tres niveles de atención en el primer nivel de atención y a los niños y adolescentes de 5 a 19 años de edad no cubiertos por algún seguro de salud en los niveles II y III (Galindo Soza 2010).

El SUSAT cubre teóricamente a toda la población no afiliada a la Seguridad Social residente en el Departamento, de 5 a 59 años de edad, excepto a las mujeres embarazadas, cubiertas por el SUMI, para un total de 267 prestaciones distintas, que incluyen medicina general y especializada, exámenes auxiliares, medicamentos, hospitalización, cirugías, traslado de pacientes de emergencia, atención odontológica y dotación de lentes, entre otros. Al respecto, cabe señalar que el número de prestaciones cubiertas reportado por la Secretaria Departamental de Desarrollo Humano de Tarija es de 496; sin embargo, descontando las prestaciones repetidas (prestación única con insumos idénticos contabilizada como 3 prestaciones, en primer, segundo y tercer nivel), el número total de prestaciones cubiertas por el SUSAT es de 267 (Prefectura del Departamento de Tarija 2008).

En el Departamento del Beni, se ha creado en el año 2007 el Seguro Universal de Salud Autónomo (SUSA), que cubre teóricamente con 180 prestaciones a la población de 5 a 21 años no afiliada a la Seguridad social residente en el Departamento, y con 14 prestaciones a la población de 22 a 60 años (El Diario 2007), aparte de las mujeres embarazadas (cubiertas por el SUMI). Sin embargo la disminución de la proporción del IDH distribuido a las Prefecturas y el recorte del 30% para el financiamiento de la renta Dignidad (Honorable Congreso Nacional 2007) afectó al presupuesto destinado al SUSA a partir del año 2008, lo que tuvo como consecuencia una bajo impacto del seguro, con por ejemplo menos de 100 cirugías con cargo al seguro entre 2007 y 2010 (Galindo Soza 2010).

También existen Seguros Públicos a nivel municipal, de los cuales el más significativo es el Seguro Escolar de Salud Obligatorio (SESO) del Gobierno Municipal de El Alto, que cubre con un paquete médico y odontológico básico de 35 prestaciones (EABolivia 2010) a toda la población escolarizada y estudiante de 6 años a 21 años no afiliada en la Seguridad Social de corto plazo del Municipio de El Alto, exceptuando mujeres embarazadas, cubiertas por el SUMI. También existen o existieron Seguros Escolares de Salud en los Municipios de Caraparí (Departamento de Tarija), de Cobija y Nueva Esperanza (Departamento de Pando), de Tomina y Villa Alcalá (Departamento de Chuquisaca), entre otros, para la cobertura de niños y adolescentes escolarizados, o hasta un límite de edad: por ejemplo, en el caso del Seguro Médico Estudiantil de Cobija, se atiende a los alumnos entre los 6 y 13 años de edad, con el mismo servicio médico que el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), pero ampliado hasta los 13 años (FAM 2009). Por otra parte, algunos Gobiernos Municipales Financian Seguros para personas con discapacidad, como es el caso en los Municipios de Cobija (Departamento de Pando) y de San Juan de Yapacaní (Departamento de Santa Cruz), de acuerdo con datos de gasto en salud para la gestión 2007 (Valdés y Peñaloza 2010).

Sin embargo, la escasa información disponible sobre la cobertura poblacional de estos seguros municipales y la falta de continuidad que se puede observar de una gestión a la otra, como es el caso de algunos Municipios que implementan un seguro por una duración de un año (Valdés y Peñaloza 2010), impiden tomar en cuenta estos seguros dentro de la cobertura teórica total, razón por la cual solamente se tomará en cuenta el SESO de El Alto para los cálculos del acápite I.3.

II.2.2. Cobertura poblacional total de los Seguros Públicos de Salud

II.2.2.1. Cobertura poblacional teórica global de los Seguros Públicos de Salud

En totalidad, los seguros públicos cubren teóricamente a 2.120.610 personas, representando el 20,3% de la población boliviana en el año 2010 (cuadro 5). Estos seguros muestran un esquema excluyente, ya que cubren solamente algunos grupos de edad (seguros públicos nacionales y Seguro de El Alto y de Beni) y/o cubren en mayor magnitud dos departamentos sobre los nueve del país, gracias a los seguros departamentales autónomos. En los subtítulos 1.3.2.2 a 1.3.2.4 a continuación, se detalla el método de estimación de la población asegurada para cada Seguro Público, con el respectivo análisis de la cobertura poblacional.

Cuadro 5 – Cobertura poblacional teórica estimada de los Seguros Públicos en Bolivia, 2010

Seguro Público	Población tomada en cuenta para cálculo de la población cubierta	Número de habitantes cubiertos	en % de la población boliviana
Seguro Universal Materno Infantil SUMI	Niños menores de 5 años no afiliados en la Seguridad Social de corto plazo	977.692	9,4%
	Partos esperados en la población no afiliada a la Seguridad Social de corto plazo	249.325	2,4%
Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM	Personas de 60 años afiliadas en Seguro de Salud para el Adulto Mayor	292.123	2,8%
Seguro Universal de Salud Autónomo de Tarija (SUSAT)	Personas de 5 a 59 años del Departamento de Tarija no afiliadas en la Seguridad Social de corto plazo ni beneficiarias del SUMI (partos)	321.970	3,1%
Seguro Universal de Salud Autónomo de Beni (SUSA)	Personas de 5 a 21 años del Departamento del Beni no afiliadas en la Seguridad Social de corto plazo ni beneficiarias del SUMI (partos)	143.674	1,4%
Seguro Escolar de Salud Obligatorio de El Alto (SESO)	Personas de 5 a 21 años del Municipio del Alto no afiliadas en la Seguridad Social de corto plazo ni beneficiarias del SUMI (partos)	135.825	1,3%
TOTAL		2.120.610	20,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

II.2.2.2. Cobertura poblacional teórica del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)

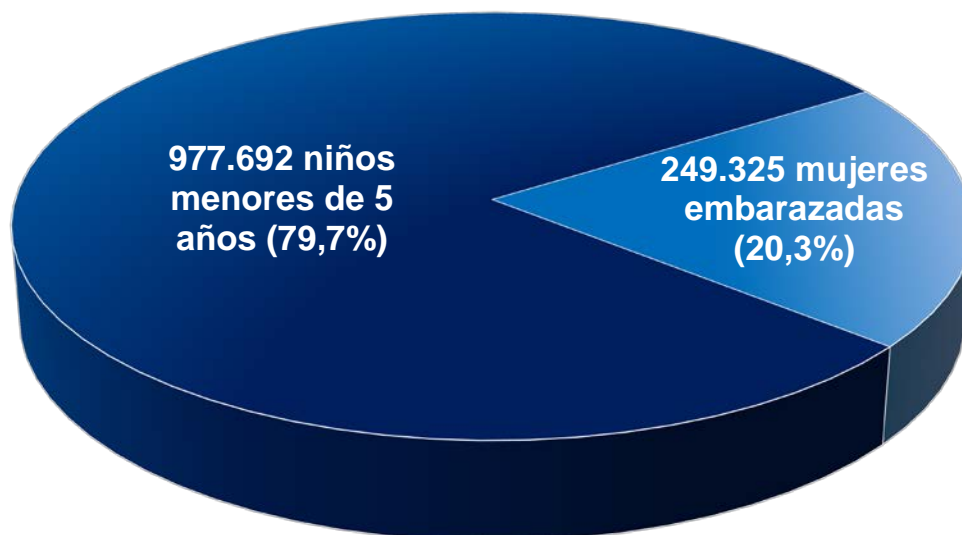
El Seguro Público que tiene en la actualidad la mayor cobertura poblacional teórica es del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con un total de 1.227.017 personas teóricamente cubiertas para la gestión 2010 (cuadro 5): en primer lugar, está población corresponde a todos los niños menores de cinco años no afiliados en la Seguridad Social de corto plazo, es decir 977.692 niños, calculados como la población de 1.302.875 niños menores de cinco años proyectados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) para el año 2010 (INE 2005 a), menos los 325.183 niños menores de cinco años asegurados en la Seguridad Social de acuerdo con información del INASES (INASES 2011).

En segundo lugar, se tomó en cuenta el número de partos 2010 proyectados por el Instituto Nacional de Estadísticas para el cálculo de la cobertura del SUMI en mujeres embarazadas hasta 6 meses después del parto: no se tomaron en cuenta todos los embarazos ya que solamente las mujeres con parto benefician de una cobertura relativamente larga, hasta 15 meses de duración. En este marco, la población de mujeres cubiertas teóricamente por el SUMI corresponde a los 279.496 partos proyectados por el INE para 2010 (INE 2005b) menos los 30.171 partos atendidos en la Seguridad Social (INASES 2011), es decir un total de 249.325 beneficiarias teóricas para el año 2010 (cuadro 5). Cabe señalar que si se puede saber cuántos partos fueron atendidos según subsector gracias al Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS), no existe información oficial sobre el número de partos cubiertos por el SUMI, razón por la cual se toma en cuenta la estimación mencionada, a pesar de que todos estos partos no fueron atendidos por el SUMI y que algunos partos en la Seguridad Social correspondieron al SUMI, bajo la modalidad de convenios entre las entidades de Seguridad Social de corto plazo y los Gobiernos Municipales.

Por otra parte, existen prestaciones de salud cubiertas por el SUMI para todas las mujeres en edad fértil, pero en número muy reducido (27), razón por la cual en el presente estudio, no se consideran a las mujeres en edad fértil como cubiertas por el SUMI (excepto mujeres con parto).

En totalidad, son entonces 1.227.017 personas que se benefician teóricamente del SUMI, de los cuales el 79,7% son niños menores de 5 años (977.692 niños) y el 20,3% son mujeres embarazadas (249.325 mujeres) para la gestión 2010 (ilustración 8).

Ilustración 8 – Número de beneficiarios teóricos del SUMI según categoría, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011) e INE (2005 a y b)

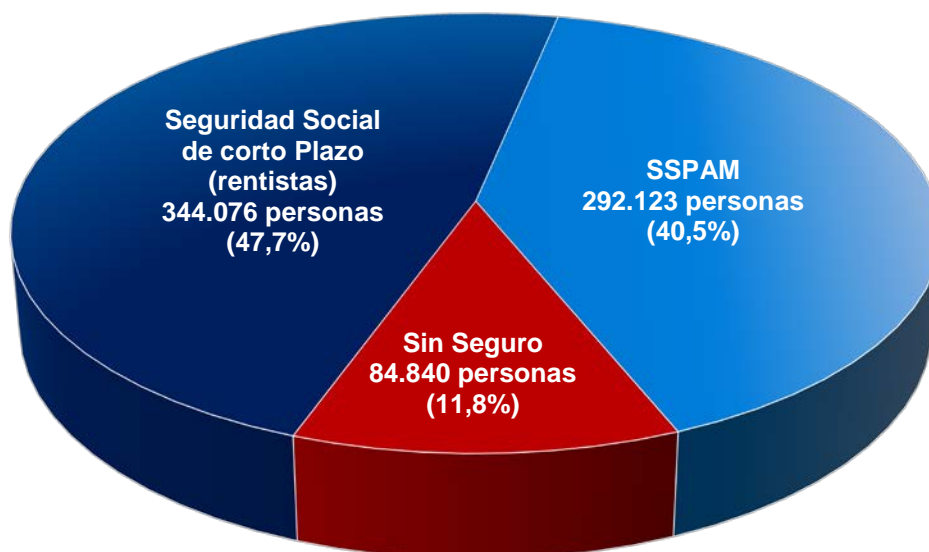
II.2.2.3. Cobertura poblacional teórica del Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM)

En cuanto al otro Seguro público de cobertura nacional, el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), cubre teóricamente a todas las personas de 60 años y más no aseguradas en la Seguridad Social de corto plazo, ya que su aplicación es obligatoria de acuerdo con la Ley N° 3323 del 16 de enero de 2006 (Honorable Congreso nacional 2006). Sin embargo, de acuerdo con el decreto reglamentario de la Ley (Presidente Constitucional de la República 2006b), solo son cubiertas las personas efectivamente afiliadas: así, es la responsabilidad de cada persona de la tercera edad afiliarse en el Municipio dónde reside al inicio de cada año, lo que impide un acceso total al seguro, sobre todo

tomando en cuenta que no todos los Municipios implementan el SSPAM: de acuerdo con información de la Unidad de Seguros Públicos de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, en el año 2009, solamente el 77% de los Gobiernos Municipales (253 de un total de 327) implementaron el SSPAM en su ámbito territorial (MSyD 2011). Para el año 2010, había entonces un total de 292.123 personas afiliadas al SSPAM (Cuadro 5) (MSyD 2011) sobre un total de 721.039 personas de 60 años y más, de acuerdo con las proyecciones poblacionales del INE (INE 2005).

Como consecuencia de este aseguramiento público parcial, existe todavía una importante proporción de la población de 60 años y más que no está afiliada ni a la Seguridad Social de corto plazo, ni al SSPAM (ilustración 9): aparte de los 292.123 afiliados al SSPAM (40,5% de las personas de 60 años y más), 344.076 personas de 60 años y más benefician de la Seguridad Social de corto plazo (47,7%), significando que aproximadamente 84.840 personas de 60 años y más (11,8%) estarían sin ningún tipo de protección estatal en salud (ilustración 9).

Ilustración 9 – Cobertura por Seguros de Salud en la población de 60 años y más, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2011) y MSyD (2011)

A pesar de seguir existiendo parte de la población de la tercera edad que no tienen seguro de salud, se observa una mejora gradual de la cobertura de los adultos mayores, año tras año; a título de comparación, en el año 2008, el 18,8% de las personas de 60 años y más estaba sin seguro de salud, es decir 127.143 personas; sin embargo, la mejora observada de la cobertura no se debe al Seguro de Salud del Adulto Mayor, sino a la Seguridad Social de corto plazo, que protege directamente a rentistas y a padres de personas cotizantes, entre otros: en el año 2008, el 39,3% de las personas de 60 años y más se encontraban afiliadas en la Seguridad Social, mientras que esta proporción era de 47,7% para el año 2010; en cambio, ha disminuido la proporción de adultos mayores afiliados al SSPAM: mientras que en el año 2008, el 41,9% de los adultos mayores estaba cubierto por el SSPAM, esta proporción es de 40,5% en el año 2010 (ilustración 9).

Finalmente, los establecimientos de salud que atienden el SSPAM son principalmente del Sector Público: de acuerdo con información del Ministerio de Salud y Deportes, 163.894 personas estarían afiliadas con cobertura en el subsector público (público solo o compartido con otro subsector), mientras que 145.777 beneficiaban de atención en la Seguridad Social, de los cuales 36.828 en forma compartida con el subsector público (MSyD 2011). Sin embargo, existen incoherencias entre las diferentes fuentes de información disponibles, ya que el INASES reporta que 220.214 personas estarían afiliadas al SSPAM con atención en establecimientos de la Seguridad Social (INASES 2011),

lo que podría dejar suponer que las Instituciones de la Seguridad Social de corto plazo están exagerando sus datos de cobertura poblacional reportados al INASES. A continuación, se muestra el número de afiliados al SSPAM según nivel de atención accesible y según subsector en el cual se realiza la atención (cuadro 6); al respecto, cabe señalar que para el mismo nivel de atención, algunos Gobiernos Municipales pasaron convenios con establecimientos de salud de diferentes subsectores. A partir de la información de la Unidad de Seguros Públicos de Salud (MSyD 2011), se puede entonces comprobar que el Subsector Público es el que cubre la mayor cantidad de afiliados en el primer nivel de atención, pero que en el segundo y tercer nivel de atención, es la Seguridad Social que cubre a la mayor cantidad de adultos mayores; por otra parte, el subsector privado, casi sin cobertura en el primer nivel de atención, cubre a una cantidad significativa de afiliados en el segundo y tercer nivel, en particular en el Departamento de La Paz (cuadro 6).

Cuadro 6 – Cobertura poblacional del SSPAM según subsector de salud y nivel de atención

Subsector / Categoría	1er nivel	2do nivel	3er nivel
Sector Público	167.845	101.392	77.328
Seguridad Social	108.113	140.068	138.450
Sector Privado	240	46.626	37.962
Sin Información	19.040	7.546	7.546
TOTAL GENERAL	291.528	264.157	251.704
<i>Sin atención en el nivel especificado</i>	<i>595</i>	<i>27.966</i>	<i>40.419</i>

Fuente: elaboración propia en base a datos de MSyD (2011)

II.2.2.4. Cobertura poblacional teórica de los Seguros Públicos Subnacionales

Para los demás Seguros Públicos de Salud (Seguros Subnacionales), la falta de transparencia y de información disponible impide contar con el número real de afiliados y de beneficiarios, razón por la cual se tomó en cuenta toda la población teóricamente beneficiaria y no los solos afiliados: en el caso del SUSAT de Tarija, se estimó una población cubierta de 321.970 personas, calculada como como la población de 5 a 59 años de edad proyectada por el INE (INE 2005), representando 426.149 personas en el año 2010, menos 92.873 personas de 5 a 59 años afiliadas en la Seguridad Social de corto plazo y 11.306 partos cubiertos por el SUMI. Para estimar la población afiliada en la Seguridad Social, se aplicó la estructura por edades del nivel nacional a la población afiliada en el Departamento, ya que el INASES no difunde datos a nivel departamental sobre las estructura por edad de los afiliados (INASES 2011); el número de partos cubiertos por el SUMI está dado como el número total de partos proyectado en el Departamento (INE 2005) menos los partos atendidos en la Seguridad Social de corto plazo (INASES 2011). Se tomó entonces varias hipótesis restrictivas debido a la falta de información, que implican que exista un pequeño margen de error en las estimaciones.

Utilizando la misma metodología, se calculó el número de beneficiarios teóricos del SUSA Beni, que asciende a 143.674 personas para el año 2010 (cuadro 5): 184.766 personas de 5 a 21 años de edad en el Departamento, menos 37.654 personas de 5 a 21 años afiliadas a la S. Social de corto plazo y 3.437 partos atendidos por el SUMI en personas de 15 a 21 años de edad. Ya que el Sistema Nacional de Información en Salud no difunde información sobre la edad de las mujeres al momento de su parto, se estimó el número de partos en la población de 15 a 21 años de edad a partir de las tasas específicas de fecundidad reportadas en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008 (MSyD e INE 2011), que aplicadas al número esperado de partos proyectado por el INE (INE

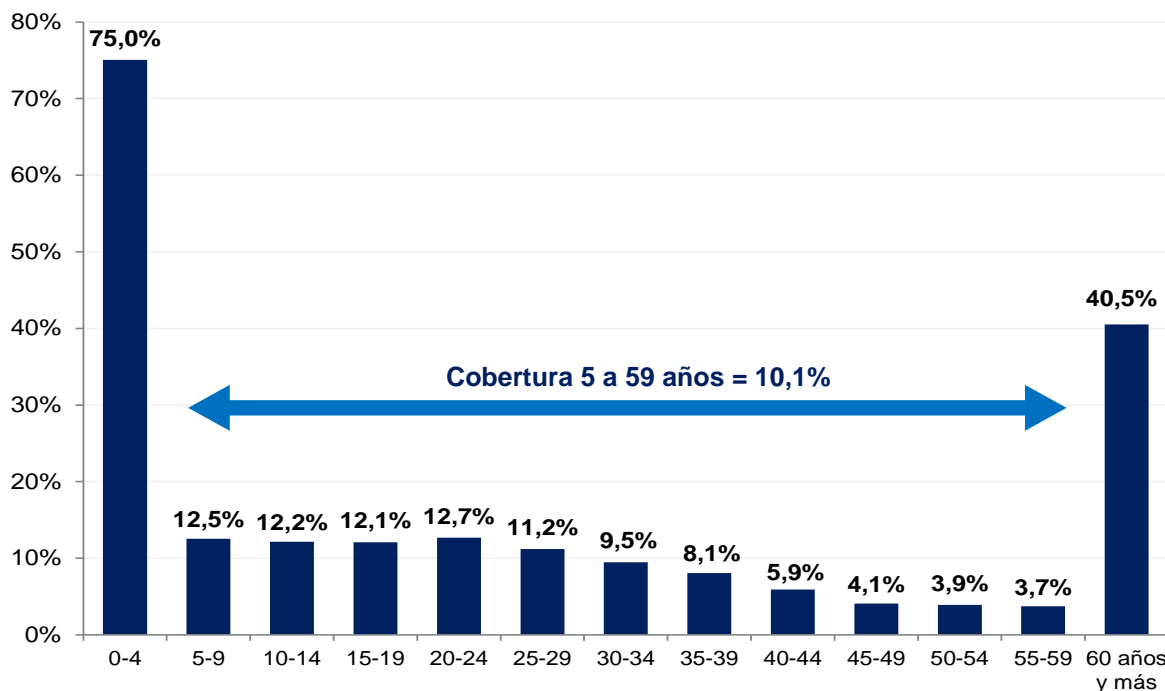
2005b), permite establecer que a nivel nacional para el año 2008, el 27,9% de los partos conciernen mujeres de 15 a 21 años de edad. Debido a la ausencia de datos a nivel departamental, se aplicó esta proporción nacional a la población beniana, lo que podría implicar una ligera subestimación ya que en el Departamento del Beni, la edad mediana de las mujeres al primer nacimiento es de solamente 19 años, por debajo de la mediana nacional de 21,2 años (MSyD e INE 2011).

Los mismos instrumentos fueron aplicados para estimar la población cubierta teóricamente por el Seguro Escolar de Salud Obligatorio de El Alto (SESO), que asciende a 135.825 personas para el año 2010 (cuadro 5): sin embargo, debido a la ausencia de datos de afiliación a la Seguridad Social según Municipio, se utilizó la tasa de cobertura de todo el Departamento de La Paz; por otra parte, este Seguro Público beneficia solamente a la población estudiantil: en este sentido, se aplicó a la población no afiliada en el Seguro Social ni el SUMI (partos) las tasas netas de escolarización primaria y secundaria del Municipio de El Alto estimadas por el Ministerio de Educación para la gestión 2008 (Ministerio de Educación 2010) y la tasa de matriculación en educación superior del Departamento de La Paz estimada a partir de información del Instituto Nacional de Estadísticas para el año 2008 (INE 2010): así, de los 196.240 niños y adolescentes y jóvenes de 5 a 21 de edad no afiliados en la Seguridad Social y no beneficiarios del SUMI en el Municipio de El Alto, solamente el 69,2% está escolarizado correspondiendo a 135.825 beneficiarios teóricos del SESO (cuadro 5).

II.3.3. Cobertura teórica de Seguros Públicos de Salud según grupos de población

Según grupos de edad, los Seguros Públicos de Salud muestran un esquema excluyente, ya que a nivel nacional, cubren solamente a algunos grupos específicos (niños, mujeres embarazadas y adultos mayores), fuera de los cuales solo existe aseguramiento público subnacional. En la población de 5 a 59 años de edad, la cobertura teórica es de solamente 10,1%, correspondiendo a mujeres embarazadas y a la población cubierta por los seguros subnacionales (ilustración 10).

Ilustración 10 – Cobertura teórica de Seguros Públicos según grupo de edad, Gestión 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

El grupo de edad con mayor cobertura potencial por Seguros Públicos de Salud son los niños menores de 5 años, dentro de los cuales solamente los afiliados a la Seguridad Social no son contabilizados como cubiertos por el SUMI. El segundo grupo con mayor cobertura está compuesto por los hombres y mujeres de 60 años y más, de los cuales el 40,5% está afiliado al Seguro de Salud para el Adulto Mayor SSPAM (ilustración 10).

A partir de los 40 años de edad, se puede constatar en la ilustración 8 que la cobertura teórica de los Seguros Públicos de Salud es muy baja, ya que corresponde solamente a la población del Departamento de Tarija y a algunos partos cubiertos por el SUMI, que representan solamente el 4,6% de los partos anuales totales (estimación propia en base a datos de MSyD e INE 2011 e INE 2005b).

En cuanto a otros grupos de población, la cobertura teórica de seguros públicos muestra inequidades en diferentes grados: cubre más a las mujeres que a los hombres (debido a la cobertura de los embarazos en el SUMI), cubre más a los departamentos de Beni y Tarija debido a la existencia de seguros departamentales (cuadro 7): mientras que los Seguros Públicos cubren teóricamente al 78,4% de la población del Departamento de Tarija y al 49,6% de la población del Departamento del Beni, cubre en los Departamentos de Oruro, Potosí y Cochabamba a respectivamente 10,8%, 13,3% y 14,1% de la población. En el caso del Departamento de Oruro, se constata una cobertura de los Seguros Públicos muy baja (10,8%) debido a la importante cobertura de la Seguridad Social de corto plazo, cual afiliados normalmente no benefician de los Seguros Públicos de Salud (cuadro 7). En cuanto a cantidad de población cubierta, son los Departamentos de La Paz, Santa Cruz y Tarija que tienen el mayor número de habitantes cubiertos por los Seguros Públicos, con respectivamente 508.240, 444.102 y 409.394 personas (cuadro 7).

