



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDAD Y POLITICA  
(ILAESP)**

**CIENCIAS ECONOMICAS –  
ECONOMIA INTEGRACION Y  
DESARROLLO**

**RELACION ENTRE SALUD, CRECIMIENTO Y DESARROLLO ECONOMICO EN  
BOLIVIA**

**RENE TITO CHURA**

Foz do Iguaçu  
2015

**INSTITUTO LATINO-AMERICANO  
DE ECONOMIA, SOCIEDAD Y  
POLITICA (ILAESP)**

**CIENCIAS ECONOMICAS –  
ECONOMIA INTEGRACION Y  
DESARROLLO**

**RELACION ENTRE SALUD, CRECIMIENTO ECONOMICO Y DESARROLLO EN  
BOLIVIA**

**RENE TITO CHURA**

Trabajo de conclusión de curso presentado en La carrera de Ciencias Económicas- Economía, Integración y Desarrollo, del Instituto Latino Americano de Economía, Sociedad y Política, de la Universidad Federal de Integración Latino Americana, como requisito parcial para la obtención del título de graduado en Ciencias Económicas –Economía, Integración y Desarrollo.

Orientador: Prof. Gilson Batista de Oliveira

Foz do Iguaçu  
2015

RENE TITO CHURA

**RELACION ENTRE SALUD, CRECIMIENTO ECONOMICO Y DESARROLLO EN  
BOLIVIA**

Trabajo de conclusión de curso presentado en La carrera de Ciencias Económicas- Economía, Integración y Desarrollo, del Instituto Latino Americano de Economía, Sociedad y Política, de la Universidad Federal de Integración Latino Americana, como requisito parcial para la obtención del título de graduado en Ciencias Económicas –Economía, Integración y Desarrollo.

**BANCA EXAMINADORA**

Orientador: Prof. Dr. Gilson Batista de Oliveira  
UNILA

Prof. Dr. Exzolvildres Queiroz Neto  
UNILA

Prof. Me. Geisiane Michelle Zanquetta de Pintor  
UNILA

Foz do Iguaçu, 10 de Diciembre de 2015.

TITO, Rene Chura. **RELACION ENTRE SALUD, CRECIMIENTO ECONOMICO Y DESARROLLO EN BOLIVIA**. 2015. 56 p. Trabajo de Conclusión de Curso (Graduación en Ciencias Económicas – Economía, Integración y Desarrollo) - Universidad Federal de Integración Latino Americana, Foz do Iguacu, 2015.

## RESUMEN

Este trabajo estudia la relación entre nivel de salud, crecimiento y desarrollo económico en Bolivia en el periodo 2000-2010. La cuestión que se quiere responder es: cuál es esa relación entre salud, crecimiento y desarrollo económico? Utilizando para el desarrollo del trabajo los preceptos de un estudio exploratorio, por medio de una revisión bibliográfica que aportara y contribuirá a ampliar el conocimiento en el área de economía y salud. En estos últimos años Bolivia tuvo un crecimiento económico a un ritmo que no lo tuvo desde hace décadas de forma continua y creciente, pero este crecimiento no debería traducirse simplemente en el crecimiento del volumen de riqueza, si no en la mejora de la calidad de vida de su población. En lo referente de los impactos de la salud sobre el crecimiento económico, las políticas de salud parecen desconocer la importancia de la inversión en la salud pública ya que los gastos estatales en salud en porcentaje del gasto público total muestra una disminución para los años 2003-2010, de 10,9% en 2005 para 8,4 en 2010, lo que evidencia una baja priorización de la salud con respecto a los demás gastos. En lo que respecta al desarrollo sin duda hubo avances importantes como la desconcentración de renta, la disminución del desempleo, la reducción de la pobreza y la leve mejora del IDH, sin embargo aún existen problemas profundos, estructurales e históricos por resolver. Los indicadores de salud a pesar de mostrar una mejora relativa, esta no se compara con los demás indicadores de desarrollo como la educación y seguridad social, pese a los robustos recursos que Bolivia tiene desde 2006. La calidad de vida de los bolivianos y el acceso adecuado a los servicios de salud deberían ser la prioridad de las políticas públicas y que estos avancen hacia el desarrollo.

**Palabras Clave:** Salud, Economía, Crecimiento Económico, Desarrollo Económico, Bolivia.

TITO, Rene Chura. **RELACAO ENTRE SAUDE, CRESCIMENTO ECONOMICO E DESENVOLVIMENTO NA BOLIVIA**. 2015. 56 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Economia - Economia, Integração e Desenvolvimento) - Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2015.

## RESUMO

Este artigo estuda a relação entre o estado de saúde, o crescimento e desenvolvimento econômico na Bolívia em 2000-2010. A pergunta que queremos responder é: qual é a relação entre a saúde, o crescimento econômico e desenvolvimento? Usando no trabalho, o desenvolvimento dos preceitos de um estudo exploratório, através de uma revisão da literatura para fornecer e ajudar a expandir o conhecimento no campo da economia e da saúde. Nos últimos anos, a Bolívia teve um crescimento econômico a uma taxa que não tinha há décadas atrás de forma contínua e crescente, mas este crescimento não deve simplesmente resultar em crescimento de volume de riqueza, se não em melhorar a qualidade de vida de sua população. Em termos de impactos na saúde sobre o crescimento econômico, as políticas de saúde parecem ignorar a importância do investimento em saúde pública e que os gastos do Estado em saúde em percentagem da despesa pública total mostra uma diminuição para os anos 2003- 2010, 10,9% em 2005 para 8.4 na de 2010, o que mostra uma baixa prioridade de saúde com respeito a outras despesas. No que diz respeito ao desenvolvimento certamente foram avanços importantes como a desconcentração de renda, diminuição do desemprego, redução da pobreza e da ligeira melhoria no IDH, mas ainda há problemas estruturais e históricas profundas por resolver. Os indicadores de saúde apesar de mostrarem uma relativa melhoria, isto não se compara com os outros indicadores de desenvolvimento, como a educação e segurança social, apesar dos recursos robustos de que a Bolívia tem desde 2006. A qualidade de vida dos bolivianos e o acesso direito aos serviços de saúde deveriam ser a prioridade das políticas públicas e que eles esteiam direcionadas ao desenvolvimento.

**Palavras – Chave:** Saúde, Economia, Crescimento Económico, Desenvolvimento Económico, Bolívia.

## LISTA DE TABLAS

Tabla 1 – Gastos en seguridad social en el mundo con porcentajes del producto bruto nacional.....	22
Tabla 2 – Leyes, Decretos supremos y Normas del sector salud 1994-2006.....	32
Tabla 3 – Tasa de mortalidad infantil de la niñez y neonatal (y variaciones) 1994-2008.....	40
Tabla 4 – Mortalidad infantil en América Latina 1980-1985 a 2005-2010 (tasa por 1.000 nacidos vivos).....	40
Tabla 5 – Mortalidad materna en países seleccionados de América Latina (tasa por 100.000 nacidos vivos) 1990-2005.....	42
Tabla 6 – Esperanza de vida al nacer de ambos sexos, estimada por países, periodos y años seleccionados, 1950-2010.....	43
Tabla 7 – Indicadores de concentración de ingreso, Bolivia, 1990-2012.....	45
Tabla 8 – Gasto social de la administración central, Bolivia, 2005-2011(en millones de Bs.).....	47

## LISTA DE GRAFICOS

Grafico 1 – Gasto total en salud en valor nominal y real, Bolivia, 2003-2010 (en millones de Bs.).....	35
Grafico 2 – Tasa de crecimiento nominal acumulada (desde 2005) del gasto estatal en salud y el resto del gasto público, Bolivia, 2005-2010.....	37
Grafico 3 –Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos) 1989-2008, por área geográfica.....	39
Grafico 4 – Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos), 1989-2008.....	41
Grafico 5 – Partos asistidos por personal de salud calificado, por área geográfica, 1989-2008.....	42
Grafico 6 – Variación anual del índice de Gini en países seleccionados de América Latina, 2002-2008 y 2008-2012. (En porcentaje).....	45
Grafico 7 – Evolución del Índice de Desarrollo Humano (IDH), Bolivia, 1980-2012.....	46
Grafico 8 – Composición del Índice de Desarrollo Humano (IDH), Bolivia, 2012.....	47
Grafico 9 – Incidencia de la pobreza moderada y extrema, Bolivia, 2000-2011 (en porcentaje).....	48
Grafico 10 – Tasa de desempleo urbano, Bolivia, 2000-2011 (en porcentaje).....	49

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – América Latina y el Caribe: Porcentaje que accede a servicios de salud pública, 2014.....	23
Figura 2 – Cobertura del sector público de salud, Bolivia, (2001 y 2009).....	33
Figura 3 – Evolución de la estructura de gasto en salud por fuente de financiamiento, Bolivia, comparación (2003-2010).....	38



## SUMARIO

1	<b>INTRODUCCION</b> .....	10
2	<b>SALUD Y ECONOMIA: UNA REVISION</b> .....	12
2.1	<b>SALUD Y CRECIMIENTO ECONOMICO</b> .....	12
2.1.1	Concepto de Crecimiento Económico .....	13
2.1.2	Relación entre Salud y Crecimiento Económico .....	13
2.2	<b>SALUD Y DESARROLLO ECONOMICO</b> .....	16
2.2.1	Concepto y características de Desarrollo Económico .....	16
2.2.2	Relación entre sistema de salud y desarrollo económico .....	16
3	<b>SALUD, CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN BOLIVA</b> .....	25
3.1	<b>SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA</b> .....	25
3.1.1	Aspectos Históricos .....	25
3.1.2	Gasto y Financiamiento en Salud .....	34
3.1.3	Algunos Indicadores Críticos de Salud .....	39
3.1.3.1	<i>Tasa de mortalidad infantil</i> .....	39
3.1.3.2	<i>Tasa de Mortalidad Materna</i> .....	41
3.1.3.3	<i>Esperanza de vida al nacer</i> .....	43
3.2	<b>PERFIL DEL DESARROLLO SOCIAL</b> .....	44
4	<b>CONCLUSION</b> .....	51
	<b>REFERENCIAS</b> .....	53

## **1 INTRODUCCION**

Este trabajo estudia la relación entre el nivel de salud, crecimiento y desarrollo económico en Bolivia en el periodo 2000- 2010. En el amplio debate sobre la relación entre salud, crecimiento y desarrollo, por lo menos existen tres magnitudes: La primera es la clásica distinción entre crecimiento económico y desarrollo, en la cual el crecimiento del Producto Interno Bruto (PIB) significa crecimiento de la actividad económica, es decir crece el volumen de riqueza de un país, pero si no mejoran el niveles de salud y condiciones de vida de la población, el país no se puede desarrollar, para esto es necesario unir las estrategias de desarrollo con las políticas sociales. La segunda, es sobre el impacto de las condiciones de salud sobre el crecimiento económico, el cual fue demostrado por Amartya Sen en su libro Desarrollo como libertad, en el cual se demuestra que invertir en salud, educación y seguridad social tiene un efecto positivo sobre el crecimiento económico. La tercera se trata de la relación entre salud y desarrollo, referente a la prestación de servicios de salud que garantice la salud de la población, independiente del modelo de sociedad y del modelo de desarrollo cuyo fin sea el bien estar social, citando el ejemplo de Chile y Cuba, cuyos indicadores son considerados los mejores de América Latina.

Sobre el método, para el desarrollo del trabajo se seguirá los preceptos de un estudio exploratorio, por medio de una revisión bibliográfica, que, según Gil (2008), es desarrollado a partir de material ya elaborado, libros y artículos científicos.

Por lo que la elaboración de esta investigación aportara y contribuirá a ampliar el conocimiento en el área de economía y el sistema de salud, ya que en los archivos de Bolivia no cuentan con mucho material al respecto.

En ese sentido hemos dividido el trabajo en cuatro partes, siendo que el primero será la introducción, seguido del segundo capítulo que estará enfocado a la revisión bibliográfica como aporte teórico metodológico, y este a su vez estará dividido en tres subtítulos. El primero subtítulo abordara el concepto de crecimiento económico seguido de su relación ya sea directa o indirecta con la salud. El segundo subtítulo presenta el concepto y las principales características de lo que es el desarrollo económico y posteriormente su relación con la salud. En el tercer subtítulo se dará a conocer de forma sucinta los niveles de salud y desarrollo en los países latinoamericanos y del mundo. El tercer capítulo nos da las herramientas necesarias para poder identificar cual es la relación entre salud, crecimiento y desarrollo en Bolivia, teniendo

en cuenta diferentes indicadores e índices para llevarlo a cabo. Para esto se ha dividido el capítulo tres en dos subtítulos, el primero estará enfocado en estudiar la salud pública en Bolivia desde la creación del primer ministerio de salud en 1938 y seguirá una pauta cronológica de las principales reformas, planes y/o acciones en temas de salud. Posteriormente se dará a conocer el monto del gasto en salud que es realizado por el sector público con el propósito de mejorar, mantener y prevenir el deterioro del estado de salud de la población, así también como su financiamiento. Para constatar la eficiencia del gasto se analizará si verdaderamente existen desempeños positivos en materia de salud, explorando tres indicadores de salud: la tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida al nacer. En el segundo subtítulo se realizará un análisis del desarrollo social, teniendo en cuenta el Índice de Desarrollo Humano (IDH), cuyos determinantes (crecimiento económico, educación, salud), también indicadores como concentración de ingreso, gasto social, pobreza y desempleo, que nos ayudara a tener un panorama general del grado de desarrollo de Bolivia, y finalmente las conclusiones.

