

*ARTÍCULO DE ANÁLISIS INSTITUCIONAL***OBSTÁCULOS Y DESAFÍOS PARA LA SALUD EN BOLIVIA****OBSTACLES AND CHALLENGES TO HEALTH IN  
BOLIVIA**Gustavo Róger Gómez Suárez <sup>ω</sup>

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA GABRIEL RENE MORENO

- **RESUMEN:** En el marco de la problemática de salud en Bolivia, un 30% de la población no tiene ningún tipo de acceso, 30% acuden relativamente a Hospitales y Enfermerías, 10% al sector privado y sólo un 30% de la población se encuentra asegurada. Pese a los avances tecnológicos y socioeconómicos en Bolivia, la salud no ha logrado aún superar la crisis y sus enormes debilidades en materia de atención al paciente, la exclusión de las clases sociales más deprimidas y la disminución de los índices de morbilidad. La atención de salud debe ser para todos en general sin distinción social, económica o religiosa. Se debe atender de manera eficaz, equitativa y cortés considerando el disminuido estado de ánimo de los pacientes producto de su enfermedad. Las causas por las cuales un individuo no puede acceder a los servicios de salud pueden atribuirse a variables exógenas al sistema de salud (dimensión externa) y a variables endógenas o de responsabilidad del sistema de salud (dimensión interna).
  
- **PALABRAS CLAVES:** Sistema de Salud, Servicios de Salud, Exclusión en Salud, Cobertura de Pacientes.

---

<sup>ω</sup> Correo electrónico: [gomez.roger@gmail.com](mailto:gomez.roger@gmail.com).

- **ABSTRACT:** As part of the health problems in Bolivia, 30% of the population has no access, 30% relatively flock to hospitals and infirmaries, 10% to the private sector and only 30% of the population is insured. Despite technological and socio-economic developments in Bolivia, health has not yet managed to overcome the crisis and its enormous weaknesses in patient care, the exclusion of the most deprived social classes and decreased morbidity and mortality rates. Health care should be for all general without social, economic or religious distinction. Attention should be efficient, fair and courteous manner considering the decreased mood of the product of his disease patients. The reasons why an individual cannot access health services can be attributed to exogenous to the health system (external dimension) and to endogenous or responsibility of the health system (internal dimension) variables.
- **KEYWORDS:** Health System, Health Services, Exclusion Health, Coverage of Patients.
- **JEL-CLASSIFICATION:** I12, I14, I18.
- Recepción: 01/03/2016 Aceptación: 07/05/2016

## INTRODUCCIÓN

Quejas y protestas se registran a diario acerca de la falta de atención de los centros de salud a la población, sobre todo en aquella de bajos recursos económicos. El problema de la salud en Bolivia se viene arrastrando desde hace alrededor de 30 años, con la diferencia que actualmente a nivel de equipamiento y tecnología, algunos centros de salud se han dotado de mayor infraestructura (CNSS) pero sin solucionar las demandas de una mejor atención, por parte de la población.

En materia de servicios, en la década de los 80's se introdujeron una serie de mejoras en los servicios de atención en salud, como la atención primaria y los sistemas de referencia y contra-referencia, que formaron parte de las estrategias de desarrollo en pro de la optimización de los servicios de salud a nivel nacional<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> RUIZ MIER Fernando (KPMG). La descentralización de los servicios de salud en Bolivia. La Paz. Bolivia. 2000.

Incluso se llegó a plantear una Ley de descentralización administrativa que implicaba principalmente descentralizar atribuciones y recursos financieros a cada hospital para mejorar los sistemas de salud<sup>2</sup>.

Sin embargo, cambios de estrategias por efectos de cambios en las autoridades y funcionarios no preparados para ello, además de la falta de recursos y la no descentralización de los mismos, contribuyeron al fracaso de estas propuestas, con graves consecuencias para el ciudadano que se vio afectado por la mala atención.

Es así como el Estado ha venido incumpliendo con las obligaciones que le impone la Constitución, violando de esta manera, por omisión, de manera sistemática y permanente el derecho a la salud, ya que la mayoría de los bolivianos y bolivianas, salvo los que cuentan con suficientes recursos económicos, no pueden ejercer efectivamente su derecho a la salud, por la falta de acceso gratuito a estos servicios públicos o, si logran hacerlo, no reciben un servicio eficiente y oportuno.

## **1. REVISION DE LA LITERATURA**

### *CONCEPTUALIZACION DE LA SALUD*

La OMS, define a la salud como un “completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedades”<sup>3</sup>.

Desde este punto de vista, el problema de salud ha dejado de ser individual y se ha convertido en un problema social público en el que es necesaria la intervención de las autoridades gubernamentales, buscando la solidaridad para resolver los problemas que cada día son mayores y más complejos.