Cuadro 7 – Cobertura poblacional teórica de Seguros Públicos según Departamento, 2010

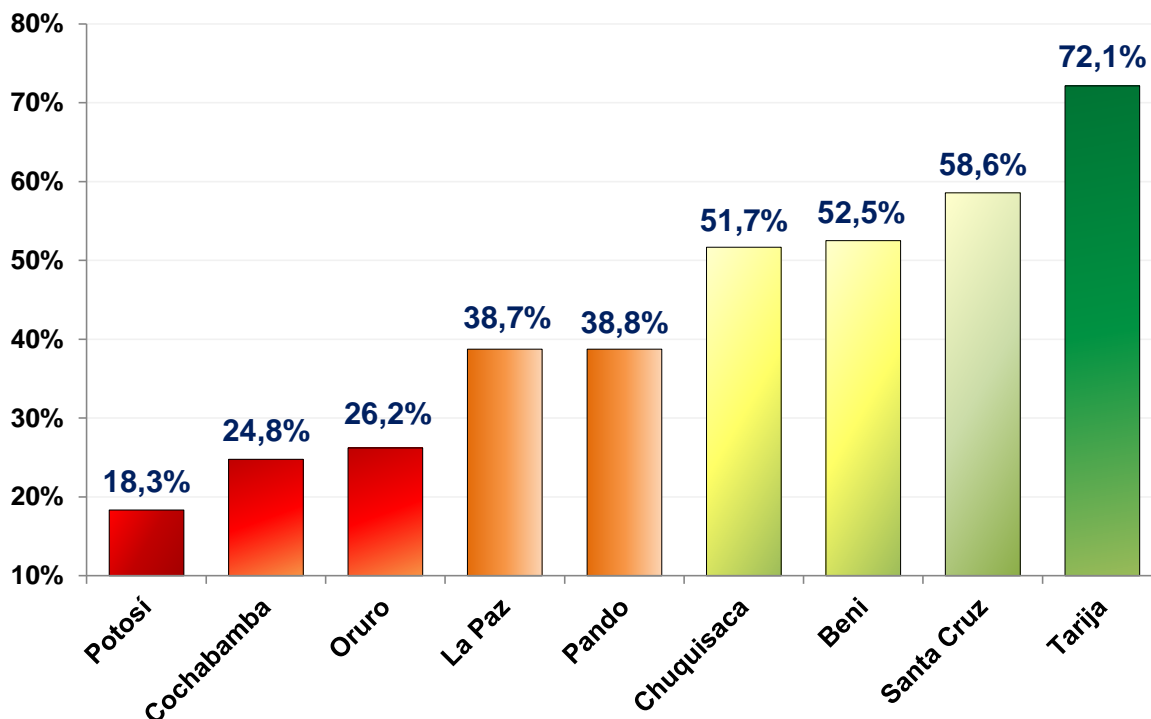
Departamento	Población 2010 cubierta (teórica) por Seguro				Población Total	Tasa de Cobertura
	SUMI	SSPAM	Subnacionales	TOTAL		
Chuquisaca	84.460	25.012	0	109.472	650.570	16,8%
La Paz	282.555	89.859	135.825	508.240	2.839.946	17,9%
Cochabamba	229.549	32.375	0	261.924	1.861.918	14,1%
Oruro	38.725	10.042	0	48.767	450.814	10,8%
Potosí	92.345	12.271	0	104.616	788.406	13,3%
Tarija	62.748	24.676	321.970	409.394	522.339	78,4%
Santa Cruz	359.862	84.240	0	444.102	2.785.762	15,9%
Beni	64.692	12.310	143.674	220.677	445.234	49,6%
Pando	12.080	1.338	0	13.418	81.160	16,5%
TOTAL BOLIVIA	1.227.017	292.123	601.470	2.120.610	10.426.154	20,3%

Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

Si se analiza en forma individual los Seguros Públicos nacionales, se constata que para el SUMI, los Departamentos que tienen mayor cobertura poblacional teórica son los que tienen menor cobertura de la Seguridad Social, ya que de acuerdo con la metodología utilizada, los beneficiarios potenciales del SUMI son todos los niños menores de 5 años y todas las mujeres con parto no afiliados en la Seguridad Social de corto plazo.

Sin embargo, los resultados son mucho más contrastados para el Seguro de Salud del Adulto Mayor (SSPAM): de acuerdo con estimaciones basadas en los datos proporcionados por la Unidad de Seguros Públicos de Salud del Ministerio de Salud y Deportes, el SSPAM en el Departamento de Tarija afilia a más del 70% de la población de 60 años y más proyectada por el INE para este Departamento; siguen los Departamentos de Santa Cruz, Beni y Chuquisaca, dentro de los cuales el SSPAM afilia respectivamente al 58,6%, 52,5% y 51,7% de la población de 60 años y más. En cambio, los Departamentos de Potosí, Cochabamba y Oruro son los que presentan menor cobertura del SSPAM, respectivamente 18,3%, 24,8% y 26,2% de los adultos mayores (ilustración 11).

Ilustración 11 – % de personas de 60 años y más afiliadas al SSPAM, por Departamento, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de MSyD (2011) e INE (2005)

II.3.4. Problemas en la utilización de coberturas teóricas por Seguros Públicos

Como fue mencionado al inicio de este acápite, la cobertura de 20,3% de la población boliviana por Seguros Públicos de Salud es totalmente teórica, ya que incluye a todas las personas que tienen el derecho legal a ser cubiertas por el subsector público. Sin embargo, muchas personas no acceden efectivamente a los servicios de salud públicos y consecuentemente no son cubiertas realmente por los Seguros Públicos de Salud.

Frente a la ausencia de datos primarios sobre la cobertura real de los Seguros Públicos, la Encuesta de Hogares 2007 realizada por INE aporta aclaraciones interesantes. Según los datos de esta encuesta, la cobertura de los Seguros Públicos en una muestra de 16.804 personas a nivel nacional es de solamente de 13,5%, dentro de un intervalo de confianza de 12,7% a 14,5% (con una probabilidad de 99%). Aplicando el factor de expansión elaborado por el INE, la cobertura de los seguros públicos es aún menor, de 12,0%, dentro de un intervalo de confianza de 11,0% a 13,1% (con una probabilidad de 99%) (estimación propia en base a datos de INE 2008). A partir de los datos de la encuesta, se constata que los seguros públicos no estarían cubriendo totalmente a su población meta: así, aplicando el factor de expansión, solamente el 60,7% de los niños menores de 5 años

estaría cubierto por el SUMI, y el 24% no se beneficiaría de ningún tipo de cobertura en salud, mientras que la cobertura teórica en esta población debería ser de 75% para seguros públicos (ilustración 10). Sin embargo, los datos de la Encuesta de Hogares 2007 muestran que la creación del SUMI en el año 2003 permitió un incremento significativo en la cobertura de servicios de salud: así, de las mujeres que reportaron el último parto antes del año 2003, solamente el 17,8% fue cubierto por seguro público (cobertura total de 32,8% con los seguros privados y la seguridad social); en las mujeres que tuvieron su último parto a partir del año 2003, el 60,1% fue cubierto por el SUMI (cobertura total de 72% con los demás seguros) (estimación propia en base a datos de INE 2008).

Existen limitantes a las encuestas del INE, ya que solo se considera lo que respondieron las personas entrevistadas (no existen medios de verificación), además de los problemas de muestreo inherentes a este tipo de encuesta. Otro problema está relacionado a la organización administrativa de los Seguros Públicos en Bolivia, ya que los beneficiarios de estos no están siempre afiliados formalmente como en la Seguridad Social o en los seguros privados. Así, los entrevistados tienen una tendencia a declarar mayor cobertura por seguros públicos cuando necesitaron el servicio de salud: si se toma en cuenta solamente la población que declaró tener enfermedad o accidente en el mes anterior a la encuesta, la cobertura de los seguros públicos aplicando el factor de expansión era del 18,6% de la población; en cambio, solamente el 10,5% de la población que no se enfermó en el mes precedente a la encuesta reportó cobertura por seguros públicos. Las mismas diferencias ocurren en los grupos de población teóricamente cubiertos por los seguros públicos: en los menores de 5 años, el 71,4% de los que estuvieron enfermos declararon estar cubiertos por el SUMI, mientras que en los que no estuvieron enfermos, solamente el 59,3% declaró estar cubierto por el Seguro universal Materno Infantil.

En el marco de estos problemas estadísticos y metodológicos inherentes a las Encuestas de Hogares, las tasas de coberturas reportadas no pueden ser tomadas como exactas y solo representan un nivel estimado de cobertura por seguros públicos. Sin embargo, los datos del INE permiten demostrar que una proporción consecuente de la población teóricamente beneficiaria de los Seguros Públicos no accede efectivamente a estos, a pesar de mejoras evidentes en la cobertura desde el año 2003. Además, la encuesta permite contar con estimaciones de cobertura por grupos de población, que se detallan en el Capítulo III del presente estudio.

II.4. Cobertura poblacional teórica de los Seguros Privados

No existen en Bolivia datos oficiales de cobertura por seguros de salud privados para la gestión 2010 o anteriores, ya que la ex - Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (SPVS, ahora Autoridad de Fiscalización y Control de Pensiones y Seguros), que era la entidad encargada de la regulación de los seguros privados, no recoge esta información, y que las compañías aseguradoras no informan del número de afiliados que tienen, tanto para seguros generales que incluyen salud como para seguros específicos de salud (Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros 2007). Si bien la SPVS informa que para el año 2009, 154.501 primas para salud y enfermedad fueron suscritas (118.877 seguros generales y 35.624 seguros de personas), no se informa de cuantas personas están cubiertas por estas primas (Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros 2010).

Actualmente, la única forma de contar con datos sobre coberturas por seguros privados es utilizando las Encuestas de Hogares. Así, en 2009, se reportaba que los seguros privados estarían cubriendo al 2,6% de la población, dentro de un intervalo de confianza de 2,2% a 3,0% (con una probabilidad de certeza de 99%), representando aproximadamente 265.877 personas para 2009.

Por otra parte, las Encuestas de Hogares permiten contar con estimaciones por grupos de población, que se detallan el capítulo III del presente estudio. Entre otros, se muestra que las poblaciones urbanas de ingreso alto son las que más se benefician de los seguros privados.

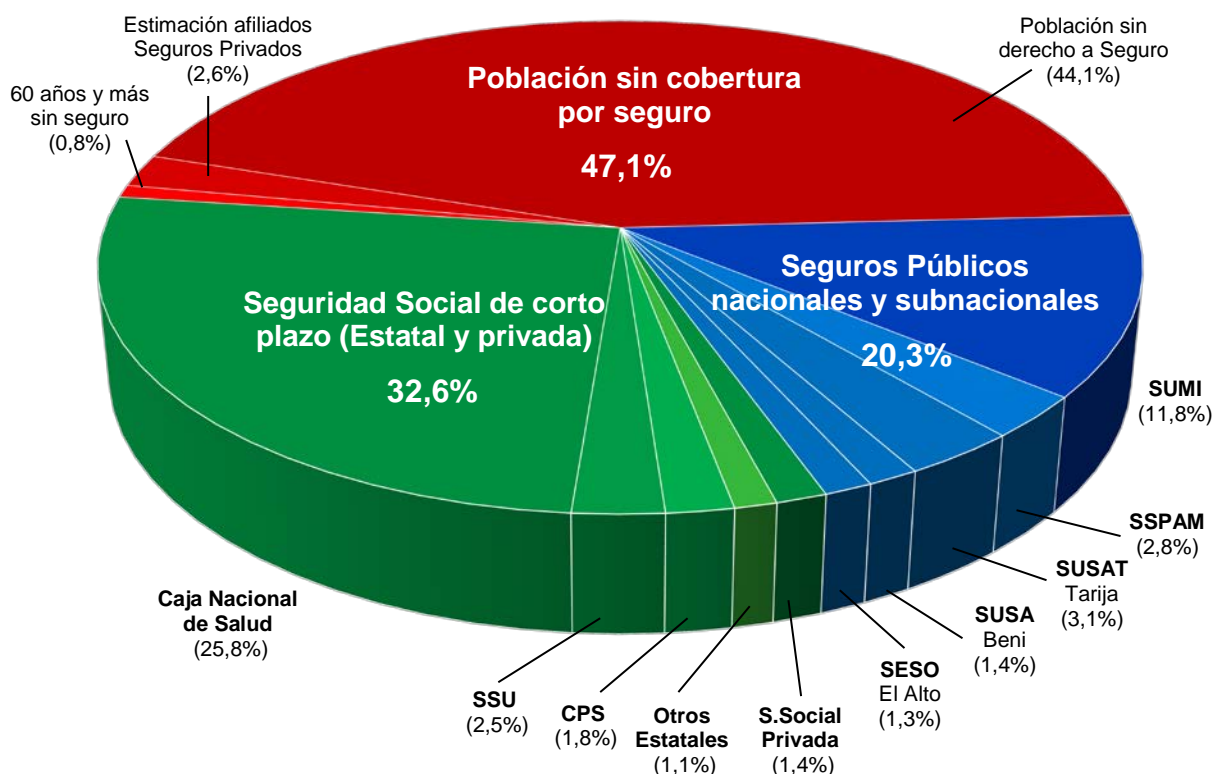
II.5. Cobertura poblacional teórica total por Seguros de Salud

II.5.1. Cobertura poblacional teórica general de los Seguros de Salud

A nivel agregado, la cobertura teórica de los seguros de salud y seguros públicos en Bolivia alcanza para el año 2010 el 52,9% de la población (5.517.689 personas), correspondiendo a los afiliados a la Seguridad Social de corto plazo (3.397.079 personas, es decir 32,6% de la población total), a los beneficiarios teóricos del SUMI (1.227.017 personas, 11,8%), del SSPAM (292.123 personas, 2,8%) y de otros Seguros Públicos (601.470 personas, es decir 5,8% de la población total) (cuadro 8). Haciendo la diferencia con la población total proyectada para el año 2010 (INE 2005), habría entonces 4.908.465 personas sin cobertura por seguros de salud (47,1% de la población total 2010).

En la ilustración 12 y en el cuadro 8, se puede observar la repartición de la cobertura entre los diferentes seguros de salud, sociales y públicos. Se constata que a pesar del desarrollo de los Seguros Públicos, la Seguridad Social de corto plazo, y en particular la Caja Nacional de Salud, sigue siendo el subsistema que cubre a la mayor cantidad de población (ilustración 12 y cuadro 8).

Ilustración 12 – Cobertura poblacional teórica por Seguros de Salud, según Seguro, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

Si además no se toman en cuenta los embarazos y periodo post parto cubiertos por el SUMI, para los cuales no hay cobertura permanente (solamente durante un periodo máximo de 15 meses), la cobertura teórica en la población total bajaría a 50,2% para el año 2010, dejando el 49,8% de la población sin cobertura permanente (aproximadamente 5.238.200 personas). En cambio, si se toma en cuenta los seguros privados, para los cuales la Encuesta de Hogares 2009 estima que cubren al

2,6% de la población (sin tomar en cuenta beneficiarios ya contados con el SUMI, SSPAM, SUSABeni y SUSAT), la cobertura teórica total sería de 55,5%, dejando el 44,5% de la población sin ninguna protección financiera en salud. Sin embargo, no se pueden incluir con certeza los afiliados a seguros privados dentro de la población protegida formalmente, ya que los datos provienen de una encuesta y que es imposible saber si este 2,6% de la población no se beneficia al mismo tiempo de la Seguridad Social de corto plazo (en aquel caso, se contaría dos veces un parte de la población con cobertura por seguros de salud). Por otra parte, la afiliación a un seguro privado es generalmente voluntaria, y en este sentido, no se puede considerar esta población como cubierta formalmente; consecuentemente, la tasa de cobertura teórica por Seguros de Salud que se debe tomar en cuenta oficialmente es el 52,9% de la población.

Cuadro 8 – Cobertura poblacional teórica por Seguros de Salud, según Seguro, 2010

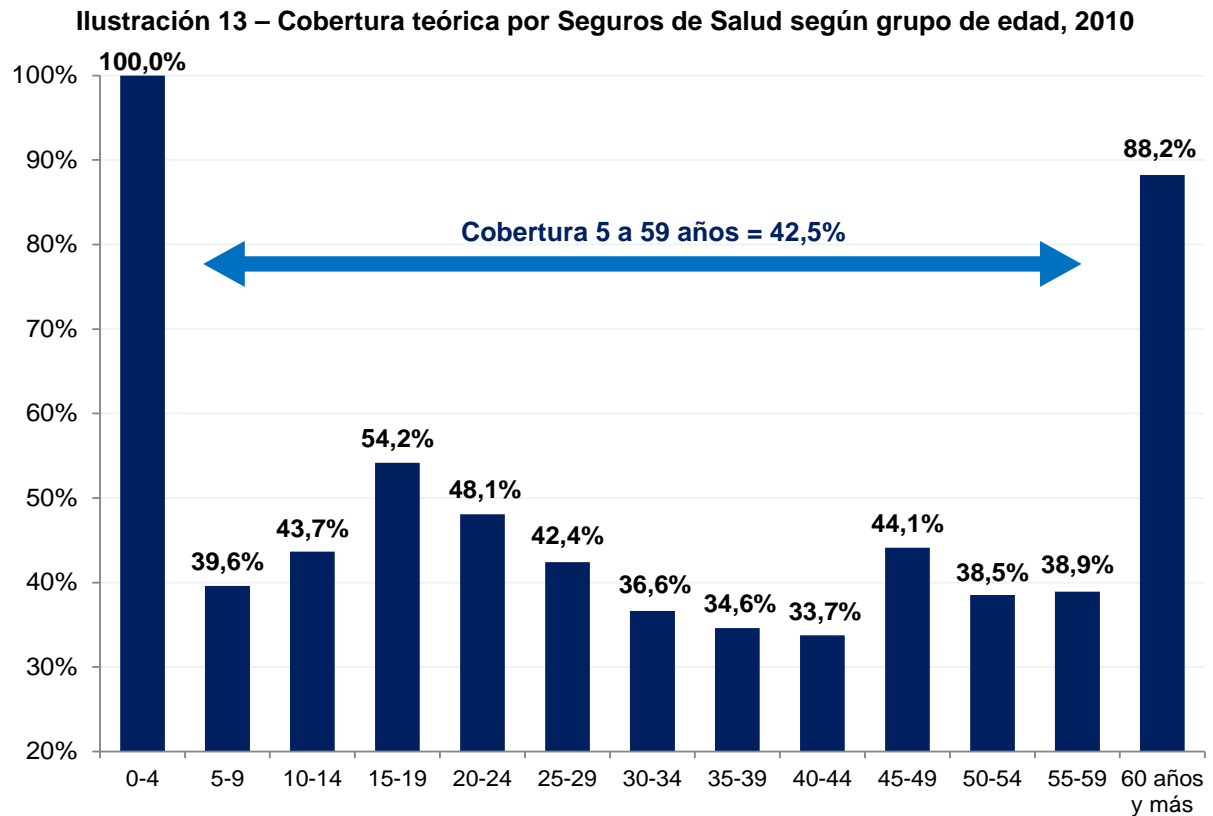
Seguro		Población teórica Cubierta		En % de la Población boliviana	
Seguros Públicos de Salud	SUMI	1.227.017	2.120.610	11,8%	20,3%
	SSPAM	292.123		2,8%	
	SUSAT	321.970		3,1%	
	SUSA	143.674		1,4%	
	SESO	135.825		1,3%	
Seguridad Social de corto Plazo	CNS	2.691.002	3.397.079	25,8%	32,6%
	SSU	255.917		2,5%	
	CPS	189.036		1,8%	
	Cajas Privadas	142.455		1,4%	
	Otras Públicas	118.669		1,1%	
TOTAL CON SEGURO		5.517.689		52,9%	
Detalle personas sin Seguros	3ra edad sin seguro	84.770	4.908.465	0,8%	47,1%
	Seguros privados	224.383		2,2%	
	Ninguno Seguro	4.599.312		44,1%	
TOTAL SIN SEGURO		4.908.465		47,1%	

Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

En una perspectiva a corto plazo, el Departamento de Santa Cruz también está por crear su Seguro Departamental (SUSACruz) para su población no afiliada a la Seguridad social de 5 a 59 años de edad, aparte de las mujeres embarazadas (cubiertas por el SUMI). Aplicando esta población al año 2010, son 1.630.671 personas adicionales que se beneficiarían teóricamente de un nuevo Seguro Público, representando el 15,6% de la población total de Bolivia. Contabilizando esta población como potencialmente cubierta (a corto o mediano plazo), la tasa de cobertura poblacional teórica de los Seguros de Salud en Bolivia alcanzaría el 67,5% de la población 2010 total, y la población desprotegida representaría entonces el 32,5% de la población proyectada para el año 2010.

II.5.2. Cobertura poblacional teórica de los Seguros según grupos de población

La cobertura teórica por grupos de edad muestra que la población desprotegida es la de 5 a 59 años de edad que no está afiliada a la Seguridad Social de corto plazo, debido al esquema por edad de los seguros públicos SUMI y SSPAM que no incluyen estos grupos de población (ilustración 13). En efecto, dentro de este rango de edad, la cobertura por seguros (Seguros Públicos y Seguridad Social) es de solamente 42,5%; las personas cubiertas son los afiliados a la Seguridad Social de corto plazo, las mujeres embarazadas cubiertas por el SUMI y los beneficiarios de los Seguros Públicos subnacionales (Tarija, Beni y El Alto).



Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

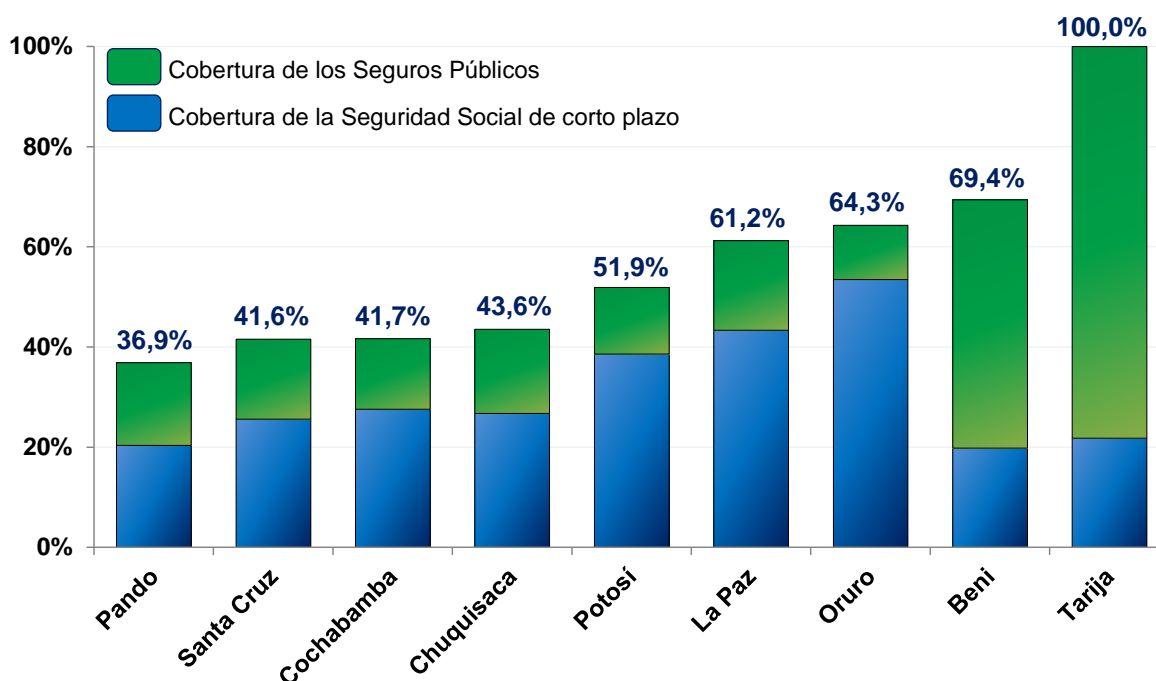
Si además no se toman en cuenta los embarazos y periodo post parto cubiertos por el SUMI, para los cuales no hay cobertura permanente (solamente durante un periodo máximo de 15 meses), la cobertura teórica de los seguros en la población de 5 a 59 años de edad sería de solamente 39,5%.