## 2 SALUD Y ECONOMIA: UNA REVISION

Economía y salud están enlazadas de varias formas, pero solo a partir de la década de los 70 las ciencias económicas comienzan a ser parte de la especialización en el sistema de servicios de salud (DEL NERO 2002). Considerando que los modernos sistemas de salud son el resultado de interacciones complejas de procesos económicos, políticos y sociales, diversos autores han intentado construir modelos en los que la salud pueda incorporarse a los modelos de crecimiento económico, juntamente con cambios de la estructura productiva y mejoría de las condiciones de vida de la población.

Los trabajos de economía de la salud buscan relacionar factores socioeconómicos e indicadores de salud como por ejemplo, renta y mortalidad infantil: cuanto menor la renta, mayor la mortalidad infantil. O la tuberculosis disminuye con la urbanización, indicando una asociación estadística positiva entre mejoría de servicios públicos y la reducción de casos de tuberculosis (DEL NERO, 2002)

Mais uma questão importante e controversa: serão os serviços de saúde providos pelo setor público ou pela iniciativa privada? A busca por uma solução muitas vezes ignora a forma como essa provisão de serviços será financiada. Há a corrente que defende a provisão de serviços pelo Estado, com um sistema de saúde nacionalizado, a exemplo do existente no Reino Unido desde a década de 40. Por outro lado, há os que defendem a livre competição entre prestadores e fornecedores de bens e serviços de saúde, conferindo às forças do mercado o poder de controlar as relações entre os agentes envolvidos. Entre essas duas posições opostas, existem outras aproximações e correntes, tornando a controversia "sistema público ou sistema privado" um dos assuntos mais discutidos por especialistas da área. Como resultado dessas discussões, surgem múltiplas formas de combinação de recursos públicos e privados que estão sendo testadas e implementadas em grande escala. (DEL NERO, 2002, p. 8)

En la década de los 90 los servicios de salud público se ven debilitados, notándose una gran ausencia para el sector público de la salud. Y por su puesto un claro aumento de las privatizaciones de la salud, debido a temas como eficiencia y eficacia.

En ese sentido Del Nero (2002, p.20) define a la economía de la salud como “[...] la aplicación del conocimiento económico como elemento administrativo de los servicios de salud, o la optimización en lo que se refiere a distribución de recursos disponibles para una mejor asistencia sanitaria y una mejora en el estado de salud de la población”.

### 2.1 SALUD Y CRECIMIENTO ECONOMICO

En esta parte del capítulo se desarrollara el concepto de crecimiento económico seguido de su relación ya sea directa o indirecta con la salud.

### 2.1.1 Concepto de Crecimiento Económico

Los términos de crecimiento y desarrollo económico muchas veces se confunden, o se tratan como si fueran sinónimos. En ese sentido cabe resaltar el concepto de crecimiento económico.

Según Oliveira (2002, p. 41) “[...] na procura pelo crescimento sempre está presente o sentimento de que o bom é quando se tem mais, não importando a qualidade desse acréscimo”. En ese sentido crecimiento es un proceso de cambio de carácter cuantitativo, de dimensión o cantidad, como por ejemplo, un aumento de la capacidad productiva y de producción en una economía y en un determinado periodo de tiempo.

Normalmente es medido por la variación del PIB (Producto Interno Bruto) que es el agregado de todos los bienes y servicios producidos dentro de un país. Según Oliveira (2002, p. 41) “[...] o crescimento econômico, apesar de não ser condição suficiente para o desenvolvimento, é um requisito para superação da pobreza e para construção de um padrão digno de vida”.

### 2.1.2 Relación entre Salud y Crecimiento Económico

Los economistas como Grossman y Barro (1972 y 1996, apud OSPINA, 2010, p. 24) tuvieron el propósito de confirmar de manera empírica la relación entre la salud y el crecimiento. Propusieron y desarrollaron nuevos modelos desde la teoría del crecimiento endógeno<sup>1</sup>, y con un nuevo enfoque, en el sentido de concebir la salud en su doble función de consumo e inversión y considerar además que la salud es un importante determinante del ingreso y el crecimiento de un país.

Bloom y Canning (2000, apud AVILA, 2009) establecen cuatro funciones con las cuales el estado de salud puede incentivar el crecimiento económico:

- I. Productividad: una población saludable refleja mano de obra productiva, es decir a mayor nivel de salud menores posibilidades de contraer enfermedades.
- II. Educación: personas saludables invierten en desarrollar sus habilidades por medio de la educación (a largo plazo), y este incrementa la productividad y mejora sus ingresos.
- III. Inversión en capital físico: el incremento de la expectativa de vida motiva al individuo al ahorro futuro, el cual se traduce en inversión y fuente de desarrollo.

---

<sup>1</sup> De acuerdo con los autores, la teoría del crecimiento endógeno sostiene que el crecimiento económico es el resultado de factores endógenos y no así de fuerzas externas como propone la teoría neoclásica.

IV. Dividendo demográfico: la transición demográfica de altas a bajas tasas de mortalidad y fertilidad ha generado un incremento en las tasas de crecimiento.

Estos mecanismos son una muestra de cómo la mejoría en la salud puede incentivar el crecimiento del ingreso. La esperanza de vida es considerada un efecto directo de suma importancia para el crecimiento económico, al igual que los efectos indirectos a través de los cambios demográficos.

Por lo tanto, las mejoras en salud pueden ser vistas como una de los principales pilares de los logros económicos. También está la mala salud que puede retrasar la transición demográfica, es decir retrasar los cambios en las tasas de mortalidad y natalidad e impedir el crecimiento.

Según el Banco Mundial (1993) la mejora de la salud contribuye al crecimiento económico de cuatro formas: reduce las pérdidas de producción por enfermedad de los trabajadores; permite utilizar recursos naturales que debido a las enfermedades, no eran inaccesibles; aumenta la matrícula escolar de los niños y se liberan recursos para diferentes usos que de otro modo, serían necesarios para el tratamiento de enfermedades. Entonces, la salud y la capacidad para mejorarla están relacionadas con los ingresos económicos y la educación así como la modificación en la sociedad causada por estos factores.

Por otro lado, Prata (1994) considera que la concepción de que las enfermedades puedan ser una traba al crecimiento económico, no lleva en consideración que la pobreza es también el resultado de un desarrollo desigual. Por lo tanto, el crecimiento económico no es capaz de traer bien estar social por sí solo.

O caso do Titanic exemplifica o que acontece com as populações em nossa sociedade: as pessoas são “escolhidas” para morrer por estarem submetidas a um risco diferencial de mortalidade, relacionado com as condições ambientais do lugar onde vivem, com suas condições de trabalho, o seu status socioeconômico, educacional e com a distribuição desigual dos recursos à que têm acesso. Portanto estão posicionadas com acesso desigual ao “bote salva-vidas do convés social” (PRATA, 1994, p. 387).

Sen (2010) resalta que el aumento del PIB vuelve a un país más rico, pero si las condiciones de vida de las personas, incluyendo sus niveles de salud, no mejoran, el país no se vuelve desarrollado. Entonces, es evidente que el crecimiento del volumen de riqueza no es suficiente para producir bien estar social, ya que no hay una correspondencia entre crecimiento de la renta y mejoría de las condiciones de vida.

En este sentido para Viana y Elias (2007) la mejoría de las condiciones de salud de la población no depende solo del éxito de las políticas de salud, si no de la combinación entre

desarrollo económico y desarrollo social, y que estos concuerden con la economía de mercado, democracia y bien estar colectivo.

En el caso brasilero, Gadelha (2007) busca motivar el debate y contribuir dando fuerza al movimiento sanitario y dé una visión crítica sobre la perspectiva de la economía política, donde se cree que no es algo simple y cerrado, ya que es una cuestión compleja del punto de vista teórico.

Esta perspectiva, a um só tempo teórica e política, parte (e procura avançar) na concepção de que a saúde constitui uma condição de cidadania, sendo parte inerente do próprio conceito do desenvolvimento. Não há país que possa ser considerado como desenvolvido com a saúde precária. Nesta direção, não se torna necessário nenhum vínculo entre saúde e crescimento econômico para justificar as ações universalizantes e o gasto em saúde. Isto permite “limpar um pouco o terreno” para quem está discutindo a relação entre saúde, desenvolvimento e estrutura econômica, procurando superar falsos e perniciosos dilemas entre uma dimensão econômica restrita e uma visão ampla da saúde como um direito, que constitui uma premissa, inclusive ética, para pensar o desenvolvimento (GADELHA, 2007, p. 2).

Todavía, sigue el debate de la literatura económica neoclásica y la tradición más reciente sobre el tema salud y desarrollo, de los cuales Amartya Sen es uno de los propulsores, que impulsa el debate a otro nivel surgiendo así una gran cantidad de trabajos teóricos. La estadística y econometría incorporan a la salud en la función del crecimiento ya sea como capital humano, expectativa de vida, mortalidad infantil, entre otras (GADELHA 2007, p. 3)

Deaton (2006), da Universidade de Princeton, questiona a relação entre a taxa de crescimento econômico e as condições de saúde, utilizando a mortalidade infantil como indicador. Conclui que, na realidade, é a educação e o contexto institucional geral que determinam tanto a taxa de crescimento quanto as condições de saúde, não havendo uma relação direta entre ambas (DEATON, 2006, apud GADELHA, 2007, p.4).

Así también Acemoglu y Johnson (2006, apud GADELHA, 2007) no encontraron ni una evidencia de que un aumento de la expectativa de vida genere crecimiento de la renta per-cápita, ya que algunos países atrasados están con la salud mejor en términos relativos, pero en términos económicos la distancia entre países ricos y pobres se mantiene o se acentúa.

Es probable que muchos de estos países estén teniendo ayuda multilateral, con vacunas para las diferentes enfermedades, así consigan implementar algunos programas de atención básica, continúan siendo subdesarrollados.

Por otro lado, la relación entre salud y desarrollo se acaba reduciendo a una visión de salud básica, donde la salud es apoyada por ser un elemento de los derechos sociales o por generar un efecto indirecto sobre el crecimiento económico (GADELHA, 2007). O por ser

simplemente parte de lo social que implica mejores condiciones de vida de la mano de obra y crear un mejor ambiente para inversiones.

La salud como calidad de vida, como bien estar implica que este tenga una conexión con el desarrollo económico y lo que representa, y no este separada, como si fuera una parte exógena de discusión del desarrollo económico.

En esa misma perspectiva, la salud como condición de ciudadanía es parte inherente del propio concepto de desarrollo. “[...] No hay país que pueda ser considerado como desarrollado con una salud precaria” (GADELHA, 2007, p. 2).

## 2.2 SALUD Y DESARROLLO ECONOMICO

En esta parte del capítulo se abordara el concepto y las principales características de lo que es el desarrollo económico y posteriormente su relación con la salud.

### 2.2.1 Concepto y características de Desarrollo Económico

Según Oliveira (2002, p.38.), “O desenvolvimento, em qualquer concepção, deve resultar do crescimento econômico acompanhado de melhoria na qualidade de vida”. Lo que implica que la asignación de los diferentes recursos y el nivel de producto interno deben velar por la mejoría de los indicadores de bienestar tanto económico como social.

Entonces de un modo general, el desarrollo es un fenómeno complejo de cambios y transformaciones que cubre la estructura social, política y económica. “[...] Desenvolvimento nada mais é que o crescimento –incrementos positivos no produto e na renda – transformado para satisfazer as mais diversificadas necessidades do ser humano” (OLIVEIRA, 2002, p. 40).

### 2.2.2 Relación entre sistema de salud y desarrollo económico

Amartya Sen considera que hay una relación inseparable entre salud y desarrollo a partir de su relación con la propia libertad humana. Sen (2010) donde libertad es analizado como una forma de libertad global, donde las personas vivan como desearían. O sea, la mejora en salud de la población debe aceptarse más o menos universalmente como uno de los grandes objetivos del proceso de desarrollo.

Es necesario analizar con detalle los fines y los medios del desarrollo para una comprensión más clara del proceso, cuyo objetivo del desarrollo se relaciona a la evaluación de



las libertades reales disfrutadas por las personas. Estas capacidades individuales dependen crucialmente, entre otras cosas, de disposiciones económicas, sociales e políticas (SEN, 2010).

De esa forma, Amartya Sen apunta además a la industrialización, el progreso tecnológico y la modernización social, las disposiciones sociales e económicas, por ejemplo los servicios de educación y salud, los derechos civiles, etc.

Sen (2010, p. 58) también destaca cinco tipos distintos y correlacionados de libertad que merece énfasis en la perspectiva instrumental, como libertades políticas, facilidades económicas, oportunidades sociales, garantías de transparencia y seguridad protectora, en la concepción del autor:

- I. Libertades políticas: se refiere a las oportunidades que las personas tienen para determinar quién debe gobernar y con base en que principios, además de incluir la posibilidad de fiscalizar y criticar a las autoridades de tener libertad de expresión política.
- II. Facilidades económicas: son las oportunidades que los individuos tienen para utilizar recursos económicos con propósitos de consumo, producción o intercambio. Los derechos económicos de las personas dependerá de sus recursos disponibles, como de las condiciones de intercambio, precios relativos y el funcionamiento de los mercados.
- III. Oportunidades sociales: son las disposiciones que la sociedad establece en las áreas de salud, educación, etc., las cuales influyen a la libertad sustantiva, individual de vivir mejor. Esas facilidades son importantes no solo para la conducción de la vida privada<sup>2</sup>, sino también para una participación más efectiva en actividades económicas y políticas.
- IV. Las garantías de transparencia: se refiere a las necesidades de sinceridad que las personas pueden esperar, las garantías de transparencia como combate a la corrupción, irresponsabilidad financiera e transacciones ilícitas.
- V. Seguridad protectora: es necesaria para proporcionar una red de protección social, impidiendo que la población afectada sea reducida a la miseria, la hambre e incluso la muerte.