---

<sup>2</sup> CONGRESO NACIONAL. Ley 1654. Ley de Descentralización Administrativa. La Paz, Bolivia. 1995.

<sup>3</sup> OPS/OMS. “Resolución CSP26.19 “Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”. Washington DC., Septiembre 2012.

La demanda de la población no es únicamente la atención para curarse de las enfermedades, lo que se busca, no solo ahora, sino desde hace mucho tiempo atrás, es la medicina preventiva e integral, donde la atención primaria cumple un papel fundamental y minimiza costos al alcance de todo bolsillo.

## 2. RESULTADOS DEL ANALISIS DE LOS DATOS

### *LA EXCLUSION COMO IMPOSIBILIDAD DE ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD*

La exclusión en salud se entiende como la imposibilidad de un individuo de acceder a la atención en salud de manera adecuada, a través de uno o más de los tres subsistemas: seguridad social, el público o el privado.

Las causas por las cuales un individuo no puede acceder a los servicios de salud pueden atribuirse a variables exógenas al sistema de salud (dimensión externa) y a variables endógenas o de responsabilidad del sistema de salud (dimensión interna).

La incidencia de la exclusión en Bolivia a nivel nacional alcanza a 70%. La apertura del índice global de exclusión, según dimensiones, muestra que la dimensión externa contribuye en un 60% a explicar la exclusión en salud, mientras que la dimensión interna contribuye en un 40%<sup>4</sup>.

En la dimensión externa, los servicios indirectos son los que aportan más a explicar los procesos de exclusión Bolivia. Las barreras económico-financieras asociadas el fenómeno de pobreza son importantes en explicar la exclusión en salud, así como el gasto de bolsillo que sigue siendo un

---

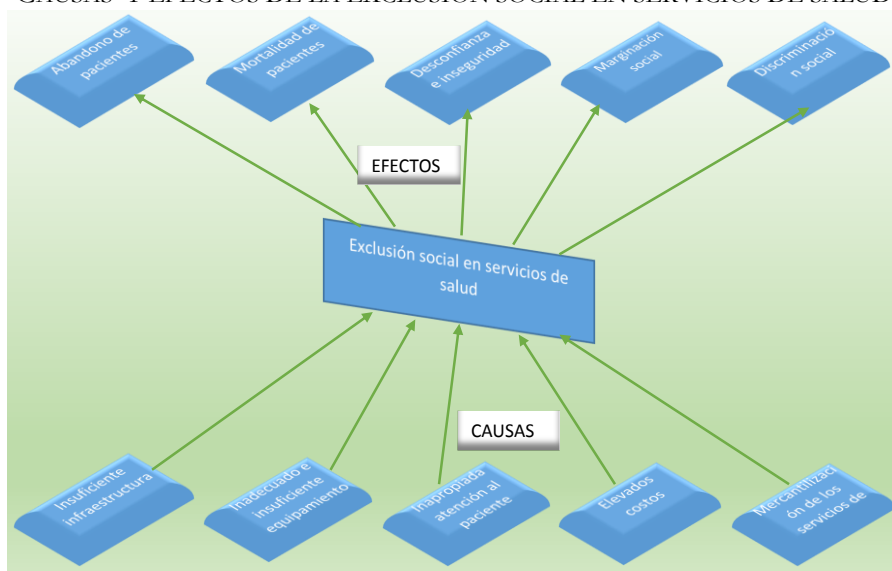
<sup>4</sup> OPS/OMS. "Resolución CSP26.19 "Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo". Washington DC., Septiembre 2012.

elemento importante en el financiamiento del sector salud (representa el 28% del gasto total en salud), el gasto catastrófico (gasto del hogar en salud superior al 10% del gasto total) se concentra en la población en extrema pobreza, señalando que el sistema de salud aún tiene mucho camino que recorrer para proteger financieramente a los indigentes.

Pese a que en los últimos años se han incrementado los recursos para el sector salud, mediante la asignación de recursos HIPC, aún la ejecución de los mismos es baja, por lo que se debe implementar una estrategia para efectivizar su uso y contribuir a disminuir la exclusión en salud.

El gráfico siguiente da un panorama general y amplio de las causas por las cuales se produce la exclusión