Analizando más específicamente los grupos de edad con menor cobertura, se constata que los grupos más descubiertos son las personas de 35 a 44 años de edad, que presentan una cobertura teórica menor al 35%, seguidos por los niños de 5 a 9 años, los adultos de 30 a 34 años y las personas de 50 a 59 años de edad, todos con una tasa de cobertura teórica por Seguros de salud entre 35% y 40% (ilustración 13). En forma opuesta, los niños menores de 5 años y las personas de 60 años y más son los grupos de edad que presentan mayores tasas de cobertura teóricas, respectivamente 100% y 88,2%, ya que los Seguros Públicos de Salud complementan la cobertura por Seguridad Social en estos grupos de edad. Entre 5 y 59 años de edad, el grupo de 15 a 19 años es el con mayor cobertura teórica (54,2%), debido principalmente a la alta cobertura de la Seguridad Social de corto plazo en este tramo de edad (ilustración 13).

Respecto a la cobertura por Departamento (ilustración 14), la existencia de Seguros Públicos departamentales solo en Beni y Tarija induce grandes inequidades interdepartamentales. En efecto, en estos Departamentos, la cobertura teórica de los Seguros de Salud alcanza respectivamente al 100% y al 69,4% de la población, a pesar de que estos Departamentos presentan las coberturas por Seguridad Social más bajas del país. Después de estos dos Departamentos, los Departamentos de Oruro, La Paz y Potosí son los únicos que presentan una cobertura teórica de Seguros de Salud superior al 50% de su población; en el caso de estos tres Departamentos, el esquema de aseguramiento es opuesto al aseguramiento público de los Departamentos de Tarija y Beni, ya que sus tasas de cobertura por Seguros, encima del promedio nacional, se deben principalmente debido a las altas coberturas teóricas de la Seguridad Social de corto plazo (ilustración 14).

Finalmente, los demás Departamentos (Santa Cruz, Pando, Chuquisaca y Cochabamba) tienen teóricamente menos del 45% de su población protegida, debido a la inexistencia de seguros departamentales y a las bajas coberturas de la Seguridad Social de corto plazo (ilustración 14).

Ilustración 14 – Cobertura teórica por Seguros (sin Privados) según Departamento, 2010



Fuente: elaboración propia en base a datos de: INASES (2011), MSyD (2011), INE (2010, 2005 a y b) y Ministerio de Educación (2010)

II.6. Problemas en el uso de la Cobertura teórica por Seguros de Salud

La tasa de cobertura teórica de 52,9% calculada a partir de las proyecciones poblacionales y de los reportes de cobertura por seguros del INE y del INASES no se puede considerar como real, ya que incluye a todas las personas que tienen el derecho legal a estar cubierto por un seguro de salud público o de la Seguridad Social, de las cuales una importante proporción no accede efectivamente a los servicios de salud cuando lo necesita.

Las principales barreras al acceso en la población teóricamente cubierta por seguros de salud son barreras geográficas, culturales, relacionadas a la mala calidad de la atención, pero también

económicas: aunque las personas teóricamente cubiertas tienen derecho a la gratuidad de atención, tienen que soportar costos indirectos (transporte, costo de oportunidad, etc.) además de eventuales cobros ilegales. También se debe considerar que las diferentes barreras no económicas, en particular la mala calidad y las filas de espera, pueden provocar un desplazamiento de demanda de la población teóricamente cubierta y con capacidad de pago hacia los servicios privados, es decir que personas teóricamente cubiertas por seguros públicos o sociales van a preferir realizar pagos de bolsillo para hacerse atender en servicios privados, en particular para prestaciones de costo moderado, como consultas externas, o en servicios de salud altamente subvencionados, como es el caso en establecimientos de Organizaciones no Gubernamentales.

Actualmente, la recolección de información oficial por parte del Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) se focaliza en la producción de servicios y no en el número de personas cubiertas: es decir, por ejemplo, que en lugar de informar sobre cuantas personas hicieron al menos una consulta externa durante el año, solo se informa del número total de consultas externas. Lo propio ocurre con las estadísticas propias de la Seguridad Social de corto plazo, consolidadas por el Instituto nacional de Seguros de Salud (INASES). Esta falta de calidad de la información en salud impide obtener estadísticas sobre la cobertura total de los servicios de salud (acceso a servicios de salud) y sobre la cobertura real de los seguros de salud, públicos, sociales y privados.

Frente a la ausencia de datos primarios, la única manera de obtener datos estimados sobre la cobertura de servicios y de seguros de salud en Bolivia son las encuestas de hogares elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas, a pesar de que estas presenta limitantes: problema de representatividad de muestra (algunas variables son representativas, otras solo son referenciales), no existen medios de verificación a las respuestas de los entrevistados, las personas cubiertas por seguros de salud tienen tendencia a no declarar cobertura cuando no estuvieron enfermas, etc. Tomando en cuenta este marco metodológico, las encuestas de hogares permiten tener una estimación de la proporción de la población que accede efectivamente a los seguros de salud a partir del reporte de la cobertura percibida.

De manera general, las coberturas reportadas en las encuestas de hogares, analizadas en el siguiente capítulo, son muy inferiores a las coberturas teóricas, esta diferencia pudiendo explicarse, entre otros, por las barreras de acceso a los servicios de salud, que hacen que la población teóricamente protegida no se beneficia realmente de los seguros de salud y entonces no reporta estar cubierta. El siguiente capítulo (Capítulo III) incluye el análisis de la cobertura de seguros de salud reportada en las últimas encuestas de hogares, según tipos de seguros y según características de la población, lo que no era posible con las coberturas teóricas.

Capítulo III. Estimación de la Cobertura de Seguros percibida y por Grupos de población

Debido a los problemas en el uso de estadísticas sobre cobertura teórica por seguros de salud presentados en el capítulo II, se debe completar el análisis con estimaciones de cobertura real de los seguros de salud y de cobertura según grupos de población, con el fin de identificar claramente los grupos de población más desprotegidos. El presente capítulo tiene por objeto presentar estas estimaciones, realizadas a partir de las encuestas de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE 2000, 2001b, 2002b, 2005c, 2006, 2007, 2008, 2011a y 2011b). Se presenta en primer lugar el marco metodológico (acápites III.1), y luego las estimaciones provenientes de las encuestas, generales y según tipo de seguro (acápites III.2) y luego según características / grupos de población (III.3).

III.1. Presentación de las Encuestas de Hogares y marco metodológico

III.1.1. Antecedentes

Bolivia ingresó como país miembro del “Programa para el Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe” (MECOVI) en 1999, a partir de lo cual se inició el trabajo de preparación de la primera Encuesta de Hogares (EH) en el país, como primera experiencia de encuesta multitemática (INE 2011b). Realizada en forma anual hasta el año 2002, la encuesta se ejecutó en forma continua para los años 2003 y 2004, haciendo énfasis en la temática de ingresos y gastos del hogar (INE 2011b).

Para los años 2005 a 2007, se retomó la modalidad de encuestas puntuales de hogares, que mantuvo como temática a las condiciones de vida de la población boliviana, a través de la aplicación del cuestionario multitemático que permite la investigación de las características generales, salud, educación, empleo, ingresos, gastos, vivienda e ingresos del productor agropecuario (INE 2011b). Las Encuestas de Hogares 2008 y 2009 son investigaciones por muestreo efectuadas a hogares particulares que mantuvieron la metodología de exploración a las condiciones de vida de la población boliviana, a través de la aplicación de un cuestionario multitemático que permite investigar características generales sociodemográficas, salud, educación, empleo, ingresos y gastos de los miembros del hogar, características de la vivienda y servicios básicos, para la generación de indicadores de pobreza y otros, que permitan la formulación, evaluación y seguimiento de políticas y el diseño de programas de acción en el área social para contribuir en última instancia a mejorar las condiciones de bienestar de los hogares y reducir la pobreza en el país (INE 2011b).

III.1.2. Marco metodológico de las encuestas de hogares

Las encuestas de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas están dirigidas al conjunto de los hogares establecidos en viviendas particulares ocupadas de las ciudades capitales, resto urbano y área rural de Bolivia. Excluyen a personas que residen en viviendas colectivas como hospitales, cuarteles, hoteles, conventos, etc. La unidad de observación es el hogar y las unidades de análisis son los hogares y las personas que forman parte de los hogares (INE 2011b).

A partir del año 2002, el marco muestral con el que se trabaja en las encuestas de hogares es el que proporcionó el Censo Nacional de Población y Viviendas de 2001 denominado “Marco Maestro”; el muestreo empleado en las encuestas es probabilístico, estratificado, por conglomerado, bietápico (selección en dos etapas) para área urbana y trietápico (selección en tres etapas) para área rural. De acuerdo con la construcción metodológica de las encuestas, estas son diseñadas para dar estimaciones a nivel nacional, urbano nacional y rural nacional (INE 2011b). En este marco, las estimaciones que se realizarán a continuación a nivel departamental solo tienen un valor indicativo y no son representativas del punto de vista estadístico.

Las muestras son construidas a partir de la selección de Unidades Primarias de Muestreo (UPM), las mismas que fueron determinadas dentro de la muestra maestra a partir de los datos del censo de población y vivienda del año 2001, y que contienen cada una aproximadamente de 80 a 150 viviendas en área urbana y de 150 a 350 viviendas en área rural (INE 2002a). Para elaboración de la muestra de la encuesta, se selecciona un cierto número de UPMs según criterios de área (urbana / rural) y de estrato estadístico (construido en base al índice de necesidades básicas insatisfechas). Para el área urbana, se selecciona un determinado número de viviendas dentro de cada UPM; es en estas viviendas que los encuestadores del INE luego aplican su cuestionario. En el área rural, se seleccionan en primer lugar Unidades Secundarias de Muestreo (USM) dentro de cada UPM, y es dentro de estas USMs que se seleccionan las viviendas para proceder a la encuesta; esta elección en tres etapas se debe al tamaño muy grande de los UPMs en áreas rurales (INE 2011b).

Desde la encuesta de hogares 2005, la muestra de encuesta está compuesta por 355 Unidades Primarias de Muestreo y de 12 viviendas por UPM (área urbana) o por USM (área rural), es decir de 4.260 viviendas. En el cuadro 9, se puede apreciar la repartición de los UPMs y viviendas en la muestra de la encuesta de hogares 2009 (INE 2011b), según área (estrato geográfico) y estrato estadístico basado en las necesidades básicas (cuadro 9). El número de hogares encuestados no corresponde al número de viviendas encuestadas, ya que hasta 3 hogares pueden vivir en una misma vivienda de acuerdo con la definición utilizadas por el INE: *un hogar es una unidad conformada por una o más personas, con relación de parentesco o sin él, que habitan una misma vivienda y que al menos para su alimentación dependen de un fondo común al que las personas aportan en dinero y/o especie; una persona sola también constituye un hogar* (INE 2011b). Cabe señalar que una vivienda censable no puede contar más de tres hogares: pasando este número, se considera como vivienda colectiva, no tomada en cuenta en estas encuestas.

Cuadro 9 – Distribución del marco muestral por estrato estadístico y área geográfica en la Encuesta de Hogares 2009

Área / Nº de UPMs y viviendas		Estrato estadístico				TOTAL
		1 (NB satisfechas)	2 (umbral de pobreza)	3 (pobreza moderada)	4 (pobreza extrema)	
Urbano	UPMs	36	67	73	44	220
	Viviendas	432	804	876	528	2.640
Rural	UPMs	5	15	41	74	135
	Viviendas	60	180	492	888	1.620
Total	UPMs	41	82	114	118	355
	Viviendas	492	984	1.368	1.416	4.260

Fuente: INE (2011b)

A partir de la probabilidad de seleccionar una vivienda dentro del UPM seleccionado, el INE elabora un factor de expansión preliminar; el mismo luego se ajusta con un factor de no respuesta (correspondiendo a las personas que no respondieron a la encuesta dentro de un UPM) y finalmente con un factor de proyección poblacional, para hacer coincidir el factor de expansión con las proyecciones poblacionales elaboradas por el INE a partir del censo poblacional de 2001 (INE 2011b). El factor de expansión ajustado así obtenido permite extrapolar los datos de la encuesta a nivel nacional. Cabe señalar que se analizará en el presente estudio estadísticas de cobertura por seguro ajustadas por el factor de expansión, y no así estadísticas directas sobre la muestra.

III.1.3. Uso de las encuestas para determinar cobertura por seguros de salud

Desde el año 1999, las encuestas de hogares incluyen un módulo de 20 a 30 preguntas sobre salud, con la excepción de la encuesta 2005, en la cual se suprimió el módulo salud (cuadro 10). Las preguntas recurrentes en el módulo salud de las diferentes encuestas de hogares conciernen el estado de salud de los menores de 5 años (IRAs, EDAs, etc.), el acceso a servicios de salud (lugar y personal de atención), la demanda percibida (enfermedad declarada), el gasto de bolsillo en salud, la atención prenatal y del parto, cobertura de vacunas, fecundidad y afiliación a seguros de salud, entre otros. A partir del año 2008, se incluye un módulo salud más completo respecto a los años anteriores (cuadro 10). En el año 2009, se incluyó nuevas preguntas sobre la calidad de atención y la cobertura del bono Juana Azurduy (INE 2011b).

Cuadro 10 – Comparación del diseño de encuestas de hogares, 1999-2009

Encuesta de hogares	Tamaño muestral	Nº preguntas módulo Salud	Preguntas sobre cobertura por Seguros de Salud
1999	310 UPMs, 3.247 hogares 13.031 personas	28	Afiliación a seguro de salud (no incluye seguros públicos); Conocimiento del SBS
2000	506 UPMs, 4.994 hogares 20.815 personas	28	Afiliación a seguro de salud (no incluye seguros públicos);
2001	652 UPMs, 5.999 hogares 25.166 personas	22	-
2002	670 UPMs, 5.746 hogares 24.933 personas	23	Afiliación a seguro de salud (no incluye seguros públicos); Uso del SBS en el año
2003-2004	873 UPMs, 9.149 hogares 38.500 personas	22	Afiliación a seguro de salud (incluye SMGV mezclado con S. Social); Uso del SUMI
2005	355 UPMs, 4.086 hogares 16.895 personas	0	-
2006	355 UPMs, 4.098 hogares 16.511 personas	25	Afiliación a seguro de salud (incluye SMGV)
2007	355 UPMs, 4.148 hogares 16.804 personas	15	Afiliación a seguro de salud (incluye Seguros Públicos SUMI y SSPAM) y cobertura del último parto con seguro
2008	355 UPMs, 3.940 hogares 15.030 personas	30	Afiliación a seguro de salud (incluye Seguros Públicos SUMI, SSPAM y subnacionales), afiliación a seguro secundario y cobertura del último parto con seguro
2009	355 UPMs, 4.034 hogares 15.665 personas	32	Afiliación a seguro de salud (incluye Seguros Públicos SUMI, SSPAM y subnacionales), afiliación a seguro secundario y cobertura del último parto con seguro

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2000, 2001b, 2002b, 2005c, 2006, 2007, 2008, 2011a y 2011b)

En el caso de la cobertura por seguros, las encuestas de hogares permiten conocer qué porcentaje de la población declaró estar cubierto: en este sentido, la cobertura reportada en estas encuestas se relaciona con el conocimiento y la percepción de las personas entrevistadas en estar protegidas por algún seguro de salud. Sin embargo, no existe homogeneidad en la estructura de las preguntas entre las diferentes encuestas: en las encuestas de hogares 1999, 2000, 2002, continua 2003-2004 y 2006, solo se consideraron los seguros de salud en el sentido tradicional, es decir los para los cuales se afilia formalmente (Seguridad Social, seguros privados, otros seguros y SMGV a partir del 2003) sin tomar en cuenta el SUMI o los seguros públicos subnacionales. En los años 2001 y 2005, no se incluyeron las preguntas sobre cobertura por seguros de salud (cuadro 10).

Es solamente a partir del año 2007 que se introducen la cobertura por seguros públicos SSPAM y SUMI. Sin embargo, se pudo constatar que dentro de los que declararon cobertura por SUMI, se encuentran los beneficiarios de los seguros subnacionales de Beni y Pando (INE 2008). Es también en el año 2007 que se incluye la pregunta sobre cobertura del último embarazo y parto por algún seguro de salud, sea social, público o privado.

Las preguntas más detalladas sobre cobertura por seguros se encuentran en las encuestas de hogares 2008 y 2009, ya que en estas, se detalló la cobertura de seguros públicos entre SUMI, SSPAM y Seguros subnacionales; sin embargo, en la encuesta 2009, no se detallan los tipos de seguros subnacionales, mientras que en la encuesta de hogares 2008, se diferencia seguros municipales y seguros departamentales. Por otra parte, las encuestas 2008 y 2009 también incluyeron una pregunta sobre cobertura por un segundo seguro de salud, permitiendo identificar grupos de población afiliados a dos tipos de seguros (cuadro 10): por ejemplo, existen personas que declararon estar cubierto principalmente por un seguro privado, pero que también se benefician de la seguridad social de corto plazo.

En este marco metodológico heterogéneo, se trabajará en el presente estudio con las encuestas de hogares 2008 y 2009, ya que estas son las más completas en relación con la cobertura poblacional por seguros de salud. Las demás encuestas se utilizarán en forma esporádica, en la medida de las desagregaciones posibles. Además, no se debe olvidar que existen problemas de representatividad de muestra (algunas variables son representativas, otras solo son referenciales), que no existen medios de verificación a las respuestas y que las personas cubiertas por seguros de salud tienen tendencia a no declarar cobertura cuando no estuvieron enfermas. Por estas razones, las tasas de coberturas reportadas no pueden ser tomadas como exactas y solo representan una estimación referencial, para completar las tasas de cobertura teóricas.

III.2. Cobertura general y por tipo de Seguro según encuestas de hogares

III.2.1. Cobertura general por seguros de salud reportada

A nivel agregado, la cobertura percibida por seguros de salud en Bolivia reportada en la encuesta de hogares 2009 es de 33,6% de la población, representando 3.456.838 personas cubiertas con seguros sociales, públicos, privados y otros. Este resultado contrasta con la cobertura teórica de 52,9% de la población calculada para la gestión 2010, significando que cerca del 35% de la población cubierta teóricamente estaría en realidad desprotegida de acuerdo con los resultados de la encuesta de hogares, por falta de acceso a estos seguros (barreras geográficas, económicas indirectas, culturales o relacionadas con la calidad de atención).

En totalidad, son entonces 6.844.776 personas (66,4% de la población) que no contaría con ningún tipo de seguro en salud de acuerdo con los reportes de los entrevistados en la encuesta de hogares 2009. A pesar de ser muy alta, se puede observar una ligera disminución de esta proporción de

población desprotegida desde el año 2007, año a partir del cual las encuestas de hogares son compatibles entre ellas: mientras que en el año 2007, el 69,4% de la población declaró no estar protegido por ningún seguro de salud, esta proporción disminuye a 68,4% en el año 2008 y a 66,4% en el año 2009 (cuadro 11), pudiendo explicarse principalmente por el incremento de la cobertura por seguros públicos reportada (ver acápite III.2.2).

Cuadro 11 – Cobertura total por seguros de salud y población desprotegida según Encuestas de Hogares 2007, 2008 y 2009

Población		2007	2008	2009
Población desprotegida (sin seguro)	habitantes	6.873.082	6.861.767	6.844.776
	%	69,4%	68,4%	66,4%
Población con algún seguro de salud	habitantes	3.029.551	3.166.206	3.456.838
	%	30,6%	31,6%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2008, 2011a, 2011b)

Por otra parte, se reportan en las encuestas de hogares a partir del año 2008, las personas que benefician de dos seguros de salud, clasificando estos entre el seguro principal, el más utilizado, y el seguro secundario, utilizado en caso de necesidad. En este contexto, 75.103 personas estarían cubiertas en el año 2009 por dos seguros de salud, representando el 2,2% de las personas cubiertas por seguros de salud y solamente el 0,7% de la población total.

III.2.2. Cobertura general reportada según tipo de seguro

Para el año 2009, las 3.456.838 personas cubiertas de acuerdo con estimaciones de la encuesta de hogares, se reparten para cobertura principal entre: 1.647.478 personas (16% de la población, 47,7% de las personas cubiertas) beneficiarias de Seguros Públicos nacionales y subnacionales; 1.518.256 personas beneficiarias de la Seguridad Social, representando el 14,7% de la población y el 43,9% de las personas cubiertas; 265.877 personas beneficiarias de seguros privados (2,6% de la población y 7,7% de las personas cubiertas); y 25.277 personas (0,2% de la población y 0,7% de las personas cubiertas) cubiertas por otros seguros, tales como fondos comunitarios, seguros extranjeros y fondos de universidades privadas, entre otros (cuadro 12 e ilustración 15).

Dentro de los Seguros Públicos de Salud, el más importante es el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), con una cobertura reportada como seguro principal de 838.192 personas para el año 2009, representando el 8,1% de la población (cuadro 12). De las personas que reportaron beneficiarse del SUMI (extrapolado con factor de expansión), 717.904 son niños menores de 5 años (85,6%), 104.491 mujeres en edad fértil (12,5%) y 15.797 personas (1,9%) de otras edades, principalmente niños de 5 a 9 años de edad.

En cuanto al SSPAM, este estaría cubriendo en 2009 a 245.091 personas (2,4% de la población) como seguro principal y los seguros públicos subnacionales a 564.195 personas, es decir el 5,5% de la población (cuadro 12). Sin embargo, de acuerdo con la estructura de las preguntas en la Encuesta de Hogares 2009, no se desagregan los seguros subnacionales entre seguros departamentales (SUSAT, SUSA Beni) y seguros municipales como el SESO de El Alto. Esta desagregación está dada por la encuesta de hogares 2008, de acuerdo con la cual el 83% de los

beneficiarios de seguros subnacionales estaría cubierto con seguros departamentales y el 17% restante con seguros municipales. Sin embargo, aplicando los factores de expansión, solamente 351.718 personas reportaron estar cubiertas en el año 2008 con seguros subnacionales (como seguro principal), lo que contrasta con los 564.195 beneficiarios reportados en la encuesta de hogares 2009. En este sentido, la repartición porcentual entre seguros públicos departamentales y municipales podría ser diferente para el año 2009, probablemente con una mayor proporción de beneficiarios de seguros municipales.

Cuadro 12 – Cobertura por seguros de salud según tipo en Encuesta de Hogares 2009

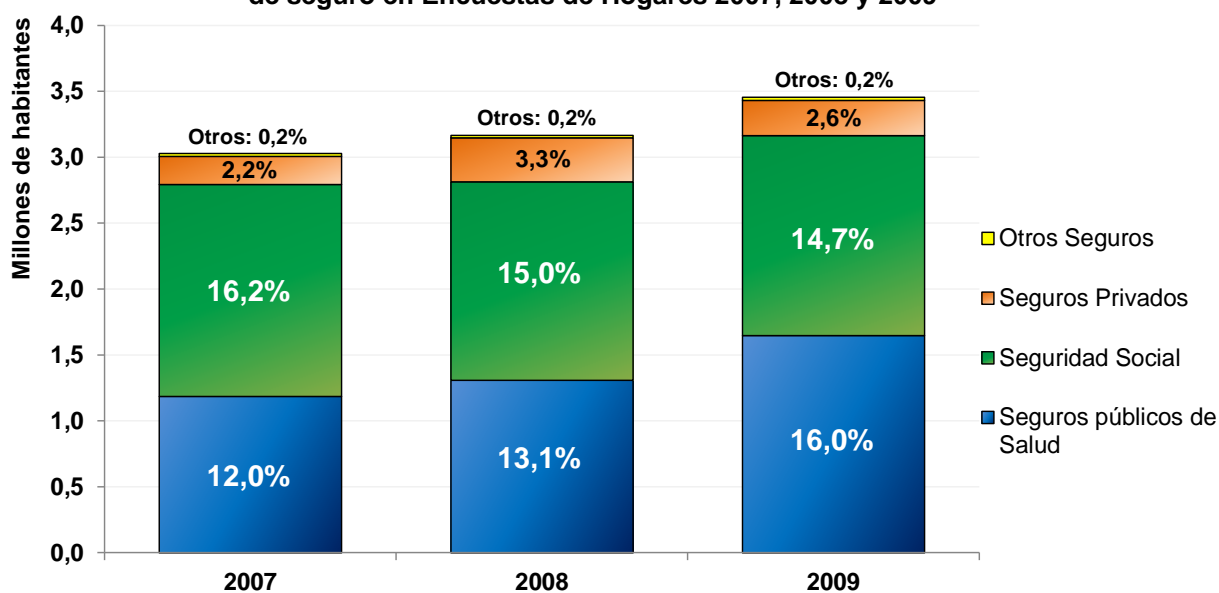
Tipo de Seguro de Salud	Seguro principal		Seguro secundario		Cobertura total (principal + secundario)	
	Población cubierta	% de la población	Población cubierta	% de la población	Población cubierta	% de la población
Seguridad Social	1.518.256	14,7%	8.468	0,1%	1.526.724	14,8%
Seguros privados	265.877	2,6%	11.509	0,1%	277.386	2,7%
Otros Seguros	25.227	0,2%	0	0,0%	25.227	0,2%
Seguros Públicos	1.647.478	16,0%	56.129	0,5%	1.703.607	16,5%
SUMI	838.192	8,1%	35.978	0,3%	874.170	8,5%
SSPAM	245.091	2,4%	9.127	0,1%	254.218	2,5%
Otros S. Públicos	564.195	5,5%	11.024	0,1%	575.219	5,6%
TOTAL CON SEGUROS	3.456.838	33,6%	76.106	0,7%	3.456.838	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Por otra parte, 76.106 personas (0,7% de la población total) estarían beneficiándose de otro seguro de salud, como opción secundaria además del seguro de salud principal. De estas personas, la mayoría se beneficia de la Seguridad Social como seguro principal (45.655 personas), mostrando la necesidad de acceder a otro tipo de seguro para algunos afiliados de los seguros sociales. Los seguros más solicitados como segunda opción son los seguros públicos y principalmente el SUMI (cuadro 12). En forma consolidada, es decir el total de las personas cubiertas como seguro principal y como seguro secundario, los seguros públicos estarían entonces cubriendo al 16,5% de la población total (1.703.607 personas), mientras que la Seguridad social estaría cubriendo al 14,8%, los seguros privados al 2,7% y otros seguros al 0,2% de la población total (cuadro 12).