Estos tipos de libertad tienen la capacidad de ligarse unos a otros, contribuyendo con el aumento y el fortalecimiento de la libertad humana. Sin duda, una de las libertades más importantes de las que podemos gozar es la de no estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad que pueden ser evitadas.

---

<sup>2</sup> Por ejemplo llevar una vida saludable, evitando enfermedades y la propia muerte.

Para Sen (2010) algunos economistas tuvieron la tentación de afirmar que el progreso económico es la verdadera clave para aumentar la salud y la longevidad. En efecto se observa una relación estadística muy estrecha, y correcta de forma aislada, pero se debe analizar más esa relación estadística antes de considerarla una base convincente de que los ingresos son el determinante fundamental de la salud y la longevidad.

Sen (2010) muestra dos contrastes interesantes e interrelacionados:

- I. Disparidad entre las economías de crecimiento alto, en particular entre los que han logrado un gran éxito en lo referente a aumentar la duración y la calidad de vida (como Corea del Sur y Taiwan) y las que no han logrado un éxito comparable en esos campos (como Brasil);
- II. Este segundo contraste es entre las diferentes economías con gran éxito en el aumento de la duración y calidad de vida, en particular entre las que han logrado un crecimiento económico alto (como Corea del Sur y Taiwan) y las que no lo han logrado (como Sri Lanka, China antes de la reforma y el Estado de Kerala en la India).

Si bien el progreso económico y el éxito de la salud parecen estar directamente relacionados entre sí, esta relación se debilita como consecuencia de varios factores políticos. Es decir, mucho depende la manera en la que se utilizan los ingresos generados por el crecimiento económico, como por ejemplo, la ampliación de servicios públicos y reducir la pobreza. Ya que una persona sana podrá obtener ingresos más fácilmente, y una persona con mayores ingresos podrá más fácilmente obtener asistencia médica, mejorar su nutrición y tener la libertad necesaria para llevar una vida más sana.

Para Nogueira (2011), esta relación salud y desarrollo es evaluada en dos campos distintos de pensamiento económico y justicia social. La primera propuesta por la CEPAL 1950-60 y la segunda por Amartya Sen 1990. El análisis Cepalino enfatizaba las condiciones sociales que reproducían la pobreza, debido a las asimetrías de un centro y una periferia. La pobreza generaba enfermedad, el cual profundizaba la pobreza, agravando el estado de salud de la población. Ese círculo debía terminar mediante nuevas relaciones económicas, creadas por un proceso de desarrollo con autonomía.

Este abordaje de la CEPAL, tomaba a la enfermedad como uno de los factores que impedían el desarrollo, pero Sen consideraba la salud y la educación como factores positivos, es decir, como fuente de habilidades humanas que favorecen el proceso de desarrollo nacional. (NOGUEIRA, 2011).

“El paradigma estructural que envuelve el patrón de desarrollo, la concentración regional e personal de la renta e la fragilidad de la base productiva en salud queda como parte inherente en la agenda “macro” empobrecedora” (GADELHA, 2007, p.6).

En ese sentido, para Gadelha (2007), la salud como calidad de vida implica pensar no solo como expectativa de vida si no en su conexión estructural con el desarrollo económico, la equidad, la movilización política de la sociedad. Así, la salud llega a ser parte endógena de discusión de un modelo de desarrollo económico, como en la experiencia brasileña trabajado por Celso Furtado.

Aceitando esta perspectiva, proponho que, em vez de se trabalhar o tema saúde de modo analiticamente insulado e ver os nexos que tem com o crescimento econômico, vamos procurar associá-lo com a própria estratégia de desenvolvimento econômico-social brasileiro, à luz de nossa história recente. A trajetória do desenvolvimento brasileiro no período 1930/1980 foi uma trajetória de forte substituição de importação que engendrou uma das maiores taxas de crescimento do mundo, sendo a maior em alguns sub-períodos. Duas grandes críticas ao modelo de desenvolvimento adotado se colocaram (ambas presentes nos trabalhos de Furtado). Primeiro, a desigualdade social e regional se manteve ou mesmo se acirrou. Segundo, não houve uma capacitação tecnológica endógena ao longo desse período. Como diriam os estruturalistas clássicos, o capitalismo brasileiro não conseguia se sustentar sobre seus próprios pés, sendo excluyente do ponto de vista social e dependente do ponto de vista do conhecimento e de sua capacidade de inovação (GADELHA, 2007, p. 8)

En la perspectiva vista por Furtado sobre salud y desarrollo es marcado dos puntos principales para una mejor comprensión del análisis en el caso brasileño. Para Albuquerque (2007, apud GADELHA, 2007):

- I. La evolución del sistema capitalista brasileiro se asocia a una contradicción entre la modernización del sistema productivo y la marginalización social, característica de un patrón de desarrollo dual, lo que Furtado denominaba “proceso de causación circular”, donde la base productiva refuerza la mala distribución de renta, y en menor grado, un nivel negativo de organización política y social;
- II. La difusión del progreso técnico su magnitud y orientación como modelo nacional de desarrollo. Por un lado, está la relación de dependencia y la jerarquización económica en cuanto a tecnologías de información en bienes y servicios, biotecnología, etc. Por otro lado, está la transposición directa tecnología-productiva para los países de la periferia, reforzando la situación de desigualdad.

Furtado (1964, apud GADELHA, 2011, p. 3) refuerza que el desarrollo económico puede también ser definido como un “proceso de cambio social por el cual el creciente número de necesidades humanas, preexistentes o creadas por el propio cambio, son satisfechas por medio

de una diferenciación en el sistema productivo, generada por la introducción de innovaciones tecnológicas”.

Para Gadelha y Costa (2012, p. 15) esta relación salud y desarrollo “[...] es analizado en las categorías fundamentales de la economía política, que considera a la salud como derecho social, bien económico y espacio de acumulación de capital”. Para un debate más volcado a lo político de interacciones entre intereses que corresponden a la salud y los económicos.

En la visión de Prata (1994), la economía política de la salud lleva en consideración la existencia de relaciones económicas que crean desigualdades en la renta, en la riqueza y en la salud en particular, donde el concepto de desigualdad hace referencia a la relación entre desarrollo y justicia social<sup>3</sup>.

A ênfase brasileira no crescimento económico como o maior objetivo do desenvolvimento, levando a altos níveis de industrialização e urbanização, teve como resultado uma sociedade profundamente desigual, com uma grande distância entre os que possuem e os despossuídos, uma profunda desigualdade no desenvolvimento regional e na distribuição da renda e riqueza resultante deste crescimento (PRATA, 1994, p. 388).

Visto desde otro ángulo según Wood Y Carvalho (1988, apud PRATA, 1994) las desigualdades sociales deberían simplemente disminuir después de un periodo de transición para la modernidad, es decir la desigualdad de una población debería ser vista como una etapa no estatico de transición, del proceso de desarrollo.

Según Prata (1994), el proceso de modernización, por sí solo no es capaz de generar bien estar social e equidad, debido a la llamada trampa del desarrollo (donde los intereses de las elites de las propias naciones en desarrollo, son las que se benefician del proceso de modernización, el cual sufre el impacto de negativo de este modelo de desarrollo). Por lo tanto la transición de la teoría de la modernización no resultaría en justicia social sin cambios en el propio modelo de desarrollo.

En esta óptica, Viana y Elias (2007, p. 1769) alertan del surgimiento de una nueva economía del desarrollo, basada en la experiencia ya acumulada y en una nueva idea de desarrollo, cuyo objetivo es “[...] dar contribuciones para aumentar las opciones disponibles a la acción del Estado Regulador, así crear alternativas o modelos de desarrollo que puedan ser al mismo tiempo económicamente dinámicos, políticamente democráticos e socialmente inclusivos”.

---

<sup>3</sup> Según PRATA, (1994) está relacionado con distribución de renta, educación, servicios (de salud, saneamiento y agua potable), acceso a un empleo y también poder de decisión e influencia social.

En ese sentido es importante tener en mente las implicaciones de todos estos factores ya sea históricos, políticos, económicos y culturales, que determinan la existencia de desigualdad en salud, bien estar y en la mortalidad entre los que son y no son beneficiados por el crecimiento económico.

### 2.3 SALUD Y DESARROLLO EN LOS PAISES

En la primera década del siglo XXI, el mundo experimento un resultado preocupante, en cuanto a la mejora de la salud de la humanidad, con relación a décadas anteriores, en los que se constata grandes avances científicos y tecnológicos en el campo de la salud. Resultado que se acentúa debido a la desigualdad entre países desarrollados y los no desarrollados (CASAMITJANA; ALONSO, 2007).

Para Casamitjana y Alonso (2007), existen problemas de salud en todo el mundo, tanto en los países desarrollados como en los no desarrollados, pero Africa continua siendo el continente donde estos problemas son más graves. Enfrentan niveles inaceptables de enfermedades y muerte, siendo su causa principal las enfermedades transmisibles.

Los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en vista de estos problemas de desigualdad social y de acceso a los propios servicios de salud, se comprometieron en 2005, a desarrollar sus sistemas de financiación sanitaria de forma que todas las personas tuvieran acceso a los servicios. Para que este objetivo de “cobertura sanitaria universal” sea alcanzado, los gobiernos necesitan enfrentar a tres cuestiones fundamentales OMS (2010):

- I. Financiación del sistema sanitario;
- II. Protección a la sociedad de mayor vulnerabilidad económica y del pago por servicios sanitarios;
- III. Uso óptimo de los recursos disponibles.

Nuestra sociedad, todavía está muy lejos de la cobertura universal de salud, ya que “[...] ningún país, con independencia de su riqueza, ha sido capaz de garantizar a todas las personas el acceso inmediato a todas las tecnologías o intervenciones que puedan mejorar la salud o prolongar la vida” (OMS, 2010, p. 11).

**Tabla 1 - Gastos en seguridad social en el mundo con porcentaje del productos bruto nacional.**

	Pensiones <sup>1</sup>	Salud <sup>2</sup>	Otros <sup>3</sup>	Total del gasto social <sup>4</sup>
África	1,4	1,7	1,2	4,3
Asia	3,0	2,7	0,7	6,4
Europa	12,1	6,3	6,4	24,8
América Latina e Caribe	2,1	2,8	3,9	8,8
América del Norte	7,1	7,5	2,0	16,6
Oceanía	4,9	5,6	5,6	16,1

<sup>1</sup> Gastos cubren pensión de vejez, invalidez, y de sobrevivientes.  
<sup>2</sup> Servicios del cuidado médico cubren servicios de salud.  
<sup>3</sup> Otros gastos cubren accidentes de trabajo, enfermedad, familia, vivienda, y beneficios de asistencia social en efectivo y en bienes, incluyendo gastos administrativos.  
<sup>4</sup> Total del gasto social cubre pensiones, cuidado médico, y otros aspectos.

FUENTE: KLIKBERG, 2007<sup>4</sup>, p. 549.

Los gastos en seguridad social muestra que tanto en temas de salud como en pensiones los países Latinoamericanos están por muy debajo de Europa y América del norte incluso Oceanía, siendo que el gasto social en América del norte es el doble y en Europa el triple que en América Latina (KLIKBERG, 2007<sup>4</sup>)

El uso ineficiente o no equitativo de los recursos también es un obstáculo para la cobertura universal de salud, al igual que los problemas al momento de recaudar los fondos suficientes para su ejecución.

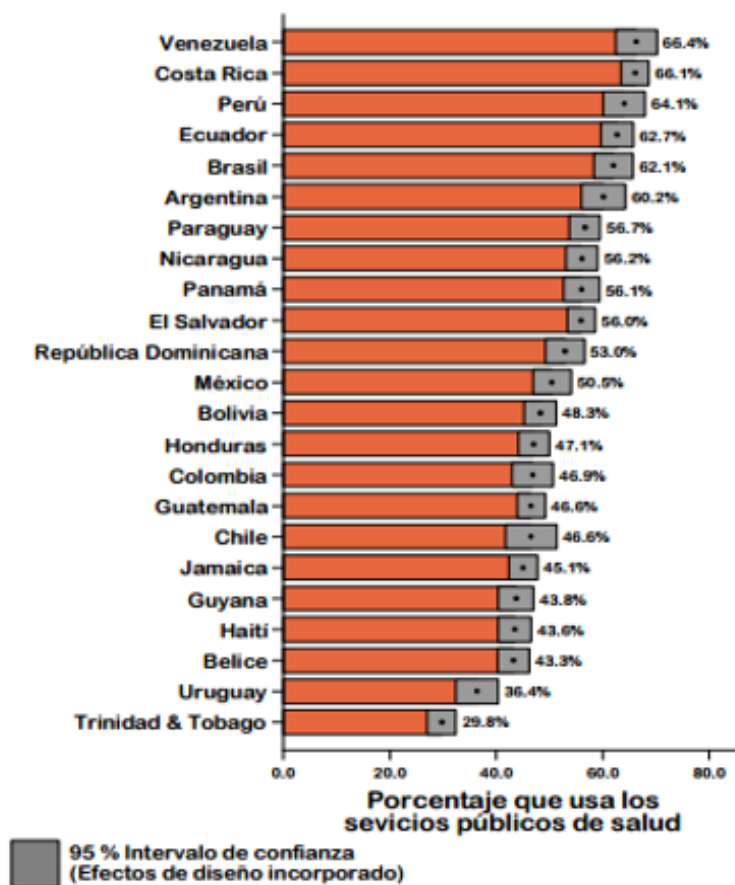
Muchos países de ingresos bajos y medios han demostrado en la última década que acercarse a la cobertura universal no es un derecho exclusivo de los países de ingresos elevados. Recientemente, países como Brasil, Chile, China, México, Rwanda y Tailandia han dado pasos agigantados para abordar los tres problemas descritos anteriormente. Gabón ha introducido formas innovadoras de recaudación de fondos para la salud, incluyendo una tasa sobre el uso de los teléfonos móviles; Camboya ha presentado un fondo de igualdad sanitaria que cubre los costes de la salud de los pobres; y el Líbano ha mejorado la eficiencia y la calidad de su red de asistencia primaria (OMS, 2010, p. 12).