GRÁFICO 1  
CAUSAS Y EFECTOS DE LA EXCLUSIÓN SOCIAL EN SERVICIOS DE SALUD



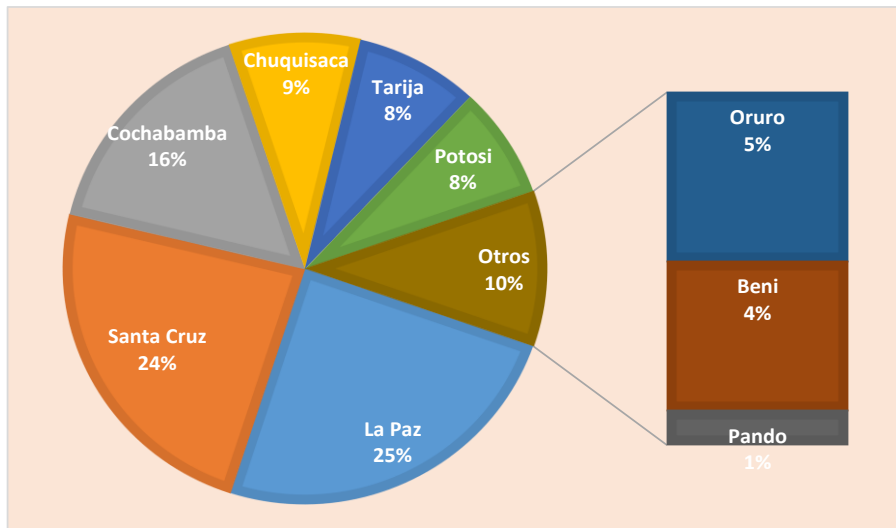
FUENTE: *Elaboración propia en base a datos de la OPS/OMS. 2015*

COBERTURA DE PACIENTES EN CONSULTA EXTERNA

Según una investigación realizada, en Bolivia se realizan alrededor de 16 millones de consultas externas al año con preponderancia del género femenino y las cuales han venido teniendo un crecimiento constante en los últimos años.

De ese total de consultas externas, el 24.66% se encuentra en el departamento de La Paz, un 23.75% en Santa Cruz, 16.20% en Cochabamba y 8.77% en Sucre<sup>5</sup>.

GRAFICO 2  
COBERTURA DE CONSULTA EXTERNA POR DEPARTAMENTO.  
GESTIÓN 2015



FUENTE: *Elaboración propia con datos publicados por Daniela Espinoza del Observatorio La paz, sobre Datos de SNIS. 2015*

<sup>5</sup> ESPINOZA, Daniela. INASES. Observatorio La paz. La Paz, Bolivia 2015

## **CONCLUSIONES**

Mediante los datos abordados se observa una cobertura insatisfecha en la salud en Bolivia, si se tiene en cuenta que la población actual, por ejemplo en Santa Cruz, según el último censo llega a ser de 2.776.244 habitantes, la demanda en relación a la cobertura actual no es más de 1%<sup>6</sup>.

Si se considera que el porcentaje de enfermedad se encuentra alrededor de un 20%, al mismo tiempo de abordar vectores epidemiológicos, el dato señalado se duplicaría aún.

Significa entonces que el déficit en salud se encuentra alrededor de un 39%, situación que es absolutamente perceptible por la falta de camas en hospitales y fichas de atención médica, colapsando de esta manera la infraestructura hospitalaria incluidos seguros, sobre todo en determinadas especialidades médicas.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS**

Álvarez Sintés R, Fernández Sacasas JA, Toledo Curbelo GJ, Margarita Toledo A, Quesada Rodríguez M, Salas Salazar OJ [et al.] Introducción a la tecnología de la salud. La Habana: Cuba. ISC-H, 2003:2-4.

Aplicaciones de las Tecnologías de la Información. Disponible en: [http://www.apuntes.rincondelvago.com/telemedicina\\_1.html](http://www.apuntes.rincondelvago.com/telemedicina_1.html).

CNS. Informe de gestión 2015. Santa Cruz, Bolivia.

CONGRESO NACIONAL. Ley 1654. Ley de Descentralización Administrativa. La Paz, Bolivia. 1995.

Espinoza, Daniela. INASES. Observatorio La paz. La Paz, Bolivia 2015.

---

<sup>6</sup> INE. Censo 2012. La Paz, Bolivia. 2015

GARCIA ROCHIN, Ramón. Secretaria de Salud del Estado. Electrónica Medica y laboratorio. México D.F. México 2014.

INE. Censo 2012. La Paz, Bolivia. 2015

Lázaro y Mercado PL. Desarrollo, innovación y evaluación de la tecnología médica. En: Sociedad Española de Salud Pública. La Salud Pública y el Futuro Estado de Bienestar. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, España, 2008:345-373.

OPS/OMS. “Resolución CSP26.19 “Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”. Washington DC., Septiembre 2012.

OPS/OMS. “Resolución CSP26.19 *“Ampliación de la Protección Social en materia de Salud: Iniciativa Conjunta de la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Internacional del Trabajo”*”. Washington DC., Septiembre 2012.

Peters, C. Brooks, "Talks On 'See-Phone': Television Applied to German Telephones Enables Speakers to See Each Other...", The New York Times, September 18, 2008.

RUIZ MIER Fernando (KPMG). La descentralización de los servicios de salud en Bolivia. La Paz. Bolivia. 2000akers to See Each Other...", The New York Times, September 18, 2008.