Los seguros públicos estarían cubriendo entonces una mayor proporción de la población que los seguros sociales, pero esta figura se presenta solamente a partir del año 2009; en efecto, en las encuestas de hogares anteriores y compatibles en su formato con la encuesta 2009, es decir las encuestas 2007 y 2008 (las anteriores no consideraban seguros públicos), se muestra que la cobertura percibida de los seguros sociales es mayor que para los seguros públicos: en el año 2007, se reportaba que la Seguridad Social estaría cubriendo al 16,2% de la población como seguro principal, y al 15% en el año 2008, mostrando un descenso continuo hasta llegar al 14,7% de la población en el año 2009 (ilustración 15). En cambio, la cobertura percibida por seguros públicos se ha incrementado, desde 12% de la población en el año 2007 a 13,1% en 2008, para alcanzar finalmente 16% en el año 2009, como seguros principales (ilustración 15), debido principalmente al incremento de cobertura percibida de los seguros públicos subnacionales. Esta inversión de la repartición de la cobertura entre seguros públicos y seguridad social podría explicarse principalmente por el acceso más fácil a establecimientos de salud que atienden seguros públicos.

Ilustración 15 – Cobertura de seguros de salud principales según tipo de seguro en Encuestas de Hogares 2007, 2008 y 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2008, 2011a, 2011b)

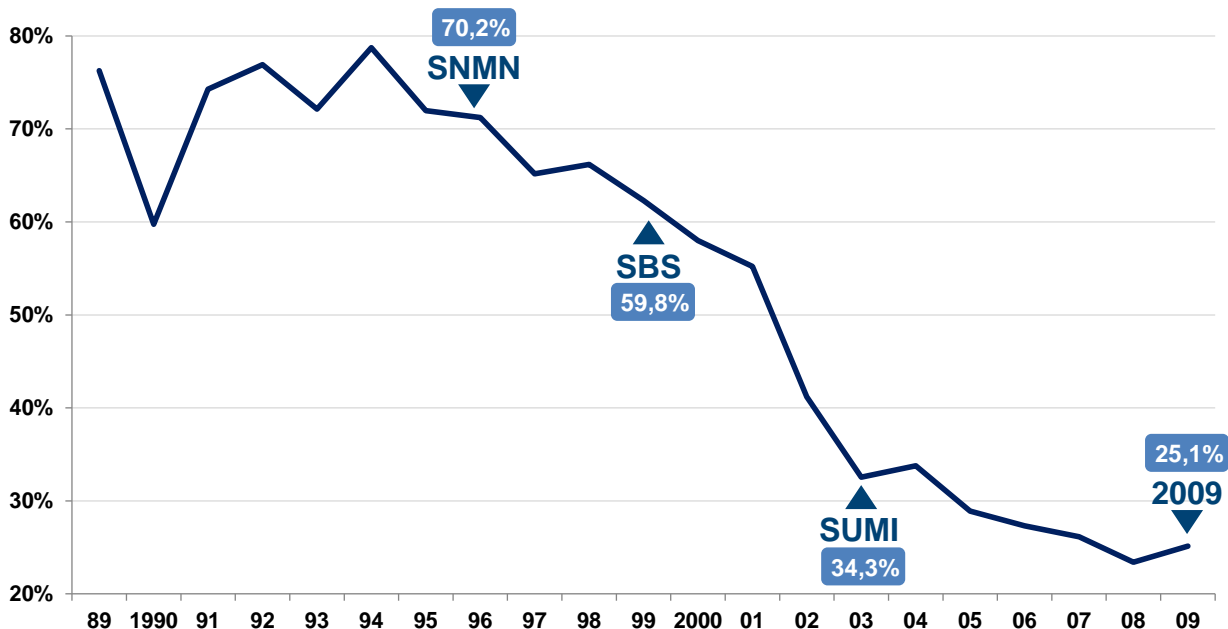
Los seguros públicos estarían cubriendo entonces una mayor proporción de la población que los seguros sociales, lo que entra en contradicción con las coberturas teóricas calculadas para el año 2010, que eran de 32,6% para la seguridad social y 20,3% para seguros públicos (ilustración 12). Así, mientras que la cobertura reportada por seguros públicos se acerca a la cobertura teórica total, la cobertura percibida de la Seguridad Social es más de dos veces inferior a su cobertura teórica. Esta grande diferencia se podría explicar, entre otros, por las barreras de acceso a los servicios de salud, que hacen que la población teóricamente protegida no se beneficia realmente de los seguros sociales y entonces no reporta estar cubierta.

III.2.3. Cobertura del embarazo y parto reportada según tipo de seguro

Además de la cobertura general por seguros de salud, las encuestas de hogares a partir del año 2007 incluyen una pregunta sobre la cobertura por seguro del último parto (cuadro 10). Ya que esta pregunta es retroactiva, se puede utilizar el conjunto de las encuestas de hogares 2007, 2008 y 2009 para utilizar una mayor cantidad de datos, con un total de 7.832 partos reportados en las muestras de los años 2007, 2008 y 2009.

La cobertura total de parto por seguros de salud reportada en las tres últimas encuestas de hogares (2007, 2008 y 2009) muestra que la proporción de mujeres que no beneficiaron de un seguro de salud para su último parto disminuye en forma radical a partir del año 1995, pasando de 77,8% de mujeres sin cobertura de seguro para su parto en el año 1994 a 23,4% en el año 2008, para finalmente alcanzar 25,1% en el año 2009 (ilustración 16). Se constata que la disminución de mujeres desprotegidas ha disminuido gracias a la implementación de los seguros públicos materno-infantiles: durante el periodo de vigencia del SNMN, la proporción de mujeres sin cobertura por seguros para su parto ha disminuido en un 7,5%, de 71,5% en 1995 a 66,2% en 1998; con el SBS, esta proporción ha disminuido en un 35,1%, de 66,2% en 1998 a 43,0% en 2002; finalmente, durante el periodo de vigencia del SUMI, la proporción de mujeres sin cobertura por seguros para su parto ha disminuido en un 41,5%, de 43,0% en 2002 a 25,1% en el año 2009 (ilustración 16).

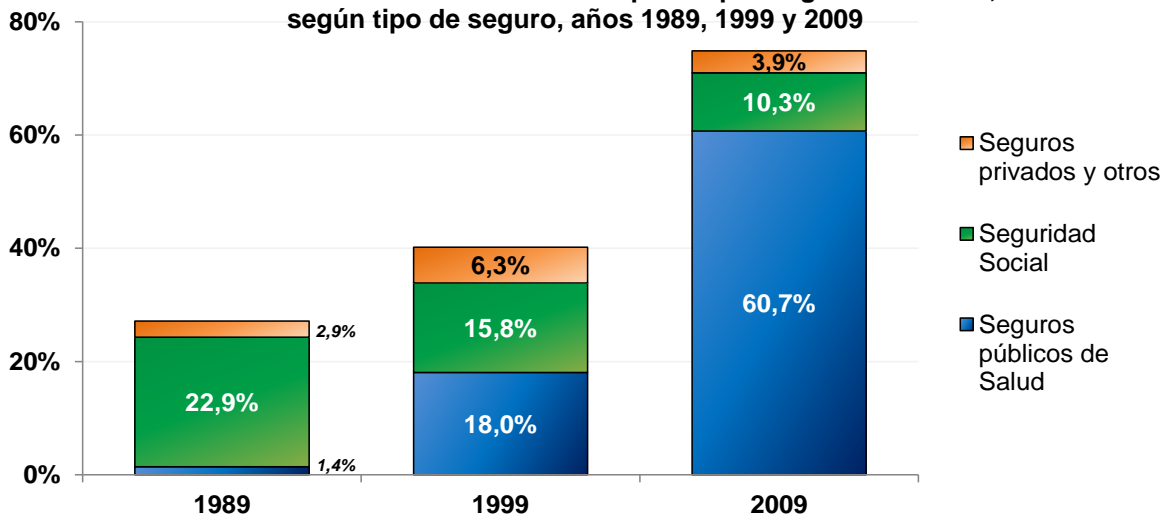
Ilustración 16 – Porcentaje de mujeres sin cobertura por seguro de salud para la atención de su último parto, según año del último parto



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2008, 2011a, 2011b)

Observando la repartición según tipo de seguro, se puede observar un cambio radical con la creación de los seguros públicos: en el año 1989, la casi totalidad de los partos cubiertos por seguro lo fueron con seguros sociales, y hasta el año 1996, la Seguridad Social representaba más de la mitad de los partos cubiertos; con la creación del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez a fines del año 1996, se inicia el cambio, y a partir del año 2000, los Seguros Públicos de Salud representaban a más de la mitad de los partos cubiertos. A partir del año 2003, los seguros públicos (SUMI) cubren a más de la mitad de todos los partos, y en el año 2009, el 60,7% de los partos estaban cubiertos con el SUMI, el 10,3% por seguros sociales y el 3,9% por seguros privados u otros (ilustración 17).

Ilustración 17 – Tasa de cobertura de partos por seguros de salud, según tipo de seguro, años 1989, 1999 y 2009



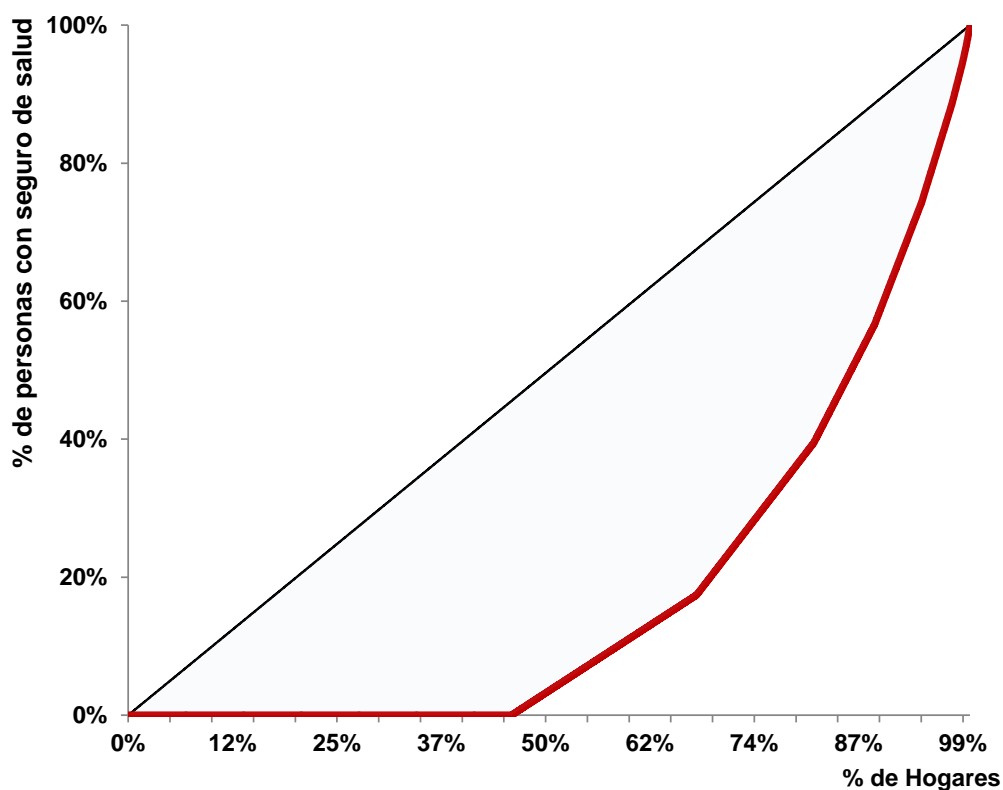
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2008, 2011a, 2011b)

III.2.4. Medida de la inequidad y dispersión de la cobertura por seguros de salud

Después de analizar la proporción de la población que beneficia de algún seguro de salud, resulta relevante analizar la distribución de las personas con seguros de salud en los hogares de Bolivia. Este análisis de distribución y dispersión es posible con la construcción de una curva de Lorenz, que mide en el eje horizontal el porcentaje acumulado de hogares reportados por la encuesta de hogares y en el eje vertical el porcentaje acumulado de personas que reportaron cobertura por un seguro de salud de cualquier tipo (ilustración 18). La curva de Lorenz se utiliza sobre todo para medir la repartición de los ingresos, pero también puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual, en este caso la cobertura por seguros de salud.

Los resultados muestran una gran inequidad en el acceso a los seguros de salud: así, se reporta en la curva de Lorenz que los hogares de Bolivia que no benefician de seguros de salud para ningún de sus miembros representan el 45,5% de la población boliviana y que el 50% más desprotegido de los hogares representa solamente el 3,5% de las personas con seguro de salud. En el lado opuesto, el 10% de los hogares bolivianos mejor cubiertos representan el 39,1% de la población con seguro de salud y el 20% de los hogares reúne al 62,8% de las personas con seguro de salud (ilustración 18).

Ilustración 18 – Curva de Lorenz para la repartición de la cobertura por seguros, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

A partir de la curva de Lorenz, se puede calcular el coeficiente de Gini, como indicador sintético la desigualdad en la cobertura por seguros de salud. El coeficiente de Gini es un número entre 0 y 1, en donde 0 corresponde a una igualdad perfecta (todos tienen seguros) y 1 corresponde a una desigualdad perfecta. En el caso de la cobertura por seguros de salud reportada en la encuesta de hogares 2009, el coeficiente de Gini es de 0,641, significando una alta desigualdad en la cobertura de los seguros de salud (fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b).

III.3. Cobertura de Seguros según características de la población

Una de las grandes ventajas de las Encuestas de Hogares es que permiten obtener estimaciones de cobertura por seguros de salud según características y grupos poblacionales (grupos geográficos, económicos, etc.). Debido a razones metodológicas, las tasas de coberturas no pueden ser tomadas como exactas, pero permiten estimar la magnitud de las desigualdades existentes entre diferentes grupos poblacionales e identificar los grupos más desprotegidos que deben ser priorizados en cuanto a acceso en la implementación de políticas de aseguramiento público.

Se han retenidos los siguientes criterios para construir los grupos de población (cuadro 13), que serán comparados entre sí a continuación en cuanto a cobertura del seguro de salud principal, a partir de los datos de la encuesta de hogares 2009:

Cuadro 13 – Criterios y variables utilizados para establecer grupos de población

Criterios	Variabes utilizadas
Criterios geográficos	<ul style="list-style-type: none"> Área de residencia (urbano / rural) Departamento de residencia
Criterios de edad y género	<ul style="list-style-type: none"> Grupos quinquenales de edad Sexo
Criterios culturales y pertenencia indígena	<ul style="list-style-type: none"> Pertenencia a pueblo indígena originario (en mayores de 11 años) Idiomas habladas (principal y secundaria)
Criterios de educación	<ul style="list-style-type: none"> Analfabetismo (en mayores de 9 años) Nivel de educación (en personas que salieron del sistema educativo) Educación de la madre (en personas de 12 años y más, E.H. 2008)
Criterios de actividad laboral	<ul style="list-style-type: none"> Población activa / inactiva Formalidad actividad laboral (formal o informal) Grupo ocupacional principal Actividad económica de la ocupación principal
Criterios Económicos (ingresos)	<ul style="list-style-type: none"> Incidencia de pobreza y pobreza extrema Quintil de ingreso del hogar (de 1 más pobre a 5 más rico)
Criterios de demanda y atención en el sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de atención percibida Tipo de personal que atendió enfermedad Tipo de infraestructura en la cual se atendió enfermedad Calidad de atención percibida

Fuente: elaboración propia

III.3.1. Cobertura de seguros según criterios geográficos

En los cuadros 14 y 15, se puede observar las grandes desigualdades que existen en las tasas de cobertura poblacional estimadas según criterios geográficos, en particular entre área urbana (38% de la población urbana cubierta) y área rural (24,9% de la población rural cubierta), debido a la falta de acceso a la Seguridad social y seguros privados en las zonas rurales, que representan solamente el 33,8% de la población (cuadro 14). Sin embargo, se constata que la cobertura por Seguros Públicos es mayor en el área rural (17,4%) que en el área urbana (15,3%) (cuadro 14); asimismo, el SUMI, bien que cubre más población urbana que rural debido a la repartición de la

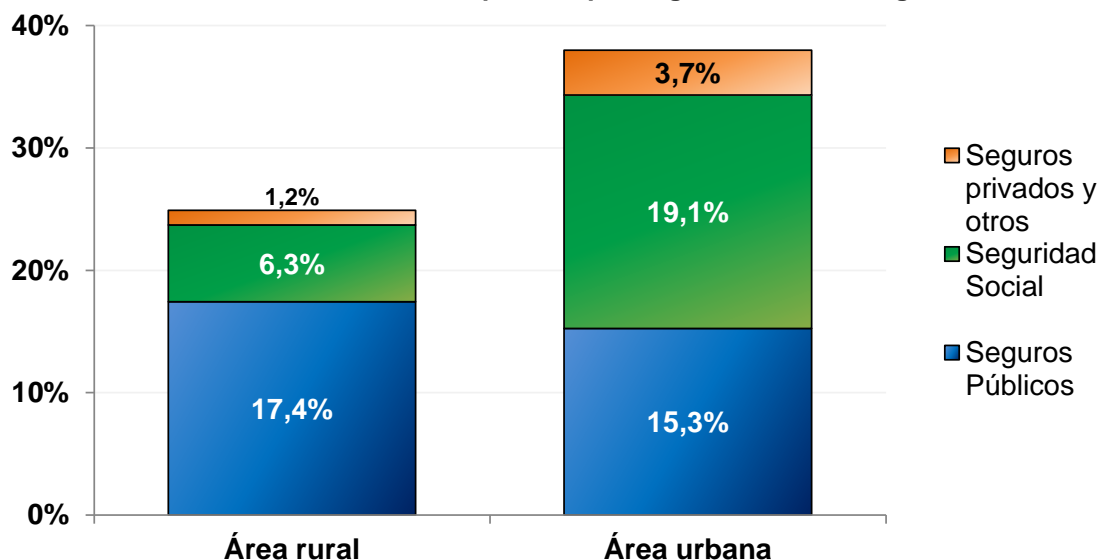
población boliviana, tiene una mayor tasa de cobertura percibida en el área rural (9,4% de la población rural total de Bolivia) que en el área urbana (7,5%). Lo propio ocurre con el SSPAM, que cubre al 3,6% de la población rural y al 1,8% de la población urbana. Para los seguros sociales, la encuesta confirma que estos tienen mayor cobertura en poblaciones urbanas: mientras que el 6,3% de la población rural reportó estar afiliada, el 19,1% de la población urbana está afiliada a seguros sociales. Finalmente, en cuanto a seguros privados y otros, estos tienen mayor cobertura en área urbana, con 3,7% (cuadro 14 e ilustración 19).

Cuadro 14 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según área geográfica, 2009

Área	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Rural	33,8%	6,3%	1,2%	13,0%	4,4%	17,4%	24,9%
Urbana	66,2%	19,1%	3,7%	9,3%	6,0%	15,3%	38,0%
BOLIVIA	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Ilustración 19 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según área, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

En cuanto a la cobertura estimada por departamento, la existencia de seguros departamentales en Beni y Tarija hace que estos Departamentos son los que muestran las coberturas más altas (58,8% y 78,6% respectivamente); los demás departamentos tienen una tasa de cobertura total percibida inferior al 50% de su población, siendo en los Departamentos del eje central Santa Cruz, Cochabamba y la Paz que se reportaron las coberturas más bajas, con respectivamente 27,8%, 28,7% y 29,8% de la población cubierta por seguros de salud (cuadro 15 e ilustración 20). Si se analiza la cobertura por departamentos según tipo de seguro, se constata que después de Beni y Tarija, Pando y Chuquisaca son los Departamentos que presentan mayor cobertura por Seguros Públicos; Es también en estos dos departamentos que se reportaron las mayores coberturas por Seguros Públicos nacionales, respectivamente 19,6% y 15,9% de la población.

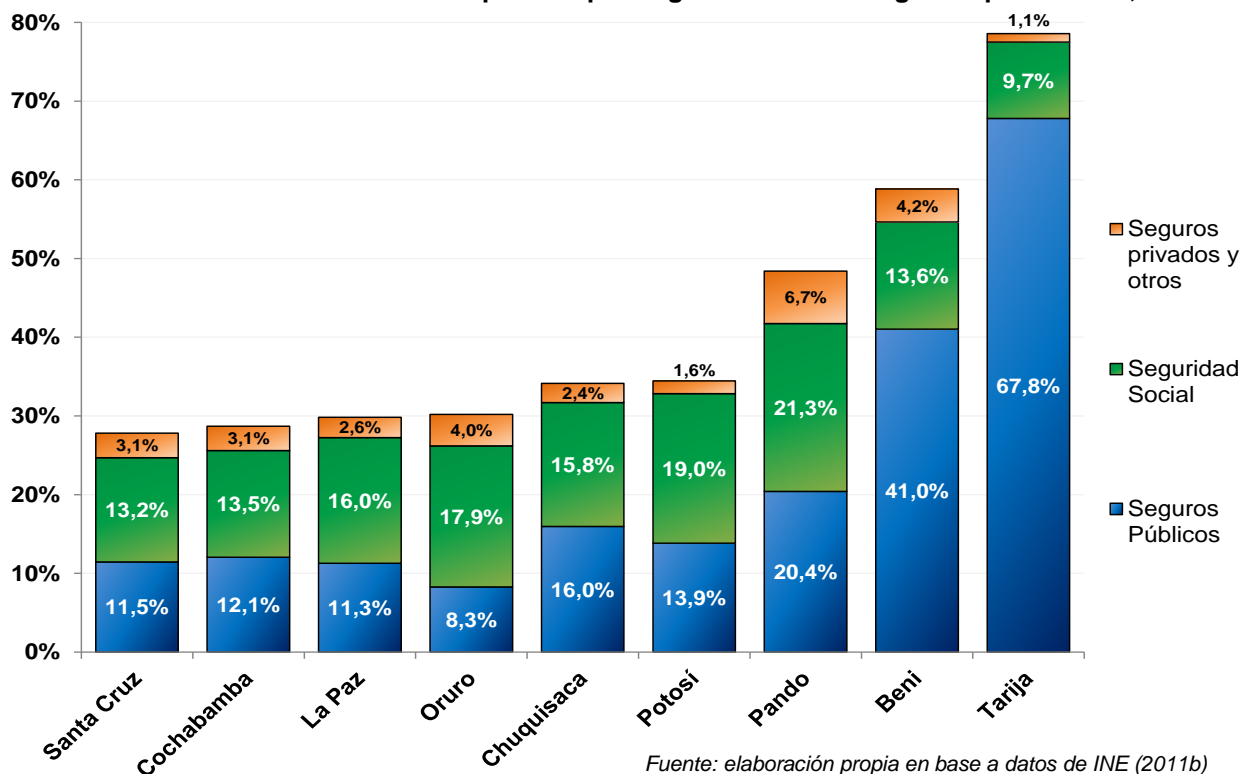
Al inverso, Oruro es el único Departamento en el cual la cobertura por Seguros Públicos es inferior al 10%. Por otro lado, es en los Departamentos de Pando, Potosí y Oruro que se reportaron las mayores coberturas por Seguridad social, con respectivamente 21,3%, 19% y 17,9%, y en el Departamento de pando la mayor cobertura privada, con 6,7% (cuadro 15 e ilustración 20).