Según García; Castañeda; Perez y Labrada (2003) la situación de la salud en América Latina, en las últimas décadas fue la más activa de las regiones de la Organización Mundial de la Salud con respecto a reformas sanitarias, reformas necesarias debido a un ineficiente sistema de salud. Aunque se hayan visto niveles elevados de crecimiento económico en varios países, este no garantiza la solución de los problemas sociales existentes, entre estos los de la salud.

El siguiente figura muestra el porcentaje de la población que accede a los servicios de salud pública en América Latina y el Caribe.

<sup>4</sup> Para más información disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122007000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122007000300008&script=sci_arttext) acceso en 28/ago./2015.

**Figura 1 - America Latina y el caribe: Porcentaje que accede a servicios de salud publica, 2014**



Fuente: STEWART, 2013<sup>5</sup>

Por lo tanto, la salud como condición inherente del ser humano, está íntimamente ligado al desarrollo social-económico. Así una inversión en salud es una inversión para el desarrollo sostenible.

Para Rizzoto (2013), la visión fragmentada de políticas económicas y las políticas sociales propuestas por la Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL) llevarían a una contraposición, donde esta no beneficie ni al crecimiento ni a la equidad, influenciando seriamente en el desarrollo económico.

La Transformación Productiva con Equidad (TPE), propuesta por la CEPAL<sup>6</sup>, por medio de un enfoque integrado entre políticas de crecimiento y políticas sociales, permitiría una

<sup>5</sup> Extraído de <http://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/IO910es.pdf> acceso el 08/ago./2015.

<sup>6</sup> A CEPAL parte do princípio que a região tem condições de superar o seu atraso em relação às outras partes do mundo se fizer melhor uso dos recursos e vantagens que possui. Sua proposta de TPE se fundamenta em uma concepção atualizada de desenvolvimento – o sustentável –, cujos objetivos básicos seriam: crescer, melhorar a distribuição de renda, consolidar a democracia, adquirir maior autonomia, combater a deteriorização ambiental e melhorar a qualidade de vida de toda a população. A proposta apresenta ações para enfrentar as consequências da

complementariedad entre los que buscan crecimiento económico y aquellos que buscan mayor equidad social (RIZZOTO, 2013).

Zamora (2002) también resalta que países subdesarrollados que invierten en servicios básicos de salud, seguridad alimentar y nutricional, al igual que servicios de agua potable y saneamiento y educación, pueden tener poblaciones con ingresos relativamente bajos, pero con un mayor nivel de capacidad y estado de salud, en comparación a países más ricos, pero con distribución mucho más desigual de oportunidades<sup>7</sup>.

---

inércia recessiva dos anos 1980, a dívida externa e a inadequação entre as estruturas da demanda internacional, e a composição das exportações da região (COMISSION ECONOMICA PARA AMERICA LATINA Y EL CARIBE, 1990 apud RIZZOTO, 2013, p. 23).

<sup>7</sup> El estado de salud de una persona o una población es al mismo tiempo un rasgo constitutivo y un factor decisivo con respecto al desarrollo humano. La mala salud es en sí misma una causa de pobreza, en el sentido de que los miembros menos afortunados de la sociedad son sistemáticamente privados de un componente intrínsecamente necesario de la capacidad óptima, al padecer niveles más altos de mortalidad y morbilidad (ZAMORA, 2002, p. 400)



### **3 SALUD, CRECIMIENTO Y DESARROLLO EN BOLIVA**

Este capítulo hace un abordaje histórico del sistema de salud boliviano desde la creación del Ministerio de Salud, en 1938, cuando se hace presente la intervención estatal en el tema de salud. Después seguiremos con un perfil del desarrollo social, teniendo en cuenta los diferentes indicadores que nos ayudara a concluir cual es la relación entre la salud y desarrollo.

#### **3.1 SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA**

En esta parte del capítulo se abordara la historia de la salud pública desde la creación del primer ministerio de salud, en 1938, y seguirá una pauta cronológica de las principales reformas, planes y/o acciones en temas de salud. Posteriormente, se dará a conocer el monto del gasto en salud que es realizado por el sector público con el propósito de mejorar, mantener y prevenir el deterioro del estado de salud de la población, así también como su financiamiento. Para poder constatar la eficiencia del gasto se analizara si verdaderamente existen desempeños positivos en materia de salud, explorando tres indicadores de salud: la tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna y la esperanza de vida al nacer.

##### **3.1.1 Aspectos Históricos**

Para abordar el aspecto histórico del sistema de salud boliviano abordaremos estos 10 hitos que marco la salud de la sociedad boliviana, según Ledo y Soria (2011, p. 112).

- I. 1938 Creación del Ministerio de Salud;
- II. 1953 Creación del sistema de seguridad social para trabajadores;
- III. 1956 Promulgación del Código de Seguridad social;
- IV. 1979 Creación del Programa Ampliado de Inmunización y de la red nacional de frio;
- V. 1984 Regionalización de la atención a la salud;
- VI. 1994 Promulgación de la Ley de Participación Popular que transfirió la infraestructura pública de salud a los gobiernos municipales;
- VII. 1996 Certificación de la erradicación de la Poliomiélitis por la OPS y la OMS;
- VIII. 1997 Reforma estructural del sistema de seguridad social;
- IX. 2003 Entrada en vigencia del Seguro Universal Materno Infantil SUMI;
- X. 2006 Publicación de las bases del Plan salud 2006-2010.

En Bolivia, para Mendizábal (2002), la intervención del Estado en cuestiones en salud solo ocurre en el Siglo XX, con la creación del Ministerio de Salud en 1938, promulgada por el presidente de entonces German Busch, dando origen al constitucionalismo social, derechos de la sociedad, estabilidad social, para lograr el bien estar de las personas y el reconocimiento del derecho a la salud. Anteriormente, en el Siglo XIX, la asistencia médica era guiada en la filantropía y en la práctica liberal<sup>8</sup>.

Dejando la tradición liberal de la política económica, a partir de 1938, inicia un nuevo periodo constitucional, al cual Mendizabal lo llamara de *socio-constitucionalismo*<sup>9</sup>. “[...] el Estado boliviano se transforma así en un Estado que protege la salud, dirige y orienta la política nacional de salud y cuenta con un sistema de ejecución de sus planes y programas para alcanzar las metas propuestas” (MENDIZABAL, 2002, p. 163).

En ese contexto, el Estado como regulador del seguro obligatorio muestra su evidencia en los siguientes artículos (MENDIZABAL, 2002, p. 170):

- Artículo 122. La ley regula el seguro obligatorio de enfermedades, accidentes, desempleo forzoso, invalidez, vejez, maternidad, la asistencia médica e higiénica y otros beneficios sociales y de protección a los trabajadores.
- Artículo 124. El Estado dictara medidas protectoras de la salud y de la vida de los obreros, empleados y trabajadores campesinos. Proveerá casas baratas, velara por la educación técnica de los trabajadores, controlaran las condiciones de seguridad y salubridad públicas tanto para los profesionales o los oficios, así como las labores del campo y las minas.
- Artículo 134. Defender la salud, física, mental y moral de la infancia. El Estado defiende los derechos del niño, a su educación y la amplia asistencia cuando se halla en situaciones de abandono, de enfermedad o de desgracia. El Estado recomendara estos artículos a los organismos técnicos adecuados.

---

<sup>8</sup> Según Ruffo Oropeza Delgado (apud MENDIZABAL, 2002, p. 31), en el derecho constitucional boliviano se distinguen dos periodos diferenciados: El Constitucionalismo Liberal en donde se dio importancia al individualismo y a los derechos naturales de las personas que se inicia con la constitución bolivariana (1826) y termina en la Constitución de 1931, constituye el primer periodo. El segundo periodo se inicia con la Constitución de 1938.

<sup>9</sup>Determina la exigencia de la función social de la propiedad privada, la protección al trabajo, la salud, la familia y otros aspectos que permiten cambiar la orientación del estado gendarme, hacia una posición más humana: el Estado orientador, planificador y ejecutor de las necesidades de la sociedad para alcanzar su bienestar.

La Revolución Nacional de 1952, fue el hecho histórico más grande de Bolivia, fundamental para el cambio radical del país, de reivindicación del campesino, indígena y la mujer boliviana e incorpora además por primera vez el voto universal (MENDIZABAL, 2002).

Por una parte, se modificó totalmente la estructura económica; de una economía semi feudal (agricultura) controlada y dependiente (minería, particularmente) de capitales privados de incalculable poder se pasa a una economía básicamente controlada por el Estado (más del 70%). Se crea una burguesía, que sin lograr estructurarse como clase coherente, permite el intento de industrializar el país. Se logró una cierta diversificación en la producción económica y una mayor articulación de la geografía nacional. (MENDIZABAL, 2002, p. 169).

En ese contexto, Bolivia, conjuntamente con el gobierno de los Estados Unidos, trabajaron en la reactivación del programa de Salud Ocupacional, que fue lanzado en 1945 y que finalizó en 1947, tras el fracaso del gobierno boliviano para continuar con el trabajo.

Programa que fue concretado solo en 1953, posibilitando en el primer año una inspección de 523 plantas industriales que empleaban a más de 60 mil obreros. “[...] De esta manera fue posible entrenar personal para este trabajo y determinar los problemas de salud obrera en la industria boliviana para poder sentar las bases de un programa eficaz”, según Mendizábal (2002, p. 230). Un estudio realizado al sector minero dio los siguientes resultados; de 27.000 mineros el 18% tenía silicosis y el 2,4% padecía de silicotuberculosis. La indemnización por dichas enfermedades llegó a más de un millón de dólares, por concepto de 9,353 obreros incapacitados. En 1960, los casos aumentaban con nuevas solicitudes de indemnización.

En el gobierno de Hernán Siles Suazo, en 1956, se concretiza finalmente el Código de Seguridad Social, es decir, los derechos del trabajador, su protección y seguridad social y laboral, que surge como resultado de trabajos importantes, que parte de 1940 y es concretizado por Louis de Battista<sup>10</sup>, en colaboración de profesionales bolivianos, quienes redactan el proyecto de Código de Seguridad Social. La promulgación del Código de Seguridad Social se da en diciembre de 1956, por Decreto Supremo. Sus fines y objetivos eran los siguientes (MENDIZABAL, 2002, p. 193):

- Proteger la salud del capital humano del país;
- Continuidad de los medios de subsistencia;
- Aplicar medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas;
- Concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar.

---

<sup>10</sup> Comisión técnica enviado por la Organización Internacional de Seguridad Social (OISS).

“Los gestores para dicho Código eran: Caja Nacional de Seguridad Social, Caja de Seguridad Social de los Trabajadores (ferroviarios, aéreos y ramas anexas) y Caja de Seguridad Social Militar” según Mendizabal (2002, p. 193). Los gastos eran administrados de la siguiente forma: 12% para el seguro social obligatorio y 8% para asignaciones familiares. Además inversiones de las reservas, donde el 60% para construcciones y provisión de equipos para establecimientos asistenciales, 10% para la implementación de industrias de carácter social, estas últimas considerados como préstamos a un interés de 5%, y 10% para préstamos individuales con un interés del 8% anual.

En 1977, la Organización Panamericana de la Salud inicio su Programa Ampliado de Inmunización (PAI) en toda América. Los países miembros recibirían asistencia en vacunas, equipos, adiestramiento y apoyo técnico (MENDIZABAL, 2002).

Según Gadelha (2007), la ayuda internacional con vacunas, equipos e insumos para las diferentes enfermedades hace que mejore la calidad de salud en términos relativos. Sin embargo en términos económicos, esta asimetría entre países desarrollados y en desarrollo se acentúa.

Según Mendizabal (2002), en Bolivia el PAI se inició en 1979, cuyas características eran: vacunas combinadas de Antisarampionosa y Antipoliomielítica y la vacunación simultánea a menores de un año. Los servicios de inmunización se disponían de acuerdo a las circunstancias locales: fijos (establecimiento de salud), acciones periféricas (visitas a comunidades y domiciliaria), equipos móviles y campañas en masa. La cobertura de inmunización en los primeros años fue muy baja. Solo en 1980 es que se llegaron a niveles decentes de alrededor de 70% en algunos departamentos del país.

El PAI cambió el concepto del programa de “vacunar” para proteger a los “niños” al de control y eliminación de las enfermedades y cuyo objetivo se ha centrado en los menores de un año y en las mujeres en edad fértil (para eliminar el tétanos neonatorum) (MENDIZABAL, 2002, p. 295).