Cuadro 15 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según Departamento, 2009

Departamento	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Beni	4,3%	13,6%	4,2%	11,1%	29,9%	41,0%	58,8%
Chuquisaca	6,3%	15,8%	2,4%	15,9%	0,1%	16,0%	34,1%
Cochabamba	17,8%	13,5%	3,1%	10,7%	1,4%	12,1%	28,7%
La Paz	27,3%	16,0%	2,6%	8,7%	2,6%	11,3%	29,8%
Oruro	4,4%	17,9%	4,0%	7,5%	0,8%	8,3%	30,2%
Pando	0,8%	21,3%	6,7%	19,6%	0,8%	20,4%	48,4%
Potosí	7,6%	19,0%	1,6%	13,4%	0,4%	13,9%	34,5%
Santa Cruz	26,6%	13,2%	3,1%	10,1%	1,4%	11,5%	27,8%
Tarija	5,0%	9,7%	1,1%	11,6%	56,2%	67,8%	78,6%
BOLIVIA	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Ilustración 20 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según Departamento, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

III.3.2. Cobertura de seguros según criterios de edad y de género

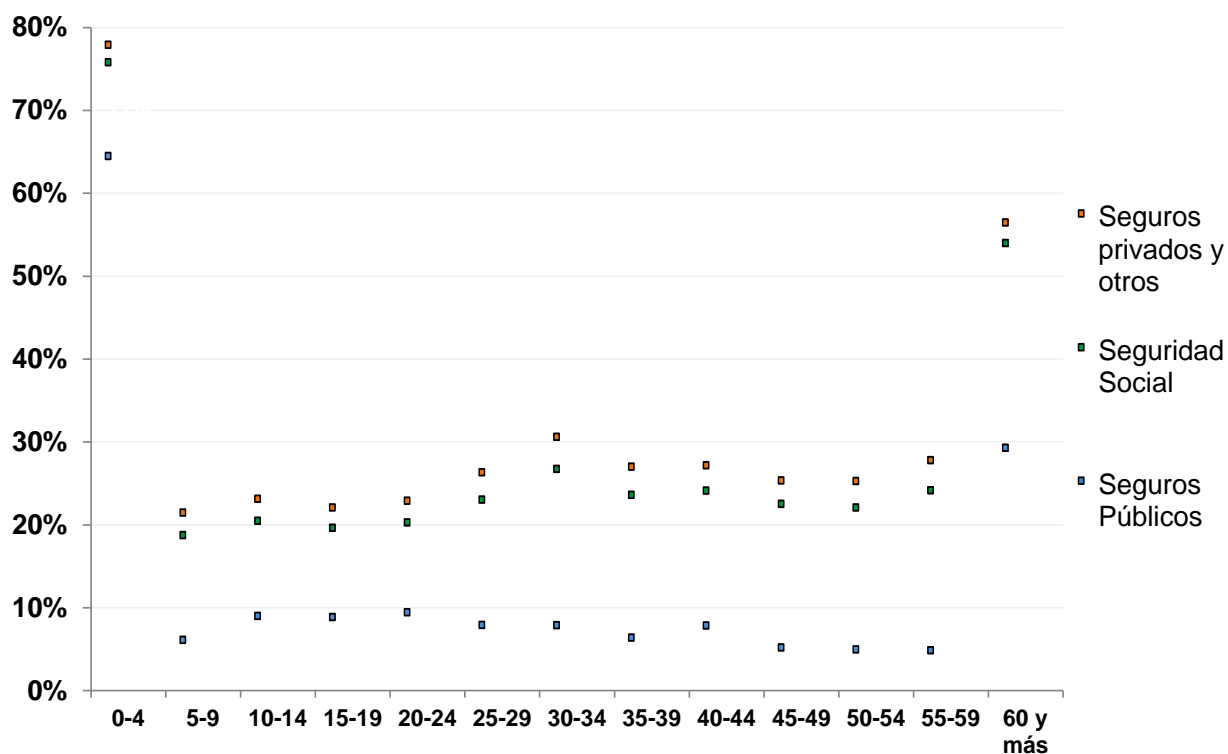
Respecto a la cobertura por grupos de edad, los grupos poblacionales más protegidos son los menores de 5 años y los adultos mayores (60 años y más), con una cobertura reportada en la Encuesta de Hogares 2009 de 78,3% y 56,9% respectivamente. En los niños menores de 5 años, esta alta cobertura se debe exclusivamente al SUMI (63,8% de cobertura), mientras las personas de la tercera edad están cubiertas por el SSPAM (27,8%) y la Seguridad Social (24,7%) (cuadro 16 e ilustración 21); por otra parte, si bien la cobertura general por seguros reportada en personas de 60 años y más es de 56,9%, se puede constatar que la cobertura general por seguros es creciente con la edad, siendo de 48,2% en personas de 60 a 64 años, de 57,1% de 65 a 69 años, de 61,2% de 70 a 74 años y de 65,9% en personas de 75 años y más (cuadro 16).

Por otro lado, las personas de 5 a 59 años de edad son las más desprotegidas contra el riesgo financiero en salud, ya que tienen una cobertura global por seguros de salud percibida de 25,1%, principalmente por seguros sociales (14,2%) y seguros públicos subnacionales (6,4%). En este rango de edades, los seguros públicos nacionales son casi inexistentes, ya que solo cubren a mujeres embarazadas y a algunas personas que se beneficiarían clandestinamente del SUMI (niños de 5 a 9 años) o del SSPAM (personas de 55 a 59 años). Entre 5 y 59 años de edad, las personas más desprotegidas serían los niños, adolescentes y jóvenes de 5 a 24 años de edad, con coberturas reportadas inferiores a 24% (cuadro 16), la Los grupos de edad más desprotegidos serían los de 5 a 44 años y 55 a 59 años, todos con una cobertura inferior al 30% (cuadro 16 e ilustración 21).

Cuadro 16 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según grupos de edad, 2009

Grupos de edad	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
0-4	10,9%	11,3%	2,1%	63,8%	1,1%	64,9%	78,3%
5-9	11,8%	12,6%	2,7%	1,1%	5,4%	6,5%	21,9%
10-14	11,7%	11,5%	2,6%	0,2%	9,2%	9,4%	23,5%
15-19	10,5%	10,8%	2,5%	2,0%	7,2%	9,3%	22,5%
20-24	8,7%	10,9%	2,6%	2,7%	7,2%	9,8%	23,3%
25-29	7,5%	15,1%	3,3%	2,4%	5,9%	8,3%	26,7%
30-34	7,0%	18,9%	3,9%	3,2%	5,1%	8,3%	31,0%
35-39	5,9%	17,2%	3,4%	1,9%	4,9%	6,8%	27,4%
40-44	5,3%	16,3%	3,1%	1,0%	7,2%	8,2%	27,6%
45-49	5,0%	17,3%	2,8%	0,1%	5,5%	5,6%	25,8%
50-54	4,1%	17,1%	3,2%	0,3%	5,0%	5,4%	25,7%
55-59	3,2%	19,3%	3,6%	0,8%	4,5%	5,2%	28,2%
60-64	2,8%	21,8%	3,4%	20,2%	2,8%	23,1%	48,2%
65-69	2,3%	25,8%	2,2%	27,8%	1,3%	29,1%	57,1%
70-74	1,4%	24,1%	2,0%	32,2%	2,9%	35,1%	61,2%
75 y más	1,9%	28,2%	1,8%	35,3%	0,5%	35,9%	65,9%
TOTAL	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Ilustración 21 – Tasa de cobertura reportada por seguros según grupos de edad, 2009


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Por otra parte, se constata importantes diferencias entre las coberturas teóricas y las coberturas reportadas en la Encuesta de Hogares 2009: en efecto, en menores de 5 años y en adultos mayores, la cobertura percibida es muy inferior a las coberturas teóricas de 100% y 88,2% (ver ilustración 13), confirmando problemas de accesibilidad que impiden beneficiarse realmente de los seguros de salud, inclusive en los grupos de edad completamente cubiertos teóricamente.

Finalmente, la cobertura reportada según sexo es ligeramente superior en las mujeres (35,2%) que en los hombres (31,9%). Esta diferencia se debe, entre otros, al hecho de que las mujeres se benefician del SUMI para su embarazo, parto y periodo post-parto, y tienen entonces una mayor cobertura por seguros públicos nacionales. Pero las mujeres también reportaron una mayor cobertura por seguros sociales (15,2% contra 14,3% en hombres) y por seguros públicos subnacionales (5,7% contra 5,2% en hombres); en cambio, los hombres se benefician ligeramente más de los seguros privados (cuadro 17).

Cuadro 17 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según sexo, 2009

Sexo	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacio-nales	Subna-cionales	Total Seg. públicos	
Hombre	49,4%	14,3%	3,0%	9,3%	5,2%	14,6%	31,9%
Mujer	50,6%	15,2%	2,6%	11,7%	5,7%	17,4%	35,2%
TOTAL	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

III.3.3. Cobertura de seguros según pertenencia indígena originaria

La cobertura según pertenencia declarada en la encuesta 2009 a algún pueblo indígena originario (en personas mayores de 12 años) muestra que de manera general, las personas que se auto identificaron como perteneciente a Pueblos Indígenas Originarios, que representan el 52,3% de la población de 12 años y más, tienen una cobertura reportada (o percibida) de 24,5%, es decir inferior a la cobertura de los no-indígenas (34,9%). Como punto de comparación, la tasa de cobertura por seguros de salud en toda la población de 12 años y más, es decir la población tomada en cuenta para desagregación entre indígenas y no-indígenas, es de 29,4% (cuadro 18).

Según pueblo indígena, los Quechuas y los Aymaras, es decir los pueblos más numerosos en Bolivia, que representan respectivamente el 26,5% y el 22,4% de la población de 12 años y más de acuerdo con datos de la Encuesta 2009, son también los más desprotegidos en cuanto a seguros de salud, con una tasa de cobertura reportada de solamente 23,5% (cuadro 18). Por otro lado, los Pueblos Mojeños y otros Pueblos (Movimas, Chimanes, Tacanas, Chiriguanos, Ayoreos, etc.) presentan altas tasas de cobertura por seguros, con respectivamente 67,3% y 46,1% (cuadro 18). Sin embargo, de acuerdo con las estimaciones provenientes de la Encuesta de Hogares 2009, estos pueblos representarían solamente el 0,9% de la población boliviana. Estas tasas altas se deben principalmente a la existencia del seguro departamental autónomo del Departamento del Beni, ya que el 87,2% de los Mojeños y el 65,5 de los otros Pueblos residen en el Departamento del Beni de acuerdo con datos de la Encuesta de Hogares 2009. De Manera general, la cobertura de Pueblos Indígenas es coherente con la cobertura departamental, ya que los tres Departamentos en los cuales la proporción de identificación a un pueblo indígena es menor (Pando, con 5,3% de la población que se auto-identifica como Indígena, Tarija con 11,9% y Beni con 23,1%) son los mismos Departamentos que reportaron mayor cobertura por seguros de salud.

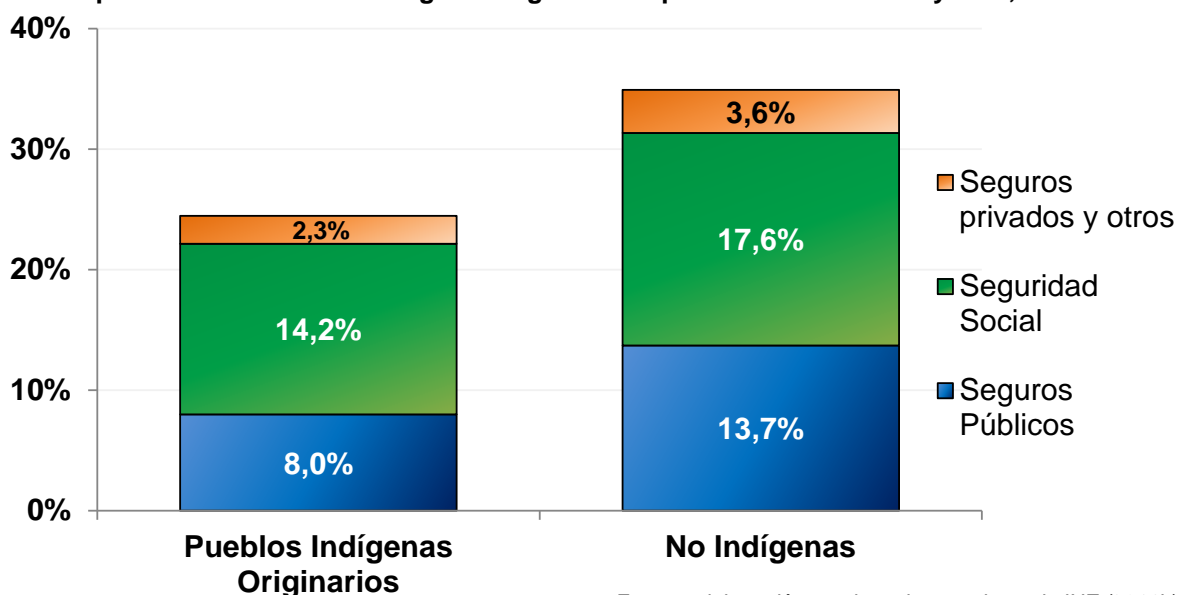
Si se analiza la cobertura según tipo de seguro, se puede observar que los Pueblos Indígenas Originarios reportan una cobertura menor para todo tipo de seguro, inclusive Seguros Públicos (total), con la excepción de los Pueblos Mojeños y otros Pueblos. Sin embargo, los Pueblos Indígenas Originarios (de 12 años y más) reportaron una mayor cobertura por Seguros Públicos Nacionales SUMI y SSPAM (5,6% contra 3,7% en no Indígenas), mientras que los no indígenas reportaron mayor cobertura de Seguros Públicos subnacionales (10,7% contra 2,4% en Pueblos Indígenas Originarios) (cuadro 18 e ilustración 22).

Cuadro 18 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según pertenencia a pueblo indígena originario en personas de 12 años y más, 2009

Pueblos indígenas originarios	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Total indígenas	52,3%	14,2%	2,3%	5,6%	2,4%	8,0%	24,5%
Quechuas	26,5%	13,6%	2,6%	5,7%	1,7%	7,4%	23,5%
Aymaras	22,4%	14,6%	2,0%	5,4%	1,6%	7,0%	23,5%
Chiquitanos	1,3%	13,4%	1,9%	3,8%	6,5%	10,3%	25,6%
Guaranís	1,2%	17,0%	2,7%	9,3%	2,5%	11,9%	31,6%
Mojeños	0,7%	19,3%	3,6%	3,3%	41,1%	44,5%	67,3%
Otros	0,2%	15,7%	0,7%	3,0%	26,7%	29,7%	46,1%
No Indígenas	47,7%	17,6%	3,6%	3,7%	10,0%	13,7%	34,9%
TOTAL (12 años y más)	-	15,8%	2,9%	4,7%	6,0%	10,7%	29,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Ilustración 22 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Otra forma de cruzar la tenencia de un seguro de salud con criterios de pertenencia indígena originario es el estudio de la cobertura según idioma hablado (idioma principal e idioma secundario en personas que pueden hablar), que muestra inequidades aún más grandes que en el análisis por pertenencia declarada a Pueblos Indígenas Originarios en personas de 12 años y más (cuadro 19).

Cuadro 19 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según idioma hablado, 2009

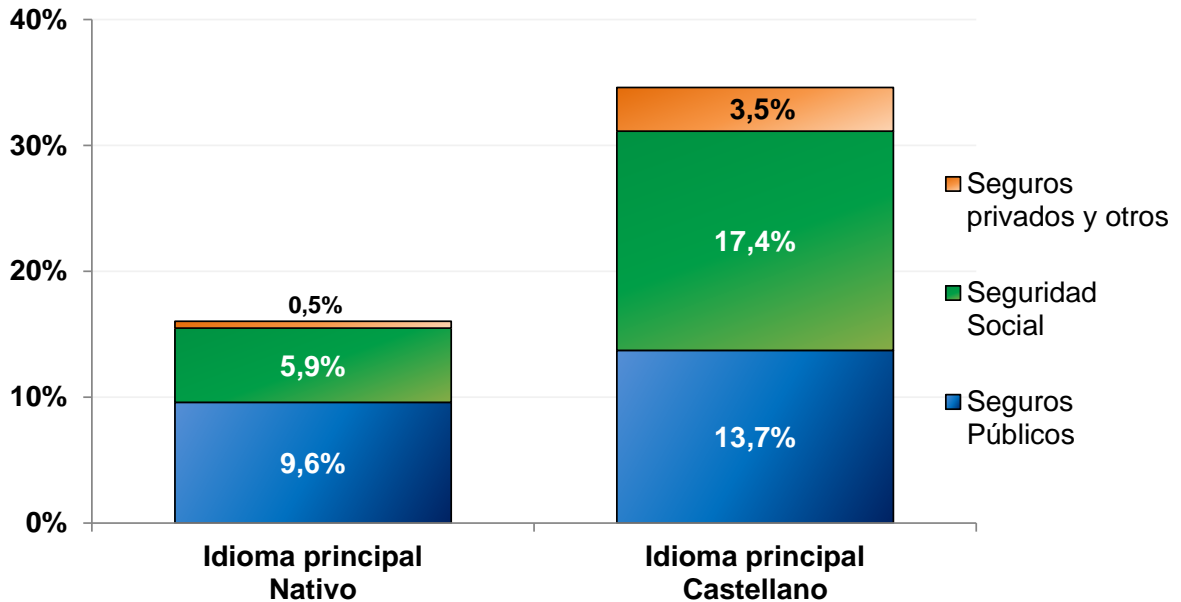
Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Monolingüe nativo	4,3%	3,3%	0,1%	21,2%	0,0%	21,2%	24,6%
Quechua (1)	3,2%	2,7%	0,1%	22,8%	0,0%	22,8%	25,6%
Aymara (1)	1,1%	4,9%	0,0%	17,1%	0,0%	17,1%	22,0%
Otros (1)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Bilingüe Castel. /nativo	38,2%	12,7%	1,7%	5,3%	1,4%	6,7%	21,1%
Bilingüe (1: castellano)	22,7%	16,9%	2,4%	4,7%	2,2%	6,9%	26,2%
Bilingüe (1: idioma nativa)	15,6%	6,6%	0,7%	6,2%	0,2%	6,4%	13,7%
Monolingüe castellano	56,7%	17,6%	3,9%	7,2%	9,2%	16,4%	38,0%
Idioma 1: castellano	79,4%	17,4%	3,5%	6,5%	7,2%	13,7%	34,6%
Idioma 1: nativo	19,8%	5,9%	0,5%	9,4%	0,1%	9,6%	16,0%
Idioma 1: extranjero	0,8%	2,6%	0,7%	0,8%	0,0%	0,8%	4,1%
TOTAL (personas que pueden hablar)	-	15,0%	2,9%	7,1%	5,7%	12,8%	30,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Así, mientras que las personas que hablan algún idioma nativo como idioma principal (monolingües nativo o bilingües con idioma nativo como idioma principal) reportan una cobertura por seguros de salud de solamente 16,0%, las personas que reportaron el castellano como idioma principal tienen una cobertura de 34,6% y los monolingües castellano 38% (cuadro 19). Al interior de los grupos de población que hablan idiomas nativos, se puede observar que los monolingües tienen una mayor cobertura que los bilingües (24,6% contra 21,1%), ya que los monolingües se benefician en mayor proporción de los Seguros Públicos de Salud; para los bilingües cual idioma nativo es el idioma principal, la cobertura reportada es aún más baja, con 13,7%. En cuanto a las personas que hablan un idioma extranjero como idioma principal, serían el grupo más desprotegido por seguros de salud, con solamente el 4,1% que reportó estar afiliado (cuadro 19).

Finalmente, si se analiza los datos de idioma hablado según tipo de seguros, se constata que los monolingües castellanos y las personas que hablan castellano como idioma principal tienen una mayor cobertura por seguros sociales (17,6% y 17,4%) mientras que los monolingües nativos son solamente 3,3% a reportar cobertura por seguros sociales; sin embargo, los monolingües nativos (que representan 4,3% de la población) reportan una cobertura por Seguros Públicos más alta que cualquier otro grupo lingüístico, debido principalmente a la estructura por edades de este grupo de población y de su afiliación al SSPAM (cuadro 19 e ilustración 23).

Ilustración 23 – Tasa de cobertura reportada por seguros según idioma hablado, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

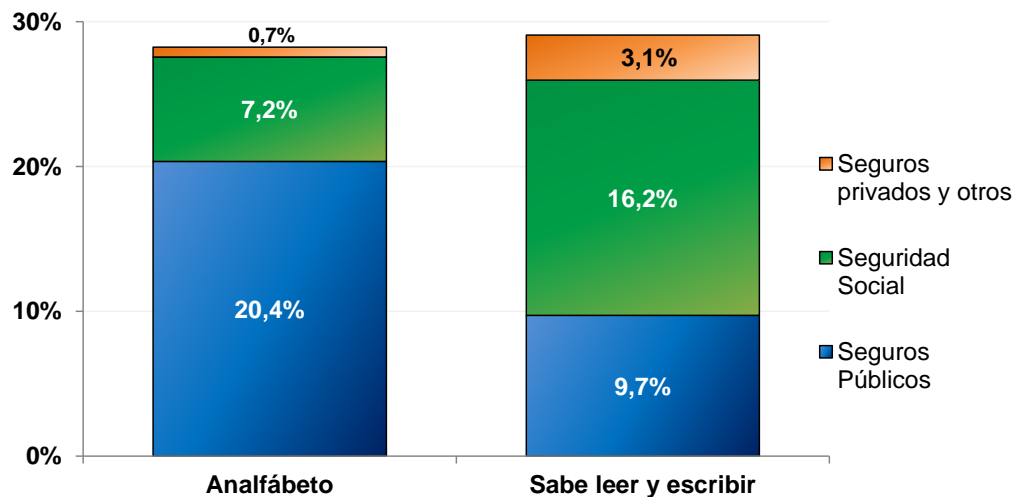
III.3.4. Cobertura de seguros según nivel de educación

La cobertura según la variable de alfabetización muestra una cobertura total por seguros de salud relativamente similar según si la población de 10 años y más es analfabeta (cobertura de 28,2%) o si sabe leer y escribir (29,1%) (cuadro 20). Sin embargo, la composición de la cobertura por seguros de salud es muy diferente según si la población es analfabeta o no: mientras que el 20,4% de la población de 10 años y más que reportó ser analfabeta tiene una cobertura por Seguros Públicos, esta proporción es de solamente 9,7% en poblaciones que saben leer y escribir. En cambio, la población letrada tiene una mayor cobertura por seguros sociales y privados (respectivamente 16,2% y 3,1%) que la población analfabeta (7,2% y 0,7%) (cuadro 20 e ilustración 24).

Cuadro 20 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según alfabetización, 2009

Alfabetización	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Analfabeto	7,5%	7,2%	0,7%	17,9%	2,5%	20,4%	28,2%
Sabe leer y escribir	92,5%	16,2%	3,1%	3,3%	6,4%	9,7%	29,1%
TOTAL (≥ 10 años)	-	15,5%	2,9%	4,4%	6,1%	10,5%	29,0%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Ilustración 24 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según alfabetización, 2009


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Por otra parte, cuando se analiza la tenencia reportada de seguros según el nivel educativo alcanzado (en personas que salieron del sistema educativo), se constata grandes inequidades entre las personas con educación superior y las personas con un nivel educativo inferior (cuadro 21)

Cuadro 21 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según nivel educacional alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, 2009

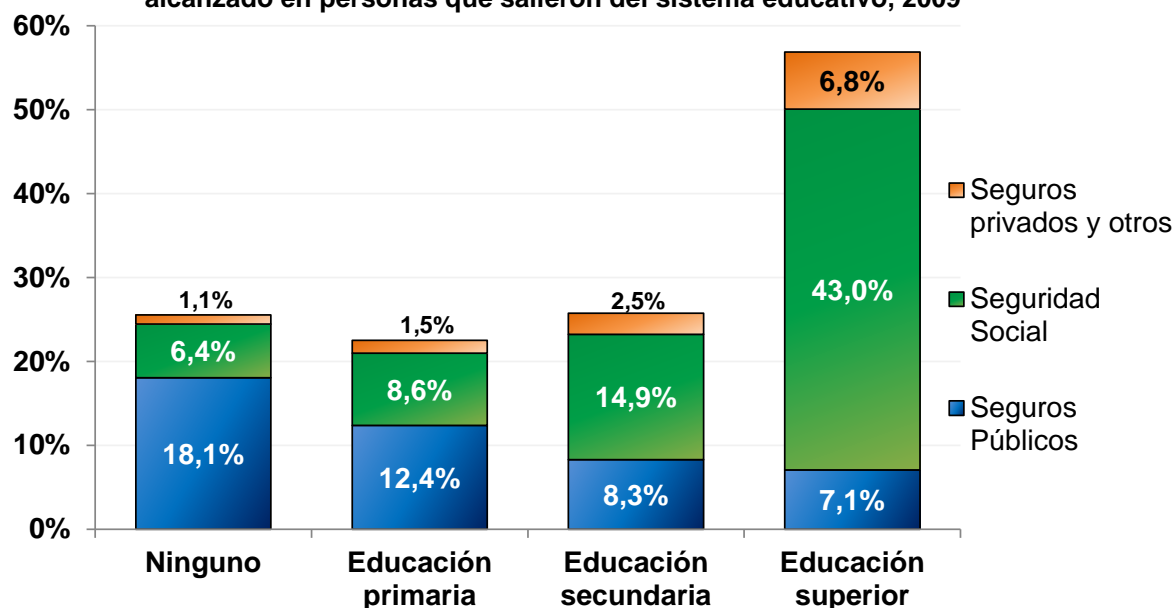
Nivel educación	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Ninguno	14,1%	6,4%	1,1%	15,8%	2,2%	18,1%	25,5%
Primaria	40,6%	8,6%	1,5%	7,1%	5,3%	12,4%	22,5%
Secundaria	27,7%	14,9%	2,5%	3,8%	4,5%	8,3%	25,7%
Superior	17,3%	43,0%	6,8%	0,9%	6,2%	7,1%	56,9%
TOTAL	-	16,0%	2,7%	6,3%	4,8%	11,1%	29,8%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Así, mientras que la cobertura reportada en la población con educación superior es de 56,9%, la cobertura en personas con otro nivel de educación (ninguno, primario y secundario) varía entre 22% y 26%, siendo las personas con educación primaria que reportaron menor cobertura, con 22,5% (cuadro 21). A título de comparación, la cobertura general por seguros de salud en la población que terminó su educación formal es de 29,8% (cuadro 21).

Además, existe una gran heterogeneidad en la composición de la cobertura según el tipo de seguro principal: mientras que la cobertura por Seguros públicos de Salud es decreciente con el nivel educativo alcanzado (es decir que más el nivel educativo es alto, menos la cobertura por Seguros Públicos es importante), se observa la tendencia opuesta para seguros sociales y privados: más el nivel educativo alcanzado es importante y más la cobertura por seguros sociales y privados es importante (cuadro 21 e ilustración 25). Así, mientras que los grupos de población con nivel educativo no superior (ninguno, primario y secundario) reportaron una cobertura general similar, la cobertura según tipo de seguro es totalmente diferente: las personas sin educación formal reportaron una cobertura por Seguros Públicos de Salud de 18,1%, y de seguros sociales de 6,4%, mientras que el 8,3% de las personas con educación secundaria benefician de algún Seguro Público y el 14,9% de la Seguridad Social. En la misma lógica de cobertura heterogénea, las personas con educación superior, estas reportaron una cobertura por Seguros Públicos menor que los demás grupos (7,1%) y una cobertura por seguros sociales y privados mucho mayor (respectivamente 43,0% y 6,8%) (cuadro 21 e ilustración 25).

Ilustración 25 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según nivel educacional alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Finalmente, una última variable de educación que muestra resultados interesantes en relación a la cobertura reportada o percibida por seguros de salud es el nivel educativo de la madre en personas de 12 a 65 años de edad. Ya que esta pregunta no fue incluida en la Encuesta de Hogares 2009, se analiza a continuación el reporte de cobertura por seguros de salud según nivel de educación de la madre reportado en la encuesta de hogares 2008 (INE 2011a).

Se puede observar que los resultados según el nivel de educación de la madre son aún más marcados que desagregando por nivel de educación de la misma persona: mientras que solamente el 18,5% de las personas cuya madre no tiene educación formal reportaron beneficiarse de un

seguro de salud, esta proporción es de 28,9% cuando el nivel alcanzado por la madre fue primario, 46,5% cuando fue secundario y 54,9% cuando fue superior (cuadro 22). Cabe señalar que los cálculos realizados con la variable de educación del padre y la variable de educación de ambos padres (máximo nivel alcanzado por cualquier de los padres) dan resultados relativamente similares a la cobertura según nivel de educación de la madre.

Cuadro 22 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según nivel educacional de la madre en personas de 12 años a 65 años, 2008

Nivel Educación de la madre	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Ninguno	45,4%	10,1%	1,2%	3,5%	3,7%	7,2%	18,5%
Primaria	35,7%	18,5%	4,3%	2,7%	3,3%	6,1%	28,9%
Secundaria	9,4%	29,9%	10,9%	2,2%	3,6%	5,8%	46,5%
Superior	3,4%	38,2%	15,6%	0,3%	0,7%	1,1%	54,9%
TOTAL (12 a 65 años)	-	16,2%	3,8%	2,8%	3,4%	6,2%	26,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011a)

Desagregando por tipo de seguro, se puede observar según educación de la madre la misma tendencia que para el nivel alcanzado por la misma persona (ilustración 25), es decir que a mayor educación de la madre, menor cobertura por Seguros Públicos y mayor cobertura por seguros sociales y privados: mientras que en la población cuya madres no tenían educación formal, la cobertura por seguros sociales es de solamente 10,1%, esta proporción es de 38,2% para un nivel educacional de la madre superior, y 29,9% cuando era secundario; en cambio, la cobertura por seguros públicos es decreciente con la edad, de 7,2% cuando la madre no tenía educación formal, a 1,1% cuando había alcanzado un nivel de educación superior (cuadro 22).

III.3.5. Cobertura de seguros según actividad laboral

Respecto a criterios laborales, existen varias desagregaciones posibles. En primer lugar, se analiza la cobertura de seguros de salud según tipo de actividad, utilizando las desagregaciones manejadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE): la población en edad de trabajar es la de 7 años y más, a pesar de que a nivel internacional, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera la población de 15 a 67 años de edad. Dentro de la población en edad de trabajar, se diferencia la población económicamente activa, conformada por la población ocupada y la población desocupada que busca activamente un trabajo, y la población económicamente inactiva, es decir la población en edad de trabajar y no ocupada que no busca trabajo, como por ejemplo estudiantes, amas de casa, jubilados, discapacitados, personas de edad avanzada, etc. (INE 2011b).

De acuerdo con estas desagregaciones por tipo de actividad laboral (cuadro 23), la población en edad de no trabajar es la que muestra mayor cobertura por seguros, debido a que benefician del SUMI si tienen menos de cinco años. En cambio, la población en edad de trabajar reportó para el año 2009 una cobertura general por seguros de salud de solamente 28,4%. Dentro de la población en edad de trabajar, la cobertura por seguros es mayor en la población económicamente inactiva (28,4%) que en la población económicamente activa (25,5%) (cuadro 23). Según tipo de seguro, se constata que la población en edad de no trabajar se beneficia principalmente de Seguros Públicos

(SUMI en este caso), mientras que la población económicamente activa se beneficia principalmente de la Seguridad Social de corto plazo. Sin embargo, la cobertura de seguros sociales en activos sigue siendo muy baja (14,6%), es decir menor a la tasa de cobertura reportada en personas económicamente inactivas (16,6%) (cuadro 23).

Cuadro 23 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según actividad, 2009

Actividad	Distribución población	Segur. Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacio- nales	Subna- cionales	Total Seg. Públicos	
Población inactiva y en edad de no trabajar	48,8%	14,9%	3,1%	17,7%	6,3%	24,0%	42,0%
<i>En edad de no trabajar</i>	15,7%	11,4%	2,4%	45,1%	2,1%	47,1%	61,0%
<i>Inactivos</i>	33,0%	16,6%	3,4%	4,7%	8,3%	13,0%	33,0%
Población activa	51,2%	14,6%	2,6%	3,7%	4,7%	8,4%	25,5%
<i>Activos ocupados</i>	49,6%	14,7%	2,6%	3,7%	4,6%	8,3%	25,6%
<i>Activos desocupados</i>	1,6%	9,5%	3,4%	3,8%	6,8%	10,6%	23,6%
TOTAL población en edad de trabajar	84,3%	15,4%	2,9%	4,1%	6,1%	10,2%	28,4%
TOTAL	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

En relación al tipo de empleo de la población activa ocupada, se puede constatar que la cobertura general por seguros de salud en la población ocupada es mucho mayor en personas con empleo formal (50,8% contra 15,2% en personas sin empleo formal), definiendo la formalidad en relación a la tenencia del Número de Identificación Tributaria (NIT) por parte de la empresa o institución donde trabajaron los miembros del hogar (INE 2011b). La cobertura reportada también es mayor en trabajadores asalariados, con 41,6% (empleados, obreros, etc.) que en trabajadores no asalariados

Cuadro 24 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según tipo de empleo, 2009

Tipo de empleo (formalidad / activos)	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacio- nales	Subna- cionales	Total Seg. públicos	
Formalidad del empleo (registro tributario)							
Empleo formal	29,2%	38,2%	6,1%	0,6%	5,9%	6,5%	50,8%
Empleo informal	70,8%	5,1%	1,1%	4,9%	4,1%	9,0%	15,2%
Tipo de remuneración del empleo							
Asalariados	39,7%	29,0%	5,0%	1,3%	6,3%	7,6%	41,6%
No asalariados	60,3%	5,4%	0,9%	5,3%	3,5%	8,7%	15,0%
<i>Remunerados</i>	37,2%	6,8%	1,3%	5,9%	3,9%	9,8%	17,8%
<i>No remunerados</i>	23,1%	3,0%	0,4%	4,3%	2,8%	7,1%	10,6%
TOTAL (activos ocupados)	-	14,7%	2,6%	3,7%	4,6%	8,3%	25,6%

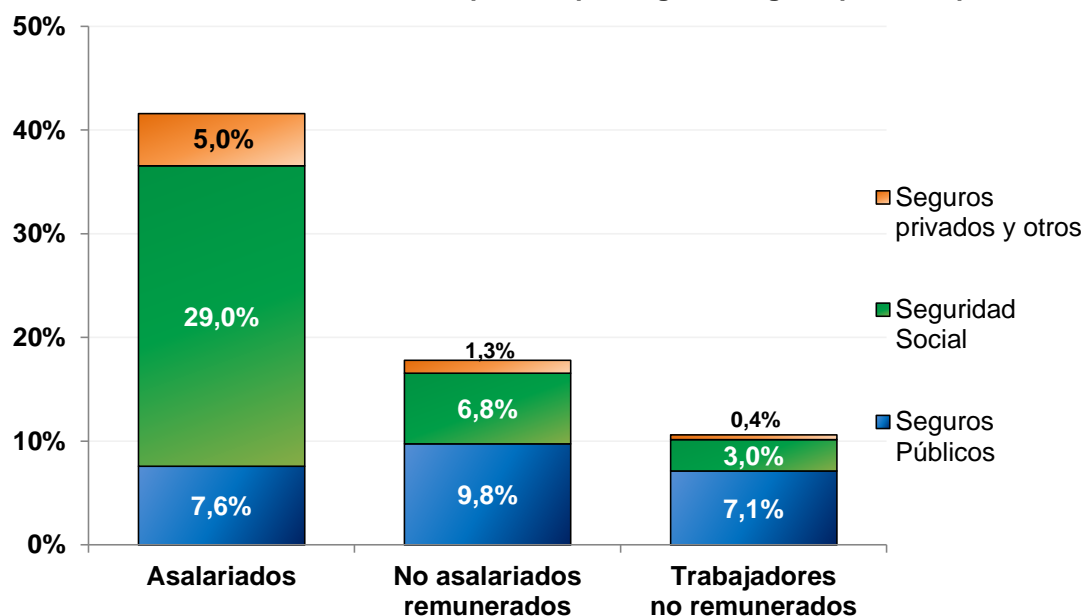
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

(como trabajadores por cuenta propia, cooperativistas y trabajadores no remunerados), en los cuales la tasa de cobertura por seguros es de solamente 15,0%, siendo más crítica en trabajadores no remunerados, como trabajadores de hogar, con solamente 10,6% (cuadro 24).

Analizando las coberturas según tipo de seguro, se constata que estas grandes inequidades se deben esencialmente a la tenencia de seguros sociales por parte de los trabajadores formales (38,2%) y trabajadores asalariados (29%) (cuadro 24 e ilustración 26). En trabajadores que son a la vez formales y asalariados, la cobertura reportada es de 52,2%. Sin embargo, estas tasas de cobertura son aún muy bajas, dado la obligatoriedad de la cobertura de corto plazo en trabajadores empleados con contrato de trabajo (Honorable Congreso Nacional 1956): así cuando se analiza la cobertura según el estado contractual de los trabajadores, se constata que solamente los trabajadores con ítem cuentan con una cobertura cercana al 100% (91,9% de cobertura total y 76,3% de cobertura por seguridad social), mientras que los trabajadores bajo contrato temporal tienen una cobertura general reportada de 53,7% y de 36,3% por seguros sociales (Fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b).

En cuanto a trabajadores informales y no asalariados, reportan mayor cobertura por Seguros públicos de Salud (respectivamente 9,0% y 8,7%) y una cobertura por seguros sociales y privados muy baja: solamente el 5,1% de los trabajadores informales reportó estar cubierto con seguros sociales y 1,1% con seguros privados y otros; en trabajadores no asalariados, la cobertura por seguros sociales reportada es de solamente 5,4% y 0,9% para seguros privados y otros tipos de seguros (cuadro 24 e ilustración 26).

Ilustración 26 – Tasa de cobertura reportada por seguros según tipo de empleo, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Las desigualdades en la cobertura por seguros de salud en la población activa ocupada son aún más impactantes según el grupo ocupacional y el sector socio-profesional o rama de actividad (cuadros 25 y 26): por ejemplo, la tasa de cobertura por seguros de salud reportada en profesionales es de 66,6%, representando más de cuatro veces la cobertura de trabajadores no calificados o de trabajadores industriales / de construcción (cuadro 25). En cuanto a sectores de actividad, el terciario (servicios) es el más cubierto (35,0%), mientras que en los sectores primarios y secundarios, se reportaron tasas de cobertura respectivas de solo 15,2% y 21,0% (cuadro 26).

Cuadro 25 – Tasa de cobertura reportada por seguros según grupo ocupacional, 2009

Grupo ocupacional (actividad principal)	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacio- nales	Subna- cionales	Total Seg. públicos	
Directivo	0,9%	48,0%	11,0%	0,3%	2,6%	2,9%	61,9%
Empleado de oficina	3,5%	43,6%	6,6%	0,3%	4,9%	5,1%	55,3%
Fuerzas armadas	0,1%	10,6%	65,5%	0,0%	20,2%	20,2%	96,3%
Industria, construcción	16,7%	7,6%	1,5%	2,4%	4,3%	6,7%	15,9%
Operador instalaciones	6,0%	12,0%	3,8%	0,8%	4,9%	5,7%	21,5%
Profesional	7,0%	54,5%	6,2%	0,0%	5,9%	5,9%	66,6%
Técnico y prof. de apoyo	7,0%	34,3%	8,1%	0,3%	6,6%	6,9%	49,3%
Servicios y comercio	17,4%	14,1%	2,2%	3,5%	5,2%	8,8%	25,0%
Trabajador agropecuario	14,1%	3,9%	0,6%	9,7%	2,8%	12,5%	17,0%
Trabajador no calificado	27,3%	5,7%	0,8%	4,4%	4,4%	8,8%	15,3%
TOTAL (activos ocupados)	-	14,7%	2,6%	3,7%	4,6%	8,3%	25,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Cuadro 26 – Tasa de cobertura reportada por seguros según sector / rama de actividad, 2009

Sector / rama de la actividad principal	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacio- nales	Subna- cionales	Total Seg. públicos	
SECTOR PRIMARIO	34,2%	4,6%	1,0%	6,8%	2,8%	9,6%	15,2%
<i>Agricultura, ganadería y caza</i>	32,9%	3,0%	0,8%	6,9%	2,9%	9,9%	13,6%
<i>Explotación minas, canteras</i>	1,0%	56,1%	9,0%	0,7%	0,0%	0,7%	65,8%
<i>Silvicultura y pesca</i>	0,3%	6,6%	3,3%	6,4%	2,0%	8,5%	18,4%
SECTOR SECUNDARIO	18,7%	11,8%	1,9%	2,0%	5,3%	7,3%	21,0%
<i>Industria manufacturera</i>	11,2%	14,6%	1,5%	2,1%	5,3%	7,4%	23,5%
<i>Construcción</i>	7,3%	6,4%	1,7%	1,9%	5,5%	7,4%	15,5%
<i>Prod. / distr. energía y agua</i>	0,3%	40,1%	20,1%	0,0%	0,0%	0,0%	60,2%
SECTOR TERCIARIO	47,1%	23,3%	4,0%	2,1%	5,6%	7,7%	35,0%
<i>Venta y reparaciones</i>	15,4%	11,2%	2,0%	3,7%	5,0%	8,6%	21,9%
<i>Transporte y comunicaciones</i>	6,4%	12,5%	5,1%	0,9%	4,8%	5,6%	23,2%
<i>Educación</i>	5,5%	69,7%	4,5%	0,1%	7,2%	7,2%	81,4%
<i>Hoteles y restaurantes</i>	4,6%	12,2%	2,4%	3,0%	4,7%	7,7%	22,3%
<i>Servicios Inmobiliarios</i>	3,2%	16,3%	4,1%	0,6%	2,7%	3,4%	23,8%
<i>Servicios común. y personales</i>	3,2%	14,0%	1,8%	4,1%	4,6%	8,6%	24,5%
<i>Adm.pública, defensa, s.social</i>	2,8%	55,9%	7,2%	0,0%	9,6%	9,6%	72,7%
<i>Servicios sociales y de salud</i>	2,5%	45,2%	5,4%	0,3%	9,2%	9,5%	60,1%
<i>Hogares privados</i>	2,5%	5,5%	0,6%	2,6%	7,3%	9,9%	16,0%
<i>Intermediación financiera</i>	0,8%	26,6%	34,8%	0,0%	7,4%	7,4%	68,7%
<i>Organismos extraterritoriales</i>	0,2%	10,0%	34,9%	0,0%	0,0%	0,0%	44,9%
TOTAL (activos ocupados)	-	14,7%	2,6%	3,7%	4,6%	8,3%	25,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

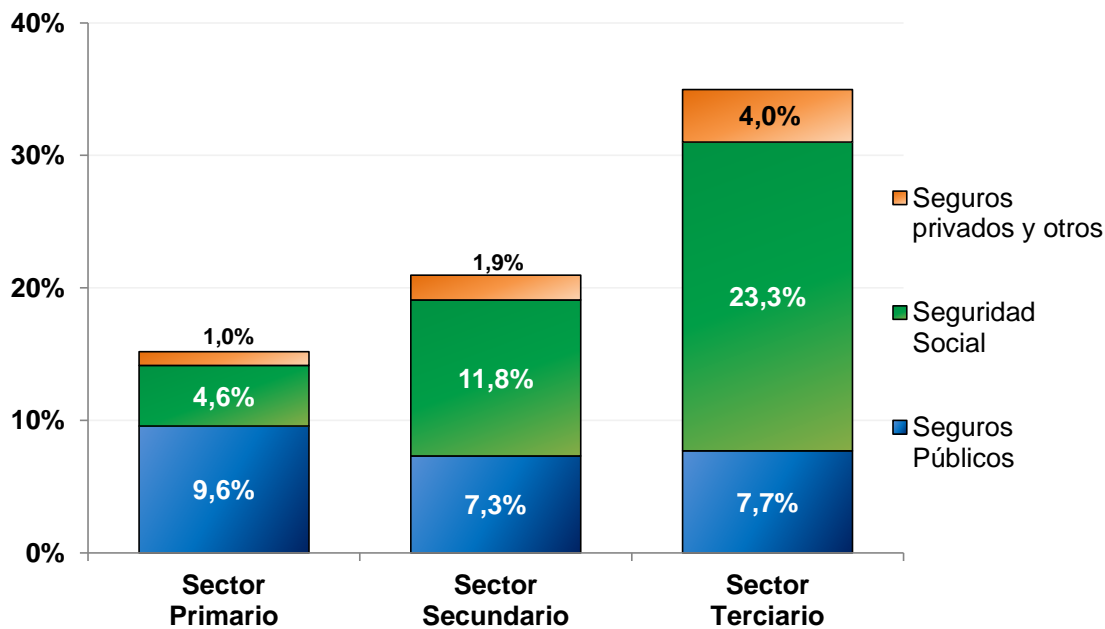
Los grupos poblacionales que reportaron mayor cobertura por seguros son FF.AA. (96,3%), profesionales (66,6%), directivos (61,9%), empleados de oficina (55,3%) y técnicos de apoyo (49,3%), mientras que los más desprotegidos son trabajadores no calificados (15,3%), trabajadores industriales (15,9%), agropecuarios (17,0%) y operadores de maquinarias (21,5%) (cuadro 25).

En relación con la rama de actividad profesional, los grupos de población más desprotegidos serían los trabajadores de agricultura y ganadería (13,6%), construcción (15,5%), trabajadores de hogares (16,0%) y de silvicultura / pesca (18,4%), mientras que las mayores coberturas generales se reportaron en trabajadores del sector educación (81,4%), de la administración pública, defensa y seguridad social (72,7%), del sector financiero (68,7%), de minería (65,8%), de producción y distribución de energía y agua (60,2%) y de salud / servicios sociales (60,1%) (cuadro 26).

Observando la repartición de la cobertura según tipo de seguro, se constata que el acceso a seguros sociales es el factor explicativo principal de las grandes diferencias de cobertura entre grupos ocupacionales y ramas de actividad. Con la excepción de algunas ramas de actividad, como la intermediación financiera o fuerzas armadas, que presentan altas coberturas por seguros privados y otros, los activos más protegidos presentan todos altas coberturas por Seguridad Social, como por ejemplo trabajadores del sector educación (69,7%), mineros (56,1%), trabajadores de la administración pública (55,9%), profesionales (54,5%) y directivos (48,0%) (cuadros 25 y 26). Debido a la estructura de cobertura por edades y regional de los Seguros Públicos, estos no permiten proteger los grupos laborales que no se benefician de la Seguridad Social de corto plazo o de seguros privados: así, ninguna rama de actividad muestra cobertura por Seguros Públicos superior al 10%, explicando así que los grupos más excluidos de la Seguridad Social son también los que presentan menor cobertura general por seguros, como trabajadores en agricultura, ganadería y caza, silvicultura y pesca, construcción y trabajadores del hogar (cuadro 26).

En forma consolidada por sectores de actividad, se constata que el sector terciario es el más protegido por Seguridad Social (23,3%) y seguros privados (4,0%), explicando así su mayor cobertura general. En cambio, el sector primario, si bien reportó mayor cobertura por Seguros Públicos (9,6%), es el menos protegido por la Seguridad Social, con 4,6%, y como consecuencia, es el sector que presenta la menor cobertura general por seguros de salud (cuadro 26 e ilustración 27).

Ilustración 27 – Tasa de cobertura reportada por seguros según sector de actividad, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

III.3.6. Cobertura de seguros según criterios económicos (ingresos)

El primer criterio económico utilizado para el análisis de la cobertura por seguros de salud según grupos de población es el criterio de incidencia de pobreza y de pobreza extrema, establecido por el Instituto nacional de Estadísticas con el cálculo de una línea de pobreza relativa a partir del costeo de una canasta compuesta que debe satisfacer las necesidades básicas de las personas: la canasta utilizada para calcular la línea de pobreza incluye bienes alimentarios y bienes no alimentarios, mientras que la línea de pobreza extrema está construida solamente con bienes alimentarios, a saber el mínimo para cubrir las necesidades de energía y nutrientes de las personas (INE 2011b).

De acuerdo con la incidencia de pobreza y de pobreza extrema, se constata que la población no pobre, que representa el 48,5% de la población boliviana, es de manera evidente la que reporta mayor cobertura general por seguros de salud (41,5%), mientras que el 26,0% de los pobres y el 20,1% de los pobres extremos reportaron una cobertura por algún tipo de seguro. El hecho de que las personas categorizadas por el INE como pobres pero no como pobres extremos reportan un tasa de cobertura de 32,2% muestra que el hecho de ser pobre extremo significa una gran falta de acceso a seguros de salud pero no en sí el hecho de ser pobre sin ser pobre extremo (cuadro 27).