El siguiente periodo histórico es la Regionalización del Sistema de Salud, bajo el gobierno de Hernán Siles Suazo, que comprende de 1982-1985. Pero antes, en 1978, en la Conferencia de Internacional sobre Atención Primaria de Salud, se traza la meta social de los gobiernos y la OMS que para el año 2000 se debería alcanzar la meta de “Salud para Todos en el Año 2000<sup>11</sup>”, cuyas metas mínimas regionales de salud eran (MENDIZABAL, 2002):

---

<sup>11</sup> Solo en 1981 culmina en las Américas el plan de aprobación para el Plan de Acción para la instrumentalización de las Estrategias Regionales de “Salud para todos en el año 2000” que contiene las metas mínimas y los objetivos regionales, así como las acciones que los Gobiernos y Organizaciones deben realizar. (MENDIZABAL, 2002, p. 309).

- Esperanza de vida al nacer. Ningún país de la región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a 70 años;
- Mortalidad Infantil. Ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos;
- Mortalidad de niños de 1-4 años. Ningún país de la región tendrá una mortalidad de niños de 1 a 4 años superior de 2,4 defunciones por cada mil nacidos de esas edades;
- Inmunización. 100% de inmunización para niños menores de 1 año, contra difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis, sarampión, y poliomielitis. También 100% de inmunización de las embarazadas, contra el tétanos;
- Agua potable y disposición de excretas. Agua potable para zonas rurales y urbanas.
- Cobertura con servicios de salud. Asegurar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.

Esos y entre otros objetivos regionales hacían parte del Plan de Acción en cuanto a la salud, de acuerdo a las particularidades y posibilidades de cada país.

Para Mendizabal (2002), es a partir de 1983 que Bolivia, como el resto de los países de la región, orientan sus acciones de políticas de salud como enunciadas en el documento de Políticas Estratégicas de Salud 1981-2000.

El plan de acciones del país se diferenciaba en dos direcciones una institucional y la otra social. La institucional “[...] tenía como objetivo principal operacionalizar la prestación de servicios, mediante los Programas Integrales de actividades de áreas de salud (PIASS) profundizando la regionalización<sup>12</sup>”. La Social “[...] posibilitaba la participación activa de la comunidad organizada con la creación de los Consejos Populares (7 de abril de 1983) y el posterior desarrollo de las movilizaciones populares de Salud” (MENDIZABAL, 2002, p. 316).

Para Mendizabal (2002), la estructura institucional la coordinaban los concejos, comités y comisiones Populares de Salud con las organizaciones sociales, a nivel regional y local con las unidades sanitarias. Estas unidades representaban a la atención básica, a cargo de un médico y la estrecha participación de la comunidad a través de sus Comités Populares de Salud, formándose así los Responsables Populares de Salud (RPS)<sup>13</sup>. En 1985 se formaron 27,000 RPS

---

<sup>12</sup> La estructura institucional está organizada por: 1) Alta dirección; 2) Coordinación y desarrollo; 3) Técnico administrativo de la salud; 4) Técnico administrativo de la seguridad social; 5) Apoyo administrativo; 6) unidades sanitarias con sus distritos y áreas de salud (MENDIZABAL, 2002, p. 317).

<sup>13</sup> Estos equipos de salud a cargo de los médicos tenían como puntos básicos de Identificar las prioridades de la situación de salud, determinar la participación de la comunidad e implementar estrategias de atención primaria de salud.

a nivel nacional. Reforzando el aspecto social, los Comités Populares habían llegado a organizar, de 1983 a 1984, seis movimientos populares con el objetivo de combatir la poliomielitis, el sarampión, fiebre amarilla y la tuberculosis, con grandes resultados. En años anteriores se tenía una cobertura de 30%, con la movilización popular organizada se alcanzó a más de 90% en áreas urbanas y 80% en áreas rurales, gracias a las políticas de gobierno también a los Organismos internacionales (OPS, OMS, UNICEF, Naciones Unidas, USAID y Organizaciones no Gubernamentales) que implementaron los programas estratégicos.

Por otro lado, entre 1980 y 1985, Bolivia pasaba por profundos conflictos sociales, políticos y económicos. En 1983, el PIB alcanzó su valor más bajo (-4%) y las reservas Internacionales netas registraron saldos negativos, este debido al aumento de la deuda externa de corto plazo y se solo se recuperaron después de 1983, con la suspensión del pago de la deuda externa y el pago atrasado por la venta de gas a Argentina (CEPAL, 1999).

Los sectores más afectados fueron la minería, la industria manufacturera y la construcción, con una disminución de más del 20% entre 1980 y 1985. En el comercio exterior, si bien la balanza comercial mostró saldos positivos, estos resultados se debieron a una fuerte reducción de las importaciones (CEPAL, 1999, p. 115).

También en ese mismo periodo de 1980-1985 la tasa de inflación alcanzó los valores de 24%, en 1980, a 8,171% en 1985. La emisión de moneda subió de 20%, en 1981, a 5.929% en 1985. Como medida de estabilización, en 1985, el Estado adopta un programa de estabilización, la Nueva Política Económica (NPE), basado en una economía de mercado, es decir, políticas fiscales y monetarias estrictas, unificación cambiaria, liberalización de precios, apertura amplia al comercio, flexibilización del mercado de trabajo y tomo algunas medidas en cuanto a la deuda externa. Hasta 1989, la inflación bajo a 16,6% y desde 1987, la economía presentó tasas de crecimiento positiva de 2,5% (CEPAL, 1999).

En ese contexto la ayuda externa fue central para la salida de la crisis de la deuda externa y la hiperinflación, que obligaron a los gobernantes de Bolivia a buscar ayuda internacional para estabilizar y estructurar la economía.

La gestión del sistema de salud se modifica en los años 1990, con dos disposiciones legales, una de participación ciudadana y la otra de descentralización administrativa en el manejo de los recursos del sector salud, y la participación popular<sup>14</sup> de 1994, con la ley N° 1551 (PRIETO; SID, 2010).

---

<sup>14</sup> Según los autores, establece una participación activa de la sociedad civil en los procesos de planificación (Planificación Participativa), mayores recursos a los Municipios (Coparticipación Tributaria) y representación de

Para establecer un principio de distribución más equitativo, la ley de participación popular, además de promover la participación de la sociedad civil, trasfiere a los municipios la infraestructura física de salud, aumenta recursos para los gobiernos municipales para una mejor administración y brindar un mejor servicio de salud. “[...] con la Ley N° 1654 de Descentralización Administrativa de 24 de julio de 1995, se formaliza el proceso de descentralización administrativa transfiriendo atribuciones de carácter técnico administrativo a nivel departamental” (PRIETO; SID, 2010, p. 41).

Con este nuevo modelo de gestión se implementó, mediante la promulgación del Decreto Supremo 25265 del Seguro Básico de Salud (SBS) de diciembre de 1998, como política principal de la Reforma de Salud en Bolivia para dar a la población el acceso gratuito a un paquete básico de 92 prestaciones de servicios preventivos y curativos. El principal objetivo era de disminuir las 42 altas tasas de mortalidad materna e infantil, así como la curación de las principales causas de morbilidad y mortalidad en la población. (PRIETO; SID, 2010, p. 41).

Por otro lado, el gobierno de Gonzalo Sánchez de Lozada, que gobernó el país de 1993-1997, introdujo a Bolivia la economía neoliberal, las ideas de la abertura de mercado, cuya características principales eran la modernización del estado: reforma educativa, capitalización<sup>15</sup> de las principales empresas estatales, la descentralización y la participación popular (PRIETO; SID, 2010). El gobierno capitalizó las 5 principales empresas estatales: Yacimientos Petrolíferos Fiscales Bolivianos (YPFB), Empresa Nacional de Electricidad (ENDE), Empresa Nacional de Telecomunicaciones (ENTEL), Empresa Nacional de Ferrocarriles (ENFE) y Lloyd Aéreo Boliviano (LAB) (PRIETO; SID, 2010).

En esta misma línea, a partir de 1990, con las políticas de descentralización, participación popular y reformas en temas de salud y educación, estos permitieron, junto al incremento de los gastos sociales mejorar los indicadores pero a un ritmo lento, ya que los gastos no han sido suficientes para dar una cobertura social básica y disminuir la pobreza.

En esa línea estratégica del gobierno, para dar una buena cobertura en salud se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), que entra en vigencia en 2003. En 2006 se crea el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), que reemplaza al Seguro Médico Gratuito de

---

la sociedad civil (reconocimiento de las Organizaciones Territoriales de Base – OTB’s) y creación del Comité de Vigilancia), en la toma de decisiones y control social.

<sup>15</sup> Según los autores la capitalización no es nada menos que el proceso de privatización, pero con una diferencia las empresas vendían una mitad de su valor en acciones a capitales extranjeros, a cambio estos se encargaron de la administración y la otra mitad para el Estado.

Vejez de 1998, brindando una atención medica integral (PRIETO; SID, 2010). Para una mejor vista cronológica de las leyes y normas, está la tabla 2.

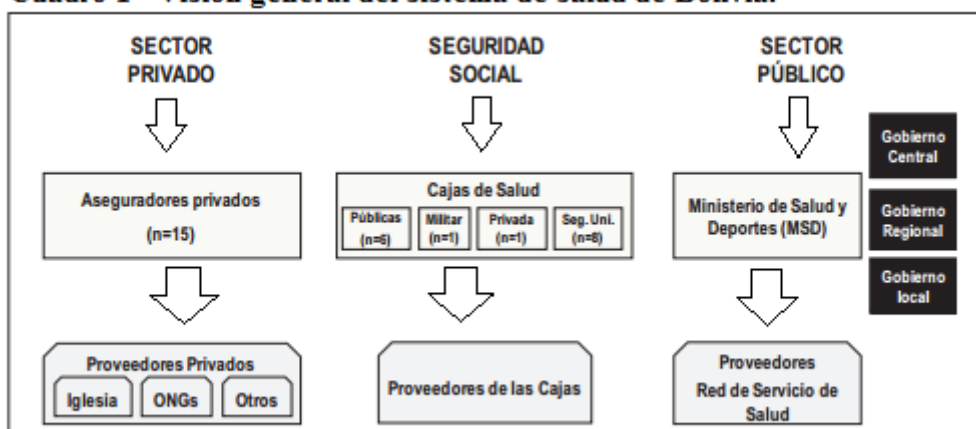
**Tabla 2 - Leyes, Decretos Supremos y Normas del sector Salud.**

Fecha	Ley, Decreto Supremo, Norma
20/04/1994	Ley No. 1551 de Participación Popular
28/07/1995	Ley No. 1654 de Descentralización Administrativa del Poder Ejecutivo a nivel departamental
28/07/1995	Ley No. 1654 Ley de Descentralización Administrativa
24/05/1996	Decreto Supremo 24303 del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (abrogado con el Decreto Supremo 25265)
17/07/1996	Ley No. 1702 Modificación a la Ley No. 1551 de Participación Popular y a la Ley No. 696 Ley Orgánica de las Municipalidades
14/08/1998	Ley No. 1886 Seguro Médico Gratuito de Vejez
30/09/1998	Decreto Supremo Reglamentario 25186 del Seguro Médico Gratuito de Vejez
31/12/1998	Decreto Supremo 25265 del Seguro Básico de Salud
31/07/2001	Ley No. 2235 de Diálogo Nacional (Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP))
21/11/2002	Ley No. 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (entra en vigencia el 1 de enero del 2003)
21/12/2002	Decreto Supremo 26875 de Modelo de gestión y Directorio Local de Salud
06/12/2005	Ley 3250 SUMI ampliado
16/01/2006	Ley 3323 Seguro de Salud para el Adulto Mayor

Fuente: PRIETO Y SID, 2010, p. 45.

El sistema de salud boliviano está dividida en tres subsectores: el privado, seguridad social en salud y el público. El privado actúa en un esquema de libre mercado (para aquellos que puedan costearse el servicio), entre estos están aquellos seguros de salud que son administrados por la iglesia y ONGs. La seguridad social tiene: 6 cajas de salud pública, 1 caja de salud privada, 1 caja militar de salud y 8 seguros universitarios (cubre a todos los trabajadores formales y sus familiares, en caso de los hijos hasta los 25 años). El sector público, que está a cargo del Ministerio de Salud y Deportes (MSD), (cubre a la población no asegurada, SUMI en caso de niños menores de 5 años y mujeres embarazadas, SSPAM en caso de adultos mayores de 60 años) (PRIETO; SID, 2010).

**Cuadro 1 - Vision general del sistema de salud de Bolivia.**



Fuente: PRIETO y SID, 2010, p. 46.



En 2009, solo 28,4% de la población podía gozar de acceso real al seguro de salud, a través de la seguridad social. Alrededor de 12% de los bolivianos, en ese mismo año, tenía la capacidad de costeo vía servicios de salud del sector privado. Casi un 60% de la población estaba sin cobertura en servicios de salud (LEDO; SORIA, 2011).

En la figura 2 se puede apreciar la cobertura del sector público de salud para el año 2001 y el año 2009. La disminución de la población que estaba sin cobertura fue de 15,7%, en el periodo 2001-2009. Gran parte de este incremento se debe a la creación de los seguros SUMI y SSPAM. Por otro lado la población con seguridad social solo presento un incremento de 1,4% en el mismo periodo.

**Figura 2 - Cobertura del sector publico de salud, Bolivia, 2001 y 2009**

	2001		2009	
	Número	%	Número	%
Población subsector público (no asegurada)	3 309 730	40	sd	sd
Población subsector seguridad social	2 234 068	27	2 900 000	28.4
Seguro Universal Materno Infantil (SUMI)	na	na	961 364	9.4
Seguro Público del Adulto Mayor (SPAM)	na	na	490 909	4.8
Sin cobertura	6 040 044	73	5 948 264	57.3
Población total	8 274 112	100	10 227 287	100

sd: sin datos  
na: no aplica

Fuente: LEDO y SORIA, 2011, p. 113.

Para Ledo y Soria (2011), el ministerio de salud y deportes, en el año 2006, presenta un nuevo diseño de las políticas de salud para la posterior reforma del sector. Ya en 2008, es aprobado bajo la constitución política estableciéndose el derecho a la salud y este bajo garantía del Estado. Esta reforma es concluida con la creación del modelo de Salud familiar Comunitario Intercultural (SAFCI), cuyos objetivos son lanzados conjuntamente con el “Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien”, en el que plantea 4 estrategias:

- I. Bolivia Digna: Estrategia socio comunitaria, en el cual están los distribuidores de factores y medios de producción y servicios sociales;
- II. Bolivia Soberana: Estrategia que tiene que ver con la mejor relación internacional que incluyen relaciones económicas, políticas, y culturales;
- III. Bolivia Productiva: Estrategia económica basada en los sectores que conforman la matriz productiva;

IV. Bolivia Democrática: comprende a los sectores que promoverán el poder social por todo el territorio nacional.

De entre estas estrategias el sector salud se desarrolla en la primera, que es la estrategia Bolivia Digna. Los objetivos de esta estrategia son: a) erradicar la pobreza; b) erradicar la exclusión social; y c) eliminar la discriminación, marginación y la explotación de la población. (PRIETO; SID, 2010).

Esta etapa es marcada por un cambio en el sistema de salud boliviano, de un modelo de asistencia a la salud hacia un modelo que da prioridad a los determinantes sociales de la salud, su promoción y prevención de enfermedades (LEDO; SORIA, 2011). La visión del Plan Estratégico de Salud 2006-2010 era:

En el año 2010 se finalizará la implementación de un sistema único de salud con acceso universal, respetuoso de las culturas originarias y enriquecido con la medicina tradicional; inclusivo, equitativo, solidario, de calidad y descentralizado; conducido y liderado por el Ministerio de Salud y Deportes; que actúa sobre los determinantes de salud; con participación de una población con hábitos saludables comprometida con la actividad física y deportiva, organizada y movilizadora por el ejercicio pleno de su derecho a la salud, que vive bien (LEDO; SORIA, 2011, p. 118).

En cuanto a las Políticas Sectoriales de Desarrollo 2006-2010, Bolivia no ha logrado acercarse a los objetivos planteados, a pesar que se haya avanzado en cuanto a cobertura y algunos indicadores de salud. En este marco de Política Sectorial es fundamental la acción de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), que fue establecida mediante decreto supremo 29601 en 2008, el cual da un enfoque de prevención y promoción de la salud, incorpora las diferencias culturales, la participación social de la población y la coordinación de los determinantes de la salud, por ejemplo la educación, saneamiento básico entre otros (PRIETO; SID, 2010).

#### 2.1.2 Gasto y Financiamiento en Salud

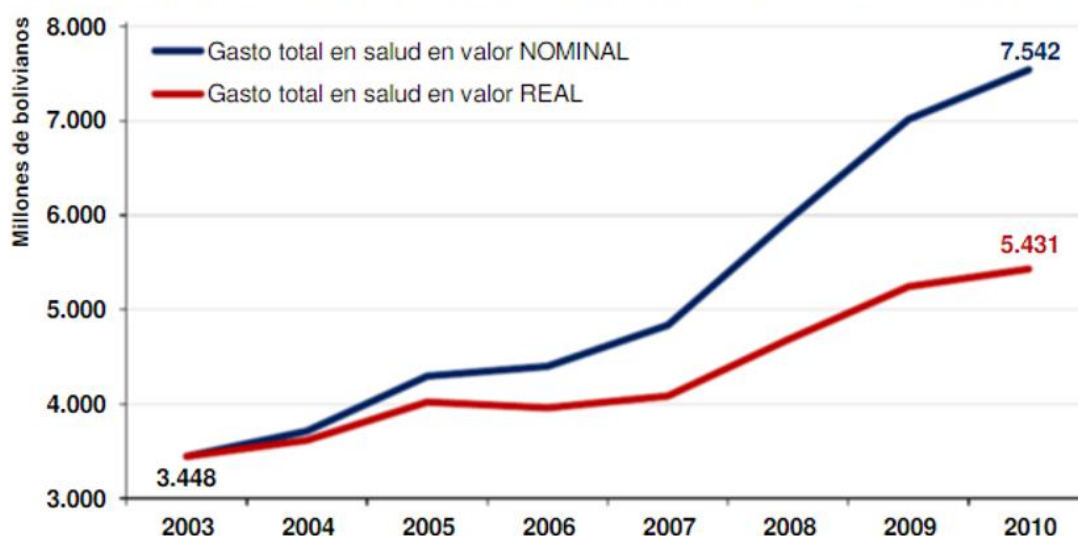
Gasto en salud son los gastos monetarios que tienen como propósito mejorar, mantener y prevenir el deterioro del estado de salud de la población.

De acuerdo con Dupuy (2012) el gasto total en salud en valor nominal habría sido incrementado de 449, 600,000 US\$, en 2003 a 1.067, 000,000 US\$ en 2010. La tasa de crecimiento anual media del gasto total fue de 12% en el periodo 2003-2010.

Sin embargo considerando la inflación, en el mismo periodo, el gasto total en salud tendría los siguientes datos de 449, 600,000 US\$, en 2003, a 764, 972,000 US\$, en 2010, lo que significa que aproximadamente solo la mitad de la variación se debe al incremento del sector salud (DUPUY, 2012).

Entonces, de acuerdo con los datos, tenemos los gastos en salud en valor nominal y en valor real para los años 2003-2010, ilustrado en el grafico siguiente.

**Grafico 1 - Gasto total en salud en valor nominal y real, Bolivia, 2003-10 (en millones de Bs.)**



Fuente: DUPUY, 2012, p. 26.

El crecimiento real del gasto en salud muestra que el sector publico tuvo un crecimiento de 70% de 2003 al 2010, con cifras de 276, 213,333 US\$, en 2003, y 496, 028,169 US\$, en 2010 (a tasas de cambio de los años 2003-2010). Por otro lado, el sector privado tuvo un incremento de 38,7% durante el periodo estudiado, con cifras de 183, 533,333 US\$, en 2003 y 268, 943,662 US\$, en 2010 (DUPUY, 2012).

Por lo tanto, el gasto público (Estatal) en salud representa un 3,6% del Producto Interno Bruto (PIB) para el año 2010, mostrando un leve incremento con respecto al año 2003, que es de 3,3% del PIB. Por otro lado, el sector privado muestra un leve descenso desde el año 2003 donde representaba un 2,2%, que para el 2010 fue de 1,9% del PIB. Sumados los sectores público y privado representaría el 5,5% del PIB. Como muestra el cuadro 2 (DUPUY, 2012).

**Cuadro 2 - Gasto total en salud en porcentaje del PIB, Bolivia, 2003-2010**

Indicador	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
PIB (Bs. Millones)	61.904	69.626	77.024	91.748	103.009	120.694	121.727	137.876
Gasto en salud (Bs. M.)	3.448,1	3.715,4	4.297,9	4.401,8	4.836,9	5.951,2	7.017,3	7.541,6
Gasto en salud en % del PIB	5,6%	5,3%	5,6%	4,8%	4,7%	4,9%	5,8%	5,5%

Fuente: DUPUY, 2012, p. 31

El cuadro también muestra un porcentaje casi constante de gasto en salud con relación al PIB, si tomamos años anteriores, por ejemplo, 2001, el gasto total representa el 6,3% del PIB, mostrando claramente una disminución del gasto total con relación al PIB para el año 2010. Siendo así que el incremento del gasto solo se debería al crecimiento del PIB.

A pesar de que los gastos totales en salud con proporción al PIB lleguen a 5,5%, este está por debajo de la media latinoamericana, que es 7%. Por otro lado, el gasto público solo llega al 3,6% del PIB, lo que significa que 60% de la población boliviana no asegurada tiene una asistencia de salud precaria comparado con los países vecinos.

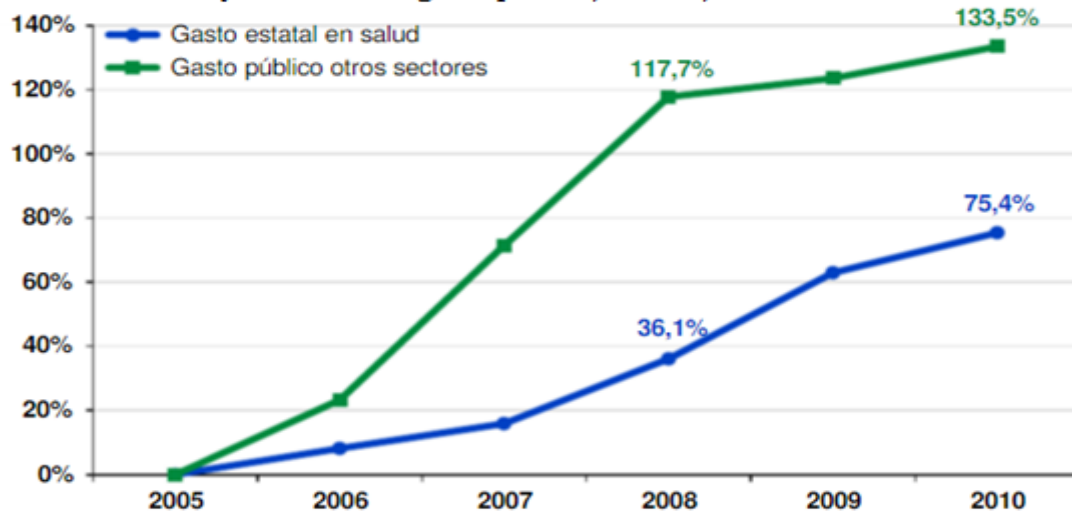
Según el Banco Mundial, en 2001, el gasto en salud *per-cápita* boliviana era de US\$ 59, en 2010 disponía de US\$ 106 *per-cápita* y US\$ 149 en 2012<sup>16</sup> para la atención de las necesidades en salud. El cual continua siendo inferior a lo que dispone la mayoría de países latinoamericanos, donde Bolivia, Nicaragua y Haití están entre las peores.

Para Dupuy (2012) el gasto estatal en salud también se puede medir en porcentaje del gasto público total. Para nuestros años de estudio de 2003 a 2010, hay una disminución significativa de 10,9%, en 2005, para 8,4%, en 2010. Esta disminución representa una baja priorización de la salud dentro del gasto público, que, a partir del año 2006, dicho gasto publico tuvo un incremento gigantesco, pero el sector salud no fue beneficiario de este incremento.

A pesar de que los gastos en salud hayan mostrado mayores niveles de incremento en el periodo 2003-2010, disminuyo su nivel en relación al gasto público total a partir del 2006, año en el que se incrementa los gastos públicos debido, principalmente, a la nacionalización de los hidrocarburos (DUPUY, 2012).

<sup>16</sup> Datos del Banco mundial, para más información visite la página disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PCAP>

**Grafico 2 - Tasa de crecimiento nominal acumulada (desde 2005) del gasto estatal en salud y del resto del gasto publico, Bolivia, 2005-2010.**



Fuente: DUPUY, 2012, p. 56.

Además de que los gastos con salud hayan crecido de 2005 a 2008 un 36,1%, esto no es tan significativo como el crecimiento de los gastos públicos que, en ese mismo periodo, tuvo un crecimiento de 117,7%, solo tuvo una leve mejora después de 2008, llegando a 2010 a un 75,4% de crecimiento acumulado (tomando 2005 como año base). Este crecimiento en gastos de salud sin duda alguna no es tan significativo como los gastos con educación o los gastos con protección social.

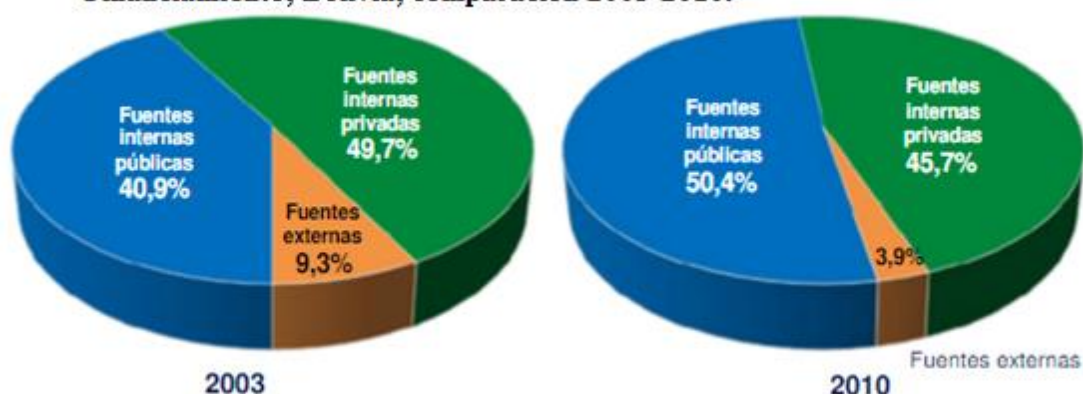
Comparando Bolivia con el resto del mundo, se puede constatar que el gasto con salud en porcentaje del gasto público es inferior, ya que la media mundial de gasto en salud es de 11,5% y 8,4% en Bolivia. El promedio de gastos en Sudamérica es de 13,3% del gasto público total, y los países con cobertura universal en salud la cifra alcanzan los 14,1% del gasto público total para el año 2010.

En cuanto a la financiación de los gastos en salud, estos como en la mayoría de los países de América Latina, está fragmentado y segmentado. En Bolivia la financiación de los gastos en salud está dividida en tres: (DUPUY, 2012).

- I. Fuentes internas públicas, que a la vez está dividida en tres, las cuales son: Empleadores públicos, Tesoro General de la Nación y Recursos específicos;
- II. Fuentes internas privadas, que está dividida en dos: Empleadores privados y los Hogares;
- III. Fuentes Externas, que está dividida en tres: Donación externa, Recursos del resto del mundo y crédito externo.

Durante el periodo 2003-2010, el 40,9% del gasto en salud fue de fuentes internas públicas en 2003, incrementando progresivamente hasta llegar a 50,4% en 2010. En cuanto a las fuentes internas privadas, disminuyó su participación en gasto de salud, de 49,7% en 2003 a 45,7%, en 2010. Las fuentes de financiamiento externas también disminuyeron de 9,3%, en 2003, a 3,9% del gasto total en salud en 2010, como podemos apreciar en la figura 3.

**Figura 3 - Evolucion de la estructura de gasto en salud por fuente de Financiamiento, Bolivia, comparacion 2003-2010.**



Fuente: DUPUY, 2012, p. 60.

Estas cifras por un lado, muestran un leve aumento de la desmercantilización del sistema de salud, es decir, disminuyendo la participación del sector privado, tanto en tema de financiación como en gasto con salud. Por otro lado, según Dupuy (2012), es importante recalcar que, debido a que las fuentes internas privadas sea el 45,7% en 2010, hace que el gasto del sector interno público para asegurar una mejor cobertura siga siendo insuficiente.

El gasto en materiales y suministros (de los cuales la mayor parte corresponde a medicamentos) del sector estatal es notablemente insuficiente, y provoca que el 65% del gasto en este grupo debe ser asumido por el subsector privado y en particular por los hogares, creando así una importante barrera económica al acceso adecuado a servicios de salud (DUPUY, 2012, p. 81).

Quizá la caída de la participación del gasto público en salud sea debido a que Bolivia haya logrado una mejoría relativa en lo que son los indicadores relevantes en temas de salud, o existe la posibilidad de que se haya logrado usar los recursos de un modo eficiente, o también existe la posibilidad de que sea una combinación de ambos.

Para poder analizar si verdaderamente existen desempeños positivos en materia de salud, exploraremos tres indicadores de salud.

### 3.1.3 Algunos Indicadores Críticos de Salud

En esta parte se exploraran tres indicadores de salud, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna, y la esperanza de vida al nacer, para verificar los desempeños de los gastos en temas de salud.

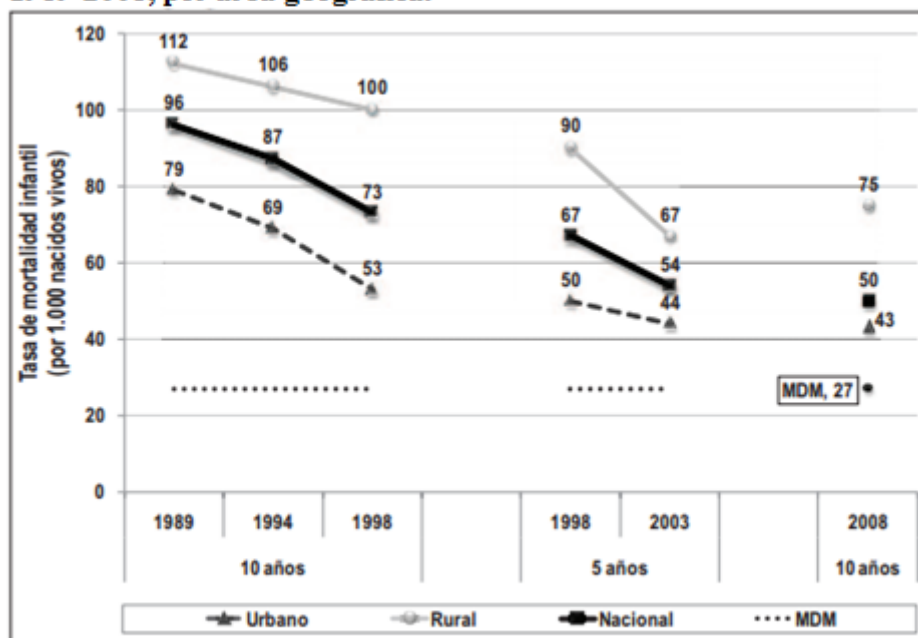
#### 3.1.3.1 Tasa de Mortalidad Infantil

Bolivia tiene uno de los peores Indicadores de salud de América Latina. A pesar que la mortalidad infantil haya descendido en los últimos años de 55 por 1000 nacidos vivos, en el año 2000, a 45 en 2010, sigue estando entre las más altas de la región (PRIETO; SID, 2010).

Las principales políticas dirigidas a mejorar la salud de los niños son el programa de Desnutrición Cero, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el SUMI, e indirectamente el Bono Juana Azurduy. En el caso del Bono, mediante incentivos a la demanda de servicios preventivos (PRIETO; SID, 2010, p. 21).

El siguiente grafico muestra la tasa de mortalidad infantil por área geográfica y por mil nacidos vivos en el periodo que va de 1989 a 2008.

**Grafico 3 - Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos). de 1989-2008, por area geografica.**



Fuente: PRIETO y SID, 2010, p. 19.

En otro estudio de Silva y Batista (2010, apud PRIETO; SID, 2010), también se llega a un análisis similar, donde en zonas rurales las tasas son 1,7 veces mayores a las urbanas, con tasas de reducción de 38% en zonas urbanas y 29% en zonas rurales. Como muestra la tabla 3.

**Tabla 3- Tasa de mortalidad infantil de la niñez y neonatal (y variaciones) 1994-2008**

Año	Mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)			Mortalidad de la niñez (por 1.000 nacidos vivos)			Mortalidad neonatal (por 1.000 nacidos vivos)		
	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural	Total	Urbana	Rural
1994	87	69	106	132	104	162	41	29	53
1998	67	50	90	92	66	125	34	24	44
2003	54	44	67	75	59	96	27	20	34
2008	50	43	75	63	55	99	27	20	34
<b>Variación porcentual entre</b>									
1994 -1998	-23	-28	-15	-30	-37	-23	-17	-17	-17
1998 -2003	-19	-12	-26	-18	-11	-23	-21	-18	-22
2003 -2008	-7	-2	12	-16	-7	3	0	0	0
<b>Total</b>	<b>-43</b>	<b>-38</b>	<b>-29</b>	<b>-52</b>	<b>-47</b>	<b>-39</b>	<b>-34</b>	<b>-32</b>	<b>-36</b>

Fuente: PRIETO; SID, 2010, p. 20. con datos de ENDSA 1994, 1998, 2003 y 2008 (SILVA; BATISTA, 2010).

Entre el año 2003 y 2008, podemos observar la creciente desigualdad en mortalidad infantil entre las poblaciones urbana y rural, el cual nos revela una clara desigualdad de acceso y cobertura a los servicios de salud (PRIETO; SID, 2010).

Para una comparación de Bolivia con los demás Países de América Latina Prieto y Sid (2010) nos da a conocer los datos sobre las tasas de mortalidad infantil y sus causas en América Latina, como muestra la tabla 4.



**Tabla 4 - Mortalidad infantil en America Latina 1980-1985 a 2005-2010 (tasa por 1.000 nacidos vivos)**

País	Períodos						Disminución porcentual hacia 2005-2010		
	1980-85	1985-90	1990-95	1995-00	2000-05	2005-10	Desde 1980-85	Desde 1985-90	Desde 1990-95
<b>Grupo 1</b>									
Chile	23,7	18,4	14,1	11,5	8,0	7,2	-69,6	-60,9	-48,9
Brasil	63,3	52,4	42,5	34,1	27,3	23,6	-62,7	-55,0	-44,5
Argentina	32,2	27,1	24,4	21,8	15,0	13,4	-58,4	-50,6	-45,1
<b>Grupo 2</b>									
Colombia	43,0	35,3	27,6	24,0	20,5	19,1	-55,6	-45,9	-30,8
Venezuela	33,6	26,9	23,1	20,7	18,9	17,0	-49,4	-36,8	-26,4
<b>Grupo 3</b>									
Ecuador	68,5	55,5	44,2	33,3	24,9	21,1	-69,2	-62,0	-52,3
El Salvador	77,0	54,0	40,2	32,0	26,4	21,5	-72,1	-60,2	-46,5
Guatemala	79,3	67,1	54,8	45,5	38,6	30,1	-62,0	-55,1	-45,1
Perú	81,6	68,0	47,6	38,8	30,3	21,2	-74,0	-68,8	-55,5
<b>Bolivia</b>	<b>109,2</b>	<b>90,1</b>	<b>75,1</b>	<b>66,0</b>	<b>55,6</b>	<b>45,6</b>	<b>-58,2</b>	<b>-49,4</b>	<b>-39,3</b>
Nicaragua	79,8	65,0	48,0	33,6	26,4	21,5	-73,1	-66,9	-55,2
Paraguay	48,9	46,7	42,9	39,2	35,5	32,0	-34,6	-31,5	-25,4
Honduras	65,0	53,0	43,0	35,0	31,2	27,8	-57,2	-47,5	-35,3
<b>América Latina <sup>a</sup></b>	<b>57,3</b>	<b>47,2</b>	<b>38,3</b>	<b>31,8</b>	<b>25,6</b>	<b>21,7</b>	<b>-62,1</b>	<b>-54,0</b>	<b>-43,3</b>

*Nota:* <sup>a</sup> Incluye 20 economías: Argentina, Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela, República Dominicana y Uruguay. Información revisada al 29/JUL/2009 por CEPAL.

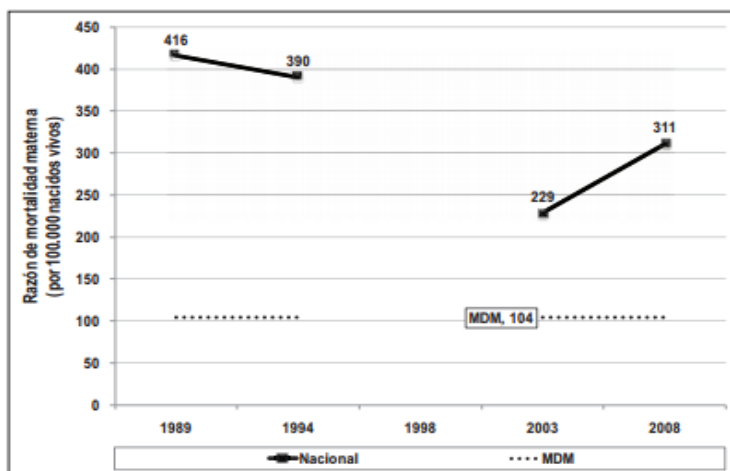
Fuente: PRIETO y SID, 2010, p. 22.

Según Prieto y Sid (2010), en Bolivia las causas de mortalidad infantil más importantes son las causas del periodo perinatal, la neumonía y la diarrea, con 31,3%, 20,4% y 18,8%, respectivamente, del total de niños menores de 5 años, parecido con las causas de mortalidad en Brasil y algunos países centro americanos.

### 3.1.3.2 Tasa de Mortalidad Materna

La mortalidad es definida como la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días pos embarazo. En Bolivia lamentablemente este es el Indicador en el que menos se ha avanzado en la primera década (2000-2010) (PRIETO; SID, 2010). Como muestra el gráfico 4.

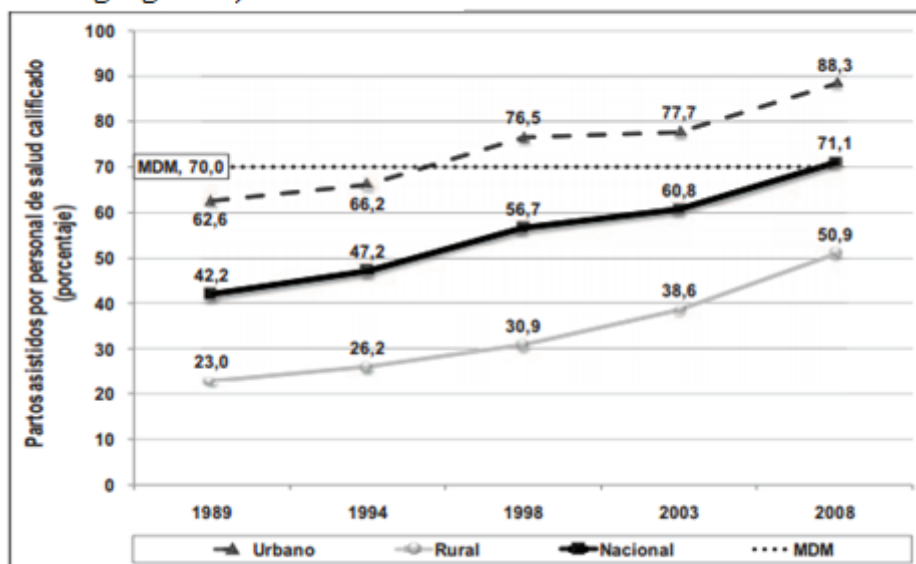
**Grafico 4 - Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nacidos vivos), 1989-2008.**



Fuente: PRIETO y SID, 2010, p. 26.

La tendencia que se observa es un aumento de la mortalidad materna de 36% en el periodo 2003-2008, es decir, en 2003, la razón de mortalidad era de 229 por 10 mil nacidos vivos y, en 2008, fue de 311. Llama mucho la atención que el porcentaje de partos atendidos por personal de salud calificado se incrementó de un 46,7%, en el año 1998, a un 71,1%, en 2008 (PRIETO; SID, 2010) como muestra el grafico 5.

**Grafico 5 - Partos asistidos por personal de salud calificado, por area geografica, 1989-2008.**



Fuente: PRIETO y SID, 2010, p. 27.

Las razones por las cuales las embarazadas no tienen acceso a los servicios de salud son: lejanía de los centros de salud, cobros excesivos por los servicios y el problema de no encontrar médicos disponibles, entre otras.

En cuanto a la comparación con América latina, a la par con Bolivia se encuentra Guatemala, con 290 por cada 100 mil nacidos vivos. También se observa un aumento de la mortalidad materna en países como Guatemala, Ecuador, Colombia, Honduras y otros como Panamá y República Dominicana, que no constan en la tabla 5 (PRIETO; SID, 2010).

**Tabla 5 - Mortalidad materna en países seleccionados de América Latina (tasa por 100.000 nacidos vivos), 1990-2005.**

País	1990	1995	2000	2005	Disminución porcentual 1990-2005
<b>Grupo 1</b>					
Chile	65	33	31	16	-75,4
Brasil	220	260	260	110	-50,0
Argentina	100	85	82	77	-23,0
<b>Grupo 2</b>					
Colombia	100	120	130	130	30,0
Venezuela	120	43	96	57	-52,5
<b>Grupo 3</b>					
Ecuador	150	210	130	210	40,0
El Salvador	300	180	150	170	-43,3
Guatemala	200	270	240	290	45,0
Perú	280	240	410	240	-14,3
<b>Bolivia</b>	<b>650</b>	<b>550</b>	<b>420</b>	<b>290</b>	<b>-55,4</b>
Nicaragua	160	250	230	170	6,3
Paraguay	160	170	170	150	-6,3
Honduras	220	220	110	280	27,3
<b>América Latina y el Caribe</b>	<b>180</b>	<b>190</b>	<b>190</b>	<b>130</b>	<b>-27,8</b>

Fuente: PRIETO; SID, 2010, p. 28. con datos de la CEPAL, OMS y la Dirección de Estadística de las Naciones Unidas.

### 3.1.3.3 Esperanza de Vida al Nacer

Es una medida sobre el nivel de mortalidad que expresa el promedio de años que se espera viva una persona. Es un indicador que caracteriza las condiciones de vida, de salud, de educación, y de otras dimensiones sociales. La esperanza de vida de Bolivia pasó a ser de 58,6 en 1990 a 66.4 en 2010, como muestra la tabla 6 (CEPAL, 2010).

**Tabla 6 - Esperanza de vida al nacer de ambos sexos, estimada por países, periodos y años seleccionados, 1950-2010.**

País y nivel de mortalidad	1950-1955	1970*	1990*	2010*
<b>América Latina</b>	<b>51,1</b>	<b>60,0</b>	<b>68,5</b>	<b>74,2</b>
<b>Alta (menos de 69 años)</b>				
Haití	37,6	47,1	54,4	61,6
Bolivia (Estado Plurinacional de)	40,4	45,9	58,6	66,4
<b>Media (de 69 años a menos de 72 años)</b>				
Guatemala	42,0	52,0	62,3	70,8
El Salvador	45,1	56,4	65,5	71,6
<b>Media baja (de 72 años a menos de 75 años)</b>				
Paraguay	62,6	65,4	68,0	72,3
Honduras	41,8	52,6	66,6	72,6
República Dominicana	46,0	58,5	67,8	72,7
Brasil	51,0	58,9	66,5	73,0
Colombia	50,6	60,9	68,3	73,4
Perú	43,9	53,5	65,6	73,6
Nicaragua	42,3	53,6	64,1	73,7
Venezuela (República Bolivariana de)	55,2	64,9	71,0	74,2
<b>Baja (75 años y más)</b>				
Ecuador	48,4	57,8	68,8	75,4
Argentina	62,5	66,3	71,3	75,8
Panamá	55,3	65,4	72,4	76,0
México	50,7	61,4	70,8	76,7
Uruguay	66,3	68,7	72,5	76,7
Chile	54,8	62,1	73,5	78,8
Cuba	59,5	69,8	74,7	78,9
Costa Rica	57,3	66,9	75,7	79,1

Fuente: CEPAL, Observatorio Demografico, 2010, p. 11.

Aun que se haya logrado un gran avance de forma positiva, debido a la reducción de la mortalidad infantil, este no fue tan satisfactorio debido al crecimiento de la mortalidad infantil en zonas rurales entre los años 2003-2008. Por lo tanto, la esperanza de vida boliviana aún sigue siendo muy inferior al promedio latinoamericano, que es de 74,2 para el año 2010.

A pesar de los significativos avances en los indicadores de salud, Bolivia aún se encuentra distante de los países mejor posicionados, que serían Chile y Cuba, los cuales representan dos modelos de sociedad opuestos. El primero más hacia la economía de mercado, y el segundo hacia un modelo de planificación de Estado. Entonces, es necesario instituciones eficientes que puedan garantizar la salud de la población ya que no hay un solo modelo.

### 3.2 PERFIL DEL DESARROLLO SOCIAL

En Bolivia, hubo varios intentos de aplicar teorías desarrollistas junto a la participación del Estado, por ejemplo, la Estrategia de Desarrollo (1969) y Plan Quinquenal (1975). Pero solo en el año 2006 es que se elabora una fuerte estrategia de desarrollo, con el Plan Nacional de Desarrollo y el nuevo Modelo Económico, Social, Comunitario y Productivo (MESCP), modelo desarrollado por el actual ministro de economía y finanzas y docentes universitarios (MEFP, 2011).

Además, el MESCP tiene como línea de acción la redistribución del ingreso; la recuperación del control y administración de los recursos naturales y empresas estratégicas por parte del Estado; el desarrollo productivo e industrialización. El Estado recuperó la propiedad

de las empresas que fueron privatizadas en la década de 1990, como YPFB, ENTEL, LAB. (MEFP, 2011).

El elemento central del nuevo modelo económico boliviano es la política de redistribución del ingreso proveniente de los excedentes de los recursos naturales y materias primas o denominados estratégicos hacia los sectores intensivos en mano de obra y de mayor valor agregado, así como a los sectores más desfavorecidos de la sociedad (MEFP, 2011, p. 133).

La nacionalización de los hidrocarburos fue un eje principal que permitió la generación de excedente para luego su reinversión en las propias industrias, al igual que pagos de bonos y financiamiento a sectores generadores de empleos.

En 2011, las políticas de redistribución de ingreso, se siguió aplicando para reducir la pobreza. Las principales Transferencias de Bonos<sup>17</sup> son: Bono Juancito Pinto, Renta Dignidad y Bono Juan Azurduy, que beneficia a aproximadamente 30% de la población más pobre (MEFP, 2011).

La elevada desigualdad en la distribución de los ingresos es un rasgo característico de la población Bolivia y claro de América Latina. En esta última década, la tendencia a la mejora de la distribución de los ingresos fue subiendo considerablemente (CEPAL, 2013).

El Índice de Gini es extremadamente importante cuando se trata de elaborar un análisis socioeconómico, ya que es muy utilizado para medir la desigualdad de ingreso de cualquier sociedad. Esta varía de 0 a 1, cuanto más próximo de uno, mayor la desigualdad y cuanto más próximo a cero, menor la desigualdad. El siguiente cuadro muestra la evolución de la concentración del ingreso de 1990 a 2012 (CEPAL, 2013).

**Tabla 7 - Indicadores de concentración de ingreso, Bolivia, 1990-2012.**

País	Año	Índices de concentración				
		Gini <sup>a</sup>	Theil	Atkinson		
				( $\alpha=0,5$ )	( $\alpha=1,0$ )	( $\alpha=1,5$ )
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1989*	0,537	0,573	0,242	0,426	0,587
	1999	0,586	0,657	0,293	0,537	0,736
	2002	0,614	0,775	0,322	0,553	0,732
	2009	0,508	0,511	0,223	0,413	0,594
	2011	0,472	0,398	0,187	0,359	0,527

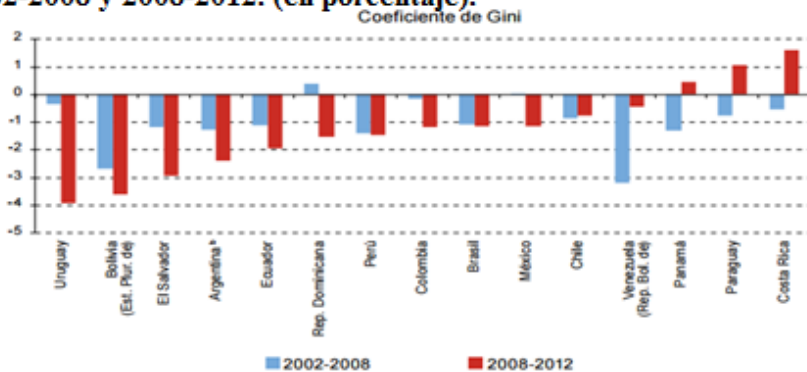
Fuente: CEPAL, 2013, p. 90

<sup>17</sup> Según el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, estos bonos tienen las siguientes características: Bono Juancito Pinto, consiste en el pago anual de 200 Bs. (29 US\$ aprox.), los beneficiarios son niños de nivel primario hasta 8vo grado; Renta Dignidad, está dirigida a la población mayor de 60 años, para garantizarles una vejez digna, el pago es mensual, consiste en 200 Bs. (29 US\$ aprox.); Bono Juana Azurduy, sus beneficiarios son mujeres en periodo de gestación (pago de 300 Bs.) y niños menores de 2 años (pago de 125 Bs. cada 2 meses).

Se puede concluir que existió una creciente concentración de ingreso entre, 1989 y 2002, de 0,537 para 0,614. Por otro lado, en años posteriores a 2002 el índice de Gini claramente muestra una caída de la concentración del ingreso de 0,614, en 2002, para 0,472, en 2011. Lo cual gran parte de la disminución del coeficiente es explicado por políticas de redistribución, programas sociales y transferencias de renta condicionadas entre otras medidas del gobierno para mejorar la calidad de vida de la población.

En esa misma línea, el siguiente grafico muestra la variación anual de los índices de desigualdad para los periodos (2002-2008) y (2008-2012) (CEPAL, 2013).

**Grafico 6 - Variación anual del Índice de Gini en países seleccionados de América Latina, 2002-2008 y 2008-2012. (en porcentaje).**



Fuente: CEPAL, 2013, p. 82.

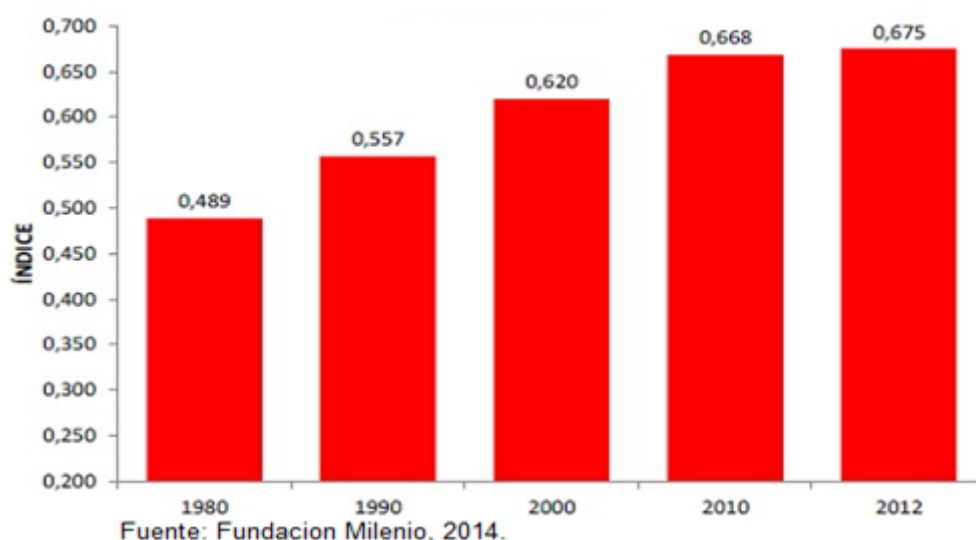
La variación del índice de desigualdad, entre los años 2002-2008, en la mayoría de los países muestra una leve tendencia a la reducción en gran parte de los países latinoamericanos, con la excepción de Venezuela, que en ese periodo, fue mayor la reducción del índice que en periodos más recientes, pero la caída del índice de desigualdad es más significativa en el periodo 2008-2012 en Uruguay, Bolivia, El Salvador, Argentina y Ecuador que tienen una reducción de la desigualdad de entre 2% a 4% por año, en caso del coeficiente de Gini. En países como Costa Rica, Paraguay y Panamá aumenta la desigualdad en 1,5%, 1% y 0,5%, sucesivamente. (CEPAL, 2013).

La desigualdad representa un gran obstáculo para el bien estar actual de la población y su desarrollo futuro. A pesar de que Bolivia muestre una mejoría entre el periodo 2002-2011, el abismo de la desigualdad continua siendo muy grande.

En cuanto al Índice de Desarrollo Humano el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) creo el indicador IDH, para medir el