Cuadro 27 – Tasa de cobertura reportada por seguros según incidencia de pobreza, 2009

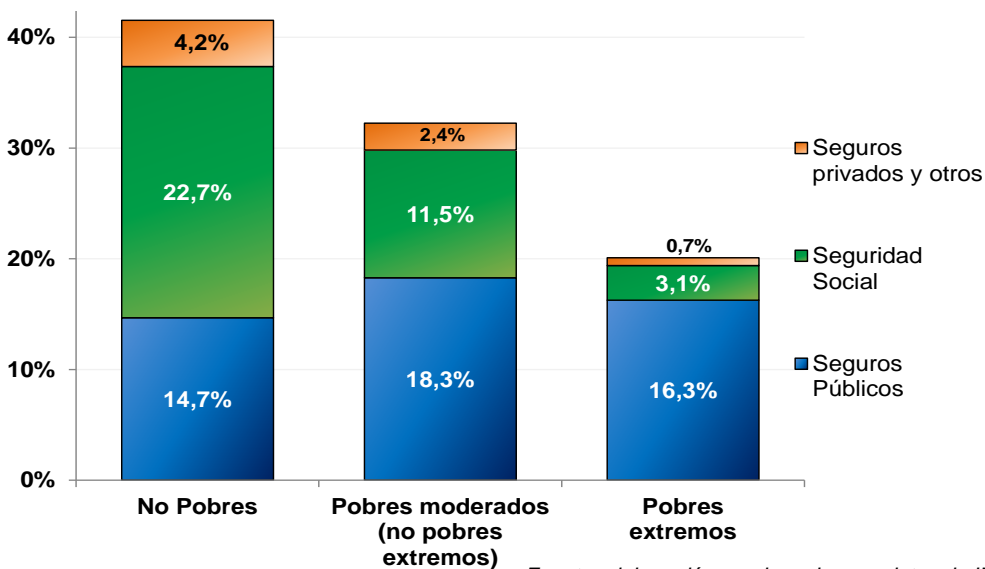
Tipo de pobreza	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Incidencia de pobreza moderada							
No Pobres	48,5%	22,7%	4,2%	8,5%	6,2%	14,7%	41,5%
Pobres	51,5%	7,2%	1,6%	12,4%	4,8%	17,2%	26,0%
Incidencia de pobreza extrema							
No pobres extremos	73,7%	18,9%	3,6%	10,0%	5,9%	15,9%	38,4%
Pobres extremos	26,3%	3,1%	0,7%	11,8%	4,4%	16,3%	20,1%
Pobres moderados y no pobres extremos	25,2%	11,5%	2,4%	13,0%	5,3%	18,3%	32,2%
TOTAL	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Como para las demás dimensiones de análisis, la diferencia de cobertura según incidencia de pobreza y de pobreza extrema se debe principalmente a la cobertura de la Seguridad Social: mientras que en la población no pobre la cobertura reportada por seguros sociales es de 22,7%, la cobertura es de solamente 3,1% en pobres extremos y de 11,5% en personas categorizadas como pobres sin ser pobres extremos. Lo propio se observa en la cobertura de seguros privados, que cubrirían al 4,2% de los no pobres y a solamente 0,7% de los pobres. En cambio, los pobres reportaron un mayor acceso a Seguros Públicos (17,2%) que los no pobres (14,7%). Sin embargo, los pobres extremos reportaron una cobertura por Seguros Públicos de 16,3%, menor que en las personas categorizadas como pobres sin ser pobres extremos (18,3%) (cuadro 27 e ilustración 28).

Un criterio más específico de medir el ingreso monetario es clasificarlo en quintiles o deciles en función del nivel de ingreso: se calculan los quintiles y deciles ordenando la población desde el ingreso más bajo al más rico, para luego separarla en partes de igual número de individuos (cinco partes para quintiles y diez para deciles). La primera parte de la población (quintil 1 o decil 1)

Ilustración 28 – Tasa de cobertura reportada por seguros según incidencia de pobreza, 2009



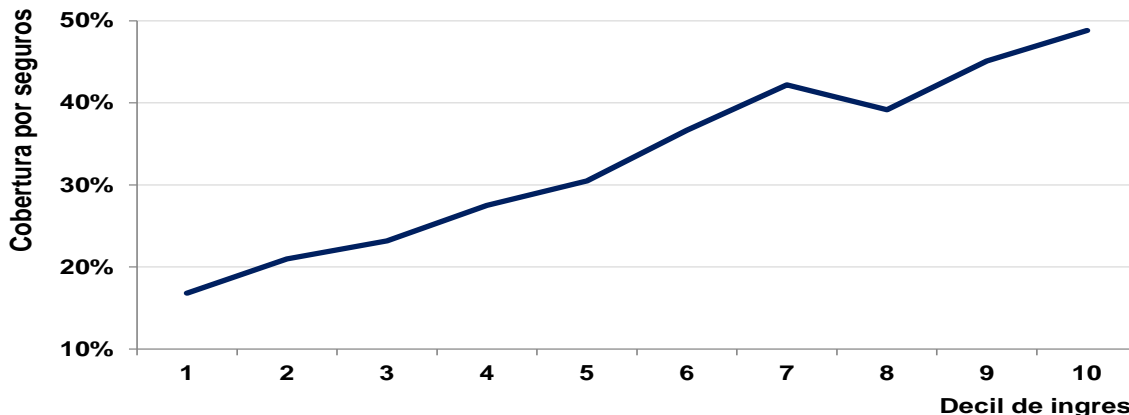
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

corresponde entonces a la porción de la población más pobre, mientras que el último nivel (quintil 5 o decil 10) corresponde a la porción de la población más rica. El criterio utilizado para medir el ingreso es el ingreso del hogar per cápita reportado por el INE; en este sentido, todos los miembros de un mismo hogar tienen el mismo ingreso, independientemente de su ingreso individual.

De acuerdo con estas desagregaciones, se puede observar que la cobertura por seguros de salud se incrementa con el nivel de ingreso del hogar, desde 16,8% en el decil 1 (personas con ingreso del hogar por mes y per cápita inferior a Bs. 97) hasta 48,8% en el decil 10, compuesto por las personas que reportaron un ingreso per cápita del hogar superior a 1.550 bolivianos por mes. En la desagregación por quintiles de ingreso, la población del quintil 1, es decir el 20% de la población más pobre (o sea el decil 1 más el decil 2), reportó una cobertura por seguros de salud de 18,7%, mientras que el 20% de la población más rico (quintil 5) reportó una cobertura de 46,9%.

Entre estos extremos, se puede observar que la cobertura por seguros es creciente con el ingreso del hogar: así, la cobertura total por seguros de salud se incrementa como promedio de 7,1% cuando se sube al quintil superior, y de 3.6% cuando se sube al decil superior (ilustración 29).

Ilustración 29 – Tasa de cobertura reportada por seguros según incidencia de pobreza, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Cuadro 28 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según quintil de ingreso, 2009

Quintil de ingreso	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
			Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Quintil de ingreso del hogar (ingreso per cápita)						
Quintil 1 imhpc* < Bs. 201	2,4%	0,7%	11,3%	4,3%	15,7%	18,7%
Quintil 2 Bs. 201 < imhpc* < 394	6,6%	1,7%	13,6%	3,5%	17,1%	25,4%
Quintil 3 Bs. 394 < imhpc* < 648	13,2%	2,3%	12,2%	6,1%	18,3%	33,8%
Quintil 4 Bs.648 < imhpc* < 1.039	21,4%	2,6%	10,1%	6,5%	16,7%	40,7%
Quintil 5 imhpc* > Bs. 1.039	28,2%	6,6%	5,6%	6,6%	12,2%	46,9%
Decil de ingreso del hogar (ingreso per cápita)						
Decil 1 imhpc* < Bs. 97)	1,9%	0,9%	11,5%	2,5%	14,0%	16,8%
Decil 2 Bs. 97 < imhpc* < 200	2,9%	0,5%	11,1%	6,6%	17,7%	21,0%
Decil 3 Bs. 201 < imhpc* < 303	4,9%	0,6%	12,8%	4,9%	17,7%	23,2%
Decil 4 Bs.303 < imhpc* < 394	8,2%	2,8%	14,2%	2,3%	16,5%	27,5%
Decil 5 Bs.394 < imhpc* < 500	10,6%	2,2%	12,6%	5,2%	17,7%	30,5%
Decil 6 Bs. 500 < imhpc* < 648	15,5%	2,4%	11,9%	6,9%	18,8%	36,7%
Decil 7 Bs. 648 < imhpc* < 808	22,2%	2,7%	11,1%	6,2%	17,3%	42,2%
Decil 8 Bs.808 < imhpc* < 1.039	20,6%	2,5%	9,3%	6,8%	16,1%	39,2%
Decil 9 Bs.1.039 < imhpc* < 1.550	24,6%	6,1%	6,4%	8,0%	14,4%	45,1%
Decil 10 imhpc* > Bs. 1.550)	31,9%	7,1%	4,7%	5,1%	9,8%	48,8%
TOTAL	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

* imhpc = Ingreso mensual del Hogar per cápita (miembros hogar)

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Finalmente, se constata que aparte de tener una cobertura global menor, los grupos de población más pobres no tienen acceso a los seguros sociales y privados, ya que las pequeñas proporciones cubiertas en estos grupos los son principalmente por seguros públicos, y es solamente a partir del quintil 4 y decil 7 que la cobertura por seguros sociales es superior a Seguros Públicos (cuadro 28). En cambio, los grupos de población más ricos tienen altas tasas de cobertura por seguros sociales y privados (cuadro 28), además de tener la capacidad financiera de realizar eventuales pagos de bolsillo cuando necesitan atención en salud.

III.3.7. Cobertura de seguros según demanda y atención en el sistema de salud

El último criterio utilizado para analizar la cobertura reportada por seguros de salud es la demanda o necesidad percibida (declaración de enfermedad) y la demanda asistida por el sistema de salud, según tipo de personal que realizó la atención, lugar de atención y calidad percibida.

Primeramente, la necesidad de atención en salud percibida se expresa en la declaración de enfermedad las pasadas cuatro semanas a la Encuesta de Hogares 2009, como variable consolidada de tres preguntas: enfermedades diarreicas agudas (EDA) en menores de 5 años, resfríos e infecciones respiratorias agudas (IRA) en menores de 5 años y enfermedad en toda la población (incluyendo otras enfermedades en menores de 5 años), sin que se precisa la naturaleza de la enfermedad. La percepción de la necesidad puede variar de acuerdo a diversos factores entre los cuales está la valoración de la salud por parte de la población; en este sentido, es probable que haya individuos que a pesar de haber declarado estar sanos, hayan estado enfermos y no reportaron enfermedad porque no percibieron adecuadamente la necesidad (UDAPE y OPS 2004).

Observando la cobertura de seguros de salud reportada según demanda percibida, se confirmaría la hipótesis evocada en los acápites II.6 y III.1 del presente documento, a saber que las personas efectivamente cubiertas por Seguros Públicos de Salud tienen tendencia a no reportar esta cobertura cuando no estuvieron enfermas (es decir cuando no necesitaron su Seguro Público), provocando así la subestimación de la cobertura real por Seguros Públicos y mecánicamente de la cobertura por seguros de salud en general reportada en las encuestas de hogares. Este efecto se puede identificar claramente en niños menores de 5 años: en los niños que estuvieron enfermos, la cobertura reportada por SUMI es de 67,4% mientras que en los que reportaron haber estado sanos, es de 59,7%; lo propio ocurre con los adultos mayores, segundo grupo de edad principalmente cubiertos por seguros: mientras que las personas de 60 años y más que estuvieron enfermos reportaron una cobertura por SSPAM de 33,4%, los adultos mayores que estuvieron sanos han reportado una cobertura del SSPAM de 23,9% (Fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b).

En parte como resultado de este efecto, la cobertura por seguros de salud es mayor en personas que reportaron haber estado enfermas en el mes anterior a la encuesta que en personas sanas: mientras que el 24,6% de las personas con demanda de atención percibida (que reportaron haber estado enfermas o accidentadas) reportaron una cobertura por Seguros Públicos nacionales de 24,6%, las personas que reportaron haber estado sanas reportaron una cobertura por Seguros Públicos nacionales de solamente 6,5%. Esta diferencia en la cobertura por Seguros Públicos nacionales se repercute en la cobertura total por seguros: mientras que el 47,2% de las personas con demanda de atención percibida reportaron una cobertura por seguros de salud, las personas sanas reportaron una cobertura por seguros de salud de solamente 29,7% (cuadro 29).

Cuadro 29 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según demanda de atención en salud percibida, 2009

Declaración de enfermedad (mes anterior a la encuesta)	Distribución población	Segur. Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Personas sanas	77,8%	14,4%	3,0%	6,5%	5,8%	12,3%	29,7%
Enfermos/ accidentados	22,2%	16,0%	2,3%	24,6%	4,3%	29,0%	47,2%
<i>se ha sentido enfermo</i>	21,2%	15,9%	2,1%	25,5%	4,2%	29,7%	47,7%
<i>ha tenido algún accidente</i>	1,0%	18,0%	6,1%	6,1%	6,4%	12,6%	36,7%
TOTAL	-	14,7%	2,8%	10,5%	5,5%	16,0%	33,6%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011a)

Sin embargo, el fenómeno de no reportar cobertura por Seguro público cuando la persona no se enferma no es la única explicación posible de la gran diferencia de cobertura reportada entre personas que se enfermaron y personas sanas. En primer lugar, las personas cubiertas por Seguros Públicos nacionales son también los grupos con mayor probabilidad de enfermarse; así, el 54,2% de los niños menores de 5 años (cubiertos por el SUMI) y el 42,1% de las personas de 60 años y más (cubiertos por el SSPAM) reportaron enfermedad o accidente en las cuatro semanas anteriores a la Encuesta 2009, mientras que solamente el 15,8% de las personas de 5 a 59 años de edad reportaron haberse enfermado o accidentado (Fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b).

En segundo lugar, se debe considerar los fenómenos de riesgo moral y de selección adversa, inherentes al aseguramiento. El riesgo moral ocurre cuando el hecho de ser asegurado provoca una demanda de servicios de salud excedentaria más allá de lo que los individuos necesitan. En el caso de la encuesta de hogares, este fenómeno significaría que las personas cubiertas por seguros podrían tener una tendencia a “sobre-percibir” la necesidad de atención y declarar enfermedad en mayor proporción. La selección adversa ocurre cuando solamente personas con alto riesgo de enfermarse se afilian a seguros de salud, mientras que las de bajo riesgo no quieren afiliarse por no pagar cotizaciones superiores a sus riesgos. Sin embargo, es probable que estos dos fenómenos no tengan un efecto significativo sobre la cobertura por seguros, ya que se puede observar que en el caso de seguros privados y de Seguros Públicos subnacionales, la cobertura reportada es mayor en personas sanas que en personas enfermas. En el caso de la Seguridad Social de corto plazo, no existe diferencia muy significativa entre las personas enfermas (16%) y sanas (14,4%) (cuadro 29).

El segundo indicador utilizado en el criterio de acceso para analizar la cobertura por seguros es la demanda asistida, es decir la proporción de individuos con demanda percibida que recibieron atención institucional por personal institucional (médico, enfermera, auxiliar de enfermería, promotor) o en lugares institucionales (puestos y centros, hospitales, clínicas, etc.). En este marco, existe dos categorías principales de excluidos de los servicios de salud: las personas que no recibieron ninguna atención y las personas que recibieron atención no institucional. En el cuadro 30, se puede observar la cobertura de seguros según el tipo de atención recibida en enfermos.

Cuadro 30 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según tipo de atención, 2009

Tipo de atención de la enfermedad	Distribución población	Segur. Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacio-nales	Subna-cionales	Total Seg. públicos	
Atención Institucional	57,9%	19,5%	2,6%	28,0%	5,7%	33,7%	55,8%
<i>Médico</i>	49,8%	21,7%	3,0%	26,5%	6,0%	32,5%	57,2%
<i>Enfermera / auxiliar</i>	6,8%	6,7%	0,4%	39,3%	4,0%	43,3%	50,4%
<i>Promotor de salud</i>	1,2%	2,7%	0,0%	23,4%	4,2%	27,6%	30,3%
Atención no Institucional	26,8%	10,9%	1,0%	20,5%	1,9%	22,5%	34,3%
<i>Familiar</i>	16,3%	9,5%	0,3%	25,5%	1,6%	27,1%	36,9%
<i>Farmacéutico</i>	8,6%	14,2%	1,1%	13,6%	2,0%	15,6%	30,9%
<i>Médico tradicional</i>	1,6%	7,9%	7,1%	7,5%	5,8%	13,3%	28,3%
<i>Otra persona</i>	0,3%	0,0%	0,0%	19,0%	0,0%	19,0%	19,0%
No lo atendieron	15,4%	11,5%	3,1%	19,3%	3,3%	22,6%	37,2%
Total excluidos (no institucional + no atendidos)	42,1%	11,1%	1,7%	20,1%	2,4%	22,5%	35,4%
TOTAL (enfermos)	-	16,0%	2,3%	24,6%	4,3%	29,0%	47,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

El cuadro 30 muestra que de las personas enfermas, el 57,9% logró hacerse atender de manera institucional, y de estos, el 55,8% está afiliado a algún seguro de salud, significando que la atención institucional no está reservada a personas con seguros. Sin embargo, se observa que en las personas excluidas, la cobertura por seguros de salud es mucho menor (35,4%), demostrando que la tenencia de seguro es uno de los factores principales que explican la exclusión de los servicios de salud. Por otro lado, llama la atención el hecho de que el 35,4% de la población excluida de los servicios de salud declare también estar cubierto por algún seguro de salud, mostrando que el hecho de beneficiarse de algún seguro de salud no da la seguridad de poder acceder al sistema de salud (cuadro 30); así, solamente el 68,4% de las personas con seguro de salud reportaron haber sido atendido de manera institucional (Fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b).

Analizando la cobertura según el lugar de atención, se observa que el 55,8% de las personas atendidas en hospitales está afiliado a algún seguro de salud, mientras que de las personas atendidas en el primer nivel, el 50,5% cuenta con seguros de salud. Dentro de las personas atendidas en otros lugares, solamente el 36,8% contaba con algún seguro (cuadro 31).

Cruzando las variables de lugar de atención y de cobertura de seguro en el otro sentido, se constata que del total de las personas cubiertas por un seguro de salud que reportaron haberse enfermado durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta, el 39,4% fue atendido en hospitales, el 25,6% en establecimientos de primer nivel, el 22,9% en otro lugar y el 12,1% no fue atendido, es decir que contuvieron su demanda (Fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b).

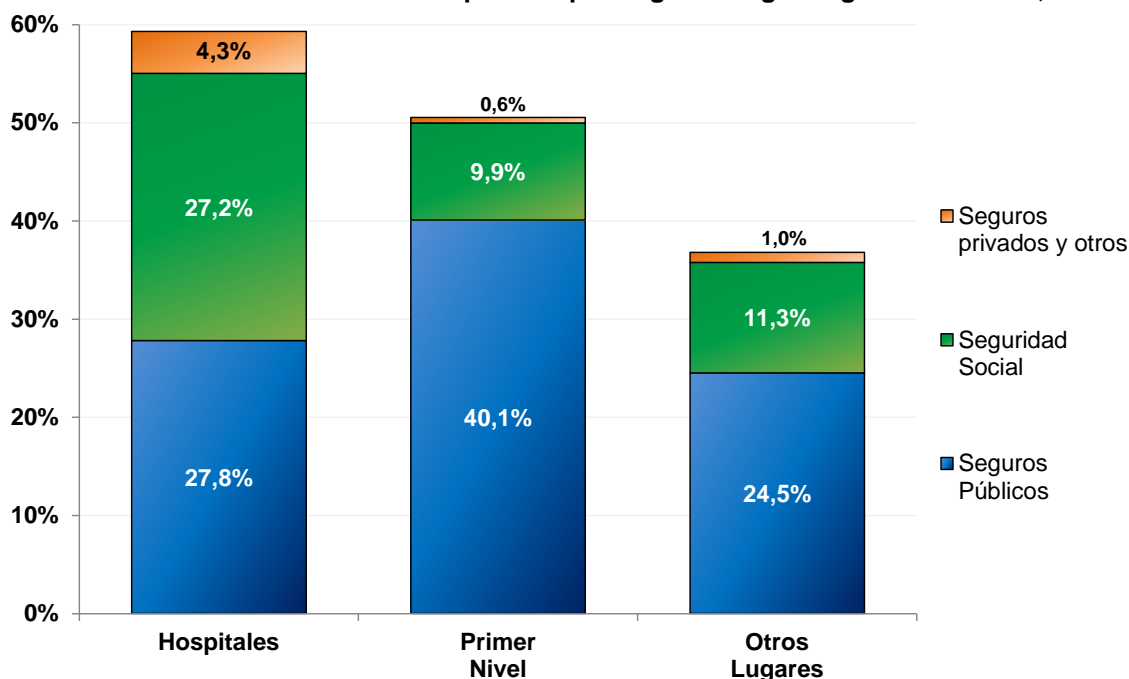
Cuadro 31 – Tasa de cobertura reportada por seguros de salud según lugar de atención, 2009

Lugar de atención de la enfermedad	Distribución población	Segur. Social	Privados y otros	Seguros Públicos			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Hospitales (Niv. II y III)	31,4%	27,2%	4,3%	21,7%	6,1%	27,8%	59,3%
<i>Hospital público</i>	16,5%	9,0%	1,4%	30,8%	7,8%	38,6%	48,9%
<i>CNS / otras Cajas</i>	7,8%	81,6%	3,1%	9,9%	4,3%	14,2%	98,9%
<i>Clínica / hospital privado</i>	7,1%	10,3%	12,3%	13,7%	3,9%	17,6%	40,1%
Establecimientos Niv. I	23,9%	9,9%	0,6%	35,1%	5,0%	40,1%	50,5%
<i>Centro de salud</i>	11,4%	9,6%	0,7%	38,9%	4,5%	43,4%	53,7%
<i>Puesto de Salud</i>	8,4%	7,3%	0,2%	39,9%	6,3%	46,2%	53,7%
<i>Consultorio privado</i>	4,1%	15,8%	0,9%	14,8%	3,6%	18,5%	35,2%
Otros lugares	29,3%	11,3%	1,0%	22,0%	2,5%	24,5%	36,8%
<i>su casa</i>	19,0%	10,2%	1,1%	25,1%	1,7%	26,8%	38,1%
<i>farmacia</i>	8,2%	13,1%	0,6%	14,5%	2,9%	17,4%	31,0%
<i>otro lugar</i>	2,1%	13,5%	1,8%	23,2%	8,3%	31,6%	46,9%
no lo atendieron	15,4%	11,5%	3,1%	19,3%	3,3%	22,6%	37,2%
TOTAL (enfermos)	-	16,0%	2,3%	24,6%	4,3%	29,0%	47,2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011a)

En cuanto al tipo de seguro según el lugar de atención, se observa que las personas que fueron atendidas en hospitales son en proporción iguales (aproximadamente 27%) cubiertas por seguros sociales y seguros públicos. En cambio, de las personas atendidas en el primer nivel, el 40,1% se benefician de un Seguro Público y solamente 9,9% de seguros sociales (cuadro 31 e ilustración 30).

Ilustración 30 – Tasa de cobertura reportada por seguros según lugar de atención, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Finalmente, la última variable utilizada para cruzar criterios de atención en el sistema de salud y cobertura por seguros es la calidad percibida de la atención en las personas atendidas institucionalmente y que reportaron un criterio subjetivo de calidad general de los servicios recibidos en la encuesta de hogares 2009 (calidad buena, regular o mala).

De manera sorprendente, las personas que reportaron una calidad de atención buena están menos cubiertas por seguros de salud que las que percibieron una calidad regular y mala: así, más la calidad percibida es mala, más la cobertura por seguros de salud es importante, lo que podría significar que se accede a una mejor calidad haciéndose atender sin seguro (con pagos de bolsillo) que con algún seguro de salud. Dentro de las personas que percibieron una mala calidad general de atención, el 38,8% está cubierto por seguros sociales, el 32% por Seguros Públicos y ninguno por seguros privados, mientras que el 29,2% reportó tener seguro de salud (cuadro 27).

Cuadro 32 – Tasa de cobertura reportada por seguros según calidad de atención, 2009

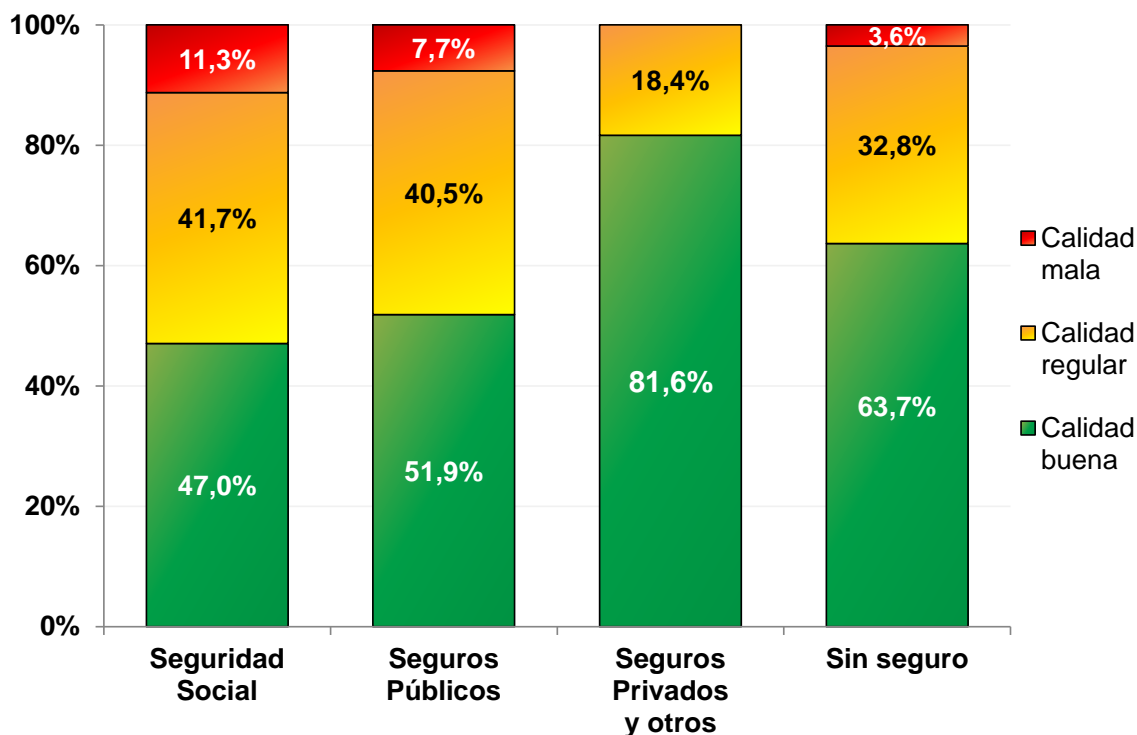
Calidad de atención institucional	Distribución población	Seguridad Social	Privados y otros	Seguros Públicos de Salud			Cobertura Total por Seguros
				Nacionales	Subnacionales	Total Seg. públicos	
Buena	57,6%	17,3%	3,6%	16,9%	6,3%	23,2%	44,1%
Regular	36,3%	24,4%	1,3%	21,8%	6,9%	28,7%	54,3%
Mala	6,2%	38,8%	0,0%	21,2%	10,9%	32,0%	70,8%
TOTAL (atendidos institucionalmente que reportaron calidad)	-	21,2%	2,6%	18,9%	6,8%	25,7%	49,4%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Cruzando las variables de calidad de atención y de cobertura de seguro en el otro sentido, se constata que del total de las personas cubiertas por un seguro de salud que reportaron el nivel de calidad institucional que percibieron, el 51,3% percibió una atención buena, el 39,9% una atención regular y el 8,8% una atención mala, es decir una peor calidad que las personas sin seguro de salud, de las cuales el 63,7% reportó una atención buena y el 3,6% atención mala (ilustración 31).

Según tipo de seguro beneficiado, se constata que es con la Seguridad Social de corto plazo que se reporta la peor calidad, con 11,3% de atención mala y menos de la mitad de las personas satisfechas (47% que reportaron atención buena). En las personas cubiertas por Seguros Públicos, la calidad de atención sigue de baja calidad, pero en menor proporción que para seguros sociales: el 7,7% de las personas cubiertas por estos seguros reportaron una mala calidad de atención, mientras que el 51,9% se declaró satisfecho de la atención recibida. Finalmente, es en las personas que se benefician de un seguro privado u otro seguro que se reportó la mejor atención, con 81,6% de personas satisfechas (calidad buena) y ningún reporte de mala calidad (ilustración 31).

Ilustración 31 – Calidad de atención percibida según tipo de seguro, 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

III.4. Conclusiones sobre cobertura de seguros según encuestas

A partir de los datos de las encuestas de hogares, se constata que alcanzar una cobertura universal real es un desafío que va más allá de la simple creación de un sistema de protección financiera universal, ya que solamente el 33,6% de la población reportó beneficiarse de algún seguro de salud (30,7% si solo se toma en cuenta seguros sociales y públicos) mientras que la cobertura teórica es de 52,9% (ver Capítulo II), significando que aproximadamente el 42% de las personas beneficiarias teóricamente no reportan estar cubiertas por seguros de salud estatales, demostrando así una gran falta de acceso hacia los servicios cubiertos por estos seguros.

Por otra parte, los resultados de encuestas de hogares permiten establecer estimaciones de cobertura por seguros de salud según grupos de población, cosa imposible con los datos primarios utilizados para calcular coberturas teóricas. Las coberturas reportadas según grupos de población se resumen en el cuadro 33, señalando que los factores más importantes asociados a la tenencia de un seguro de salud son la situación y el tipo de actividad laboral, relacionados con la tenencia de seguridad social y seguros privados, el rango de edad y el Departamento de residencia, relacionados con la tenencia de Seguros Públicos, así que la pobreza extrema.

Sin embargo, no se debe olvidar que estas encuestas tienen sus limitantes y las coberturas no deben ser tomadas como exactas, sino como relativas para ayudar la comprensión de la cobertura por seguros de salud en Bolivia, en complemento de las coberturas teóricas.

Cuadro 33 – Resumen de cobertura por seguros según grupos de población

Criterios	Grupos mejor cubiertos por seguros de salud	Grupos de población más desprotegidos
Criterios geográficos	Población del área urbana (38,0%) Población de los Departamentos de Tarija (78,6%), Beni (58,8%) y Pando (48,4%)	Población del área rural (24,9%) Población de los Departamentos de Santa Cruz (27,8%), Cochabamba (28,7%), La Paz (29,8%) y Oruro (30,2%)
Criterios de edad y género	Niños menores de 5 años (78,3%) y personas de 60 años y más (56,9%) Población femenina (35,2%)	Personas de 5 a 59 años de edad (25,1%) Población masculina (31,9%)
Criterios culturales y pertenencia indígena	Poblaciones no indígenas (34,9%), Mojeños (67,3%), Otros (46,1%), monolingües castellano (38,0%)	Pueblos indígenas originarios en general (24,5%), Quechuas y Aymaras (< 25%), idioma nativa principal (16%), monolingües idioma nativo (24,6%), extranjeros (4,1%)
Criterios de educación	Personas con educación superior (56,9%), personas cuya madre tiene educación secundaria (46,5%) o superior (54,9%)	Personas con educación primaria (22,5%), sin educación formal (25,5%) y con educación secundaria (25,7%); personas cuya madre no tiene nivel de educación formal (18,5%)
Criterios de actividad laboral	Población inactiva y en edad de no trabajar (42%), trabajadores formales (50,8%), asalariados (41,6%), sector terciario (35%), FF.AA. (96,3%), profesionales (66,6%), directivos (61,9%), empleados de oficina (55,3%), técnicos y profesionales de apoyo (49,3%); sectores educación (81,4%), Admin. Pública (72,7%), financiero (68,7%), minería (65,8%), energía (60,2%), salud (60,1%)	Población activa (25,5%), trabajadores informales (15,2%), trabajadores no asalariados (15%), sectores primario (15,2%) y secundario (21%), trabajadores no calificados (15,3%), industriales (15,9%), agropecuarios (17,0%), operadores de instalaciones y maquinarias (21,5%), sectores agricultura y ganadería (13,6%), construcción (15,5%), hogares (16,0%), silvicultura y pesca (18,4%)
Criterios Económicos (ingresos)	No pobres (41,5%) y no pobres extremos (38,4%), quintiles de ingreso 4 y 5 (40,7% y 46,9%), deciles de ingreso 7, 9 y 10 (42,2%, 45,1% y 48,8%)	Pobres extremos (20,1%), quintiles de ingreso 1 y 2 (18,7% y 25,4%), deciles de ingreso 1, 2 y, 3 (16,8%, 21,0% y 23,2%)
Criterios de acceso a servicios de salud	Personas enfermas (47,2%), personas atendidas institucionalmente (55,8%), atendidas en hospitales (59,3%) y 1er nivel (50,5%), personas que recibieron mala calidad de atención (70,8%)	Personas sanas (29,7%), personas excluidas de servicios de salud (35,4%), personas atendidas en lugares no institucionales (36,8%), personas que recibieron buena atención (44,1%)

Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Conclusiones y recomendaciones

La cobertura poblacional actual de seguros y servicios de salud es uno de los factores más importante a considerar en la evolución del sistema de financiamiento de la salud hacia la cobertura universal, ya que por diversos factores, la extensión de la cobertura a algunos grupos de población puede ser muy difícil y así impedir una transición rápida hacia la cobertura universal, la misma que está contemplada en la Constitución Política del Estado y en el Proyecto de Ley del Sistema Único de Salud actualmente en gestación en el Ministerio de Salud y Deportes.

En primera instancia, se ha estudiado la cobertura poblacional teórica de seguros de salud, es decir de la población con derecho a cobertura por seguros de salud, mostrando que para el año 2010, el 52,9% de la población boliviana (5.517.689 personas) se beneficiaba de algún seguro de salud, entre la Seguridad Social de corto plazo (3.397.079 personas, 32,6% de la población), el SUMI (1.227.017 personas, 11,8%), el SSPAM (292.123 personas, 2,8%) y Seguros Públicos subnacionales (601.470 personas, 5,8%). En totalidad, habría entonces 4.908.465 personas sin cobertura por seguros de salud (47,1% de la población total 2010), principalmente personas de 5 a 59 años de edad, que constituirían los nuevos beneficiarios de la implementación de la cobertura universal dentro del Sistema Único de Salud.

Sin embargo, se constata a partir del análisis de las encuestas de hogares que la cobertura teórica no corresponde a la cobertura percibida y reportada por la población: solamente el 33,6% de la población reportó beneficiarse de algún seguro de salud (30,7% si solo se toma en cuenta seguros sociales y públicos). Además, el análisis de cobertura por seguros de salud a partir de las encuestas de hogares realizadas por el Instituto nacional de Estadísticas (INE) permite realizar estimaciones de cobertura según grupos de población, cosa imposible con los datos primarios utilizados para calcular coberturas teóricas: en este marco, las coberturas reportadas son menores en grupos de población de 5 a 59 años de edad, en áreas rurales, en trabajadores informales y no empleados, en pobres extremos, en poblaciones Indígenas Originarias, constituyendo estos los grupos de población prioritarios para la implementación de políticas de cobertura universal en salud, para asegurarse de que la gratuidad en los servicios de salud públicos no esté aprovechada principalmente por los más ricos y llegue efectivamente a toda la población.

Por otra parte, la diferencia entre la tasa de cobertura por seguros estatales (sociales y públicos) teórica (52,9%) y percibida (30,7%) significa que aproximadamente el 42% de las personas beneficiarias teóricamente no reportan estar cubierta por seguros de salud estatales, demostrando así una gran falta de acceso hacia los servicios cubiertos por estos seguros.

En este contexto, el presente estudio deberá ser completado por un estudio sobre exclusión y acceso a los servicios de salud que analice en detalle las condicionantes y determinantes de la exclusión en salud e identifique los grupos de población más excluidos. Además de determinar los grupos de población a ser priorizados para que el futuro Sistema Único de Salud sea incluyente de toda la población boliviana, estos dos estudios darán los resultados necesarios a la realización del tercer estudio sobre cobertura poblacional de seguros y servicios de salud, en el que se analizará la producción actual de servicios de salud y el incremento de la demanda proyectada con la implementación de la cobertura universal en Bolivia, cruzando los datos de producción, exclusión (segundo estudio) y cobertura por seguros (presente estudio).

Anexos

Anexo 1. Cobertura poblacional anual de la Seguridad Social en Bolivia

Cuadro 34 – Cobertura de la Seguridad Social de corto plazo en Bolivia entre 1956 y 2010

Año	Población Protegida (sin SMGV y SSPAM)	Población Total Bolivia	Cobertura Seguridad Social (sin SMGV y SSPAM)	Población SMGV y SSPAM en la S.Social	Cobertura Seguridad Social (con SMGV y SSPAM)
1956	425.027	3.070.434	13,8%	0	13,8%
1957	432.541	3.137.495	13,8%	0	13,8%
1958	443.118	3.206.619	13,8%	0	13,8%
1959	459.337	3.278.088	14,0%	0	14,0%
1960	471.477	3.351.441	14,1%	0	14,1%
1961	473.298	3.426.210	13,8%	0	13,8%
1962	482.541	3.503.266	13,8%	0	13,8%
1963	485.489	3.582.328	13,6%	0	13,6%
1964	493.563	3.663.959	13,5%	0	13,5%
1965	504.445	3.747.908	13,5%	0	13,5%
1966	514.256	3.834.333	13,4%	0	13,4%
1967	546.688	3.923.912	13,9%	0	13,9%
1968	569.930	4.016.385	14,2%	0	14,2%
1969	644.247	4.112.402	15,7%	0	15,7%
1970	674.237	4.211.624	16,0%	0	16,0%
1971	718.223	4.314.537	16,6%	0	16,6%
1972	759.044	4.421.130	17,2%	0	17,2%
1973	844.696	4.530.746	18,6%	0	18,6%
1974	915.724	4.643.613	19,7%	0	19,7%
1975	1.001.622	4.758.881	21,0%	0	21,0%
1976	1.029.006	4.878.792	21,1%	0	21,1%
1977	1.201.076	4.999.845	24,0%	0	24,0%
1978	1.257.933	5.120.159	24,6%	0	24,6%
1979	1.326.274	5.239.101	25,3%	0	25,3%
1980	1.412.207	5.355.155	26,4%	0	26,4%
1981	1.478.400	5.462.691	27,1%	0	27,1%
1982	1.551.599	5.568.843	27,9%	0	27,9%
1983	1.589.307	5.674.755	28,0%	0	28,0%

Año	Población Protegida (sin SMGV y SSPAM)	Población Total Bolivia	Cobertura Seguridad Social (sin SMGV y SSPAM)	Población SMGV y SSPAM en la S.Social	Cobertura Seguridad Social (con SMGV y SSPAM)
1984	1.494.664	5.783.106	25,8%	0	25,8%
1985	1.485.729	5.895.252	25,2%	0	25,2%
1986	1.416.679	6.016.698	23,5%	0	23,5%
1987	1.245.593	6.145.185	20,3%	0	20,3%
1988	1.302.861	6.280.375	20,7%	0	20,7%
1989	1.362.594	6.423.166	21,2%	0	21,2%
1990	1.449.357	6.572.770	22,1%	0	22,1%
1991	1.512.766	6.732.981	22,5%	0	22,5%
1992	1.516.808	6.897.096	22,0%	0	22,0%
1993	1.529.438	7.035.270	21,7%	0	21,7%
1994	1.575.913	7.175.215	22,0%	0	22,0%
1995	1.721.605	7.319.076	23,5%	0	23,5%
1996	1.766.036	7.466.984	23,7%	0	23,7%
1997	2.011.698	7.619.081	24,9%	111.180	26,4%
1998	1.989.900	7.775.503	24,0%	124.251	25,6%
1999	2.013.318	7.936.402	24,6%	61.611	25,4%
2000	2.146.280	8.101.926	25,3%	99.304	26,5%
2001	2.255.510	8.274.325	25,7%	128.375	27,3%
2002	2.311.266	8.505.040	25,5%	143.455	27,2%
2003	2.445.892	8.743.065	26,1%	160.859	28,0%
2004	2.627.658	9.226.511	26,6%	176.517	28,5%
2005	2.629.231	9.427.219	25,8%	200.361	27,9%
2006	2.796.842	9.627.269	26,7%	231.002	29,1%
2007	3.018.272	9.827.522	28,1%	253.001	30,7%
2008	3.066.598	10.027.644	28,2%	235.186	30,6%
2009	3.131.733	10.227.299	28,3%	240.680	30,6%
2010	3.617.293	10.426.154	32,6%	220.214	34,7%

Fuente: elaboración propia en base a datos de INASES (2008, 2010 y 2011) e INE (2001 y 2005)

Bibliografía

- **Asamblea Constituyente y Honorable Congreso Nacional (2009)**, *Constitución Política del Estado*, texto aprobado en el Referéndum Constituyente de Enero de 2009, texto oficial, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Audibert M. y Mathonnat J. (2006)**, *Financement de la santé* (versión preliminar), cours de Master en Economie de la Santé dans les Pays en Développement et en Transition, CERDI.
- **Capra Jemio J.C. (1998)**, *Módulo Evolución, evaluación y perspectivas de la Seguridad Social en Bolivia*, La Paz, mayo 1998, citado en: Mendizábal Lozano G. (2002), *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*.
- **Carrin G. y James C. (2004)**, *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*, Discussion Paper N°2 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP), WHO, Geneva, disponible en www.who.int.
- **Carrin G., James C. y Evans D. (2005)**, *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*, WHO, Department of Health Systems Financing, Technical Briefs for policy-makers N°1, disponible en www.who.int.
- **Dupuy J. (2011)**, *Factores claves y Marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud*, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, no publicado.
- **EABolivia (2010)**, *Más de un millón estudiantes se benefició con prestaciones en la ciudad de El Alto*, EABolivia, 11 de enero de 2010, disponible en www.eabolivia.com.
- **El Diario (2007)**, *Beni estrenó Seguro de Salud Autónomo*, El Diario 12 de abril de 2007, La Paz, Bolivia, disponible en saludpublica.bvsp.org.bo.
- **Federación de Asociaciones Municipales de Bolivia FAM (2009)**, *Programas sociales locales son replicados a nivel nacional*, 30 de abril de 2009, disponible en www.fam.bo.
- **Galindo Soza M. (2010)**, *El progreso invisible - el Seguro Universal Materno Infantil*, Ediciones Fundación Milenio, La Paz, Bolivia.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (1956)**, *Código de Seguridad Social*, Ley de 14 de Diciembre de 1956, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (1987)**, *Ley N° 967 o Ley Financial*, Ley de 15 de Abril de 1987, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (1994)**, *Ley N° 1551 o Ley de Participación Popular*, Ley del 20 De Abril De 1994, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (1995)**, *Ley N° 1654 o Ley de Descentralización Administrativa*, Ley del 28 de Julio de 1995, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (1998)**, *Ley N° 1886 o Ley de régimen de descuentos y privilegios en beneficio de los ciudadanos bolivianos de 60 o más años*, Ley del 14 de Agosto de 1998, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (2002)**, *Ley N° 2426 o Ley del Seguro Universal Materno Infantil*, Ley del 21 de Nov. de 2002, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (2005)**, *Ley N° 3058 o Ley de Hidrocarburos*, Ley del 17 de Mayo de 2005, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.

- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (2006)**, *Ley N° 3323 o Ley del Seguro de Salud para el Adulto Mayor*, Ley del 16 de Enero de 2006, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Honorable Congreso Nacional de Bolivia (2007)**, *Ley N° 3791 o Ley de la Renta Universal de Vejez (Renta Dignidad)*, Ley del 28 de Noviembre de 2007, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2000)**, *Encuesta Continua de Hogares 1999 ECH MECOVI*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2001a)**, *Población por Censos según Departamento, Área Geográfica y Sexo, Censos de 1950-1976-1992-2001*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2001b)**, *Encuesta Continua de Hogares ECH MECOVI 2000*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2002a)**, *Informe Técnico del Diseño de la Muestra Maestra de Hogares*, Fernando Rivero y Fernando Mollinedo, INE, disponible en www.eclac.cl.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2002b)**, *Encuesta de Hogares Programa MECOVI 2001*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2005a)**, *proyecciones generales de la Población boliviana 2005-2010*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2005b)**, *Población Femenina, en Edad Fértil Proyectada y Estimaciones de Embarazos, Partos, Abortos y Nacimientos, según Departamento, Provincia y Sección de Provincia – Municipio, 2010*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2005c)**, *Encuesta Continua de Hogares 2003-2004*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2006)**, *Encuesta de Hogares 2005*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2007)**, *Encuesta de Hogares 2006*.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2008)**, *Encuesta de Hogares 2007*.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2010)**, *Población Matriculada en la Universidad Pública y Privada, según tipo de Matrícula y Departamento*, Registro de Universidades del Sistema Boliviano, INE, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2011a)**, *Encuesta de Hogares 2008*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2011b)**, *Encuesta de Hogares 2009*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES (2009)**, *Anuarios estadísticos 2008*.
- **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES (2010)**, *Anuario bioestadístico 2009*, disponible en www.inases.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES (2011)**, *Anuario bioestadístico 2010*.
- **Mendizábal Lozano G. (2002)**, *Historia de la Salud Pública en Bolivia: de las juntas de sanidad a los directorios locales de salud*, disponible en www.ops.org.bo.
- **Mills A. (2007)**, *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, disponible en www.who.int.

- **Mora G. (1986)**, Discurso de Inauguración del Programa de Parto Gratuito, Dr. Gustavo Mora, Representante de la OPS en Bolivia, 17 de abril de 1986, disponible en saludpublica.bvsp.org.bo.
- **Ministerio de Educación (2010)**, *Cobertura neta por nivel de educación y sexo, según municipio*, fuente SIE – INE, disponible en www.minedu.gob.bo.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD (2010)**, *Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020: Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*, Dirección y coordinación: MSc. Julien Dupuy - Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, disponible en www.sns.gob.bo.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD (2011)**, *Implementación del SSPAM según Departamentos y Municipios, gestiones 2009 y 2010*, unidad de Seguros Públicos de Salud – Dirección General de Seguros de Salud, Ministerio de Salud y Deportes.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD e instituto nacional de Estadísticas INE (2011)**, *Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2008*.
- **Murray C.J.L. y Frenk J. (2000)**, *A framework for assessing the performance of health systems*, Bulletin of the World Health Organization, 2000, 78 (6), disponible en www.who.int.
- **Organización Mundial de la Salud OMS (2000)**, *Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*, OMS, Ginebra, disponible en www.who.int.
- **Organización Mundial de la Salud OMS (2005)**, *Resolución WHA 58.33, Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*, 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005, disponible en www.who.int.
- **Presidente Constitucional de la República Hernán Siles Suazo (1959)**, *Decreto Supremo N° 5315, Reglamento al Código de Seguridad Social*, 30 de septiembre de 1959, disponible en www.lexivox.org.
- **Prefectura del Departamento de Tarija (2008)**, *Paquetes y prestaciones del Seguro Universal de Salud Autónomo del Departamento de Tarija, 2da Edición*, Secretaria Departamental de Desarrollo Humano, Enero 2008, Tarija – Bolivia.
- **Presidente Constitucional de la República Víctor Paz Estenssoro (1985)**, *Decreto Supremo N° 21060*, 29 de agosto de 1985, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Presidente Constitucional de la República Gonzalo Sánchez De Lozada (1996)**, *Decreto Supremo N° 24303*, 24 de mayo de 1996, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Presidente Constitucional de la República Eduardo Rodríguez Veltze (2005)**, *Decreto Supremo N° 28421*, 21 de octubre de 2005, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Presidente Constitucional de la República Evo Morales Ayma (2006a)**, *Decreto Supremo N° 28748*, 20 de junio de 2006, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Presidente Constitucional de la República Evo Morales Ayma (2006b)**, *Decreto Supremo N° 28968*, 13 de diciembre de 2006, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Presidente de la República Hugo Banzer Suarez (1975)**, *Reformas al Sistema Boliviano de Seguridad Social, DL N° 13214*, 24 de diciembre de 1975, disponible en www.lexivox.org.
- **Presidente de la República Hugo Banzer Suarez (1998)**, *Decreto Supremo N° 25265*, 31 de diciembre de 1998, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Secretaría de Salud de México (2003)**, *Salud: México 2002, Información para la rendición de cuentas*, Segunda edición, Dirección General de Información y Evaluación del Desempeño, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, disponible en www.salud.gob.mx.
- **Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (2007)**, *El Mercado de Seguros*, disponible en www.aps.gob.bo.

- **Superintendencia de Pensiones, Valores y Seguros (2009)**, *Anuario Estadístico 2009*, disponible en www.aps.gob.bo.
- **Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE y Organización Panamericana de la Salud OPS (2004)**, *Caracterización de la Exclusión social en Salud en Bolivia*, disponible en www.paho.org.
- **Valdés W. y Peñaloza R. (2010)**, *Cuentas Nacionales de Salud en Bolivia, Gasto en salud 2007 – otros seguros*, Ministerio de Salud y Deportes y UDAPE, no publicado.

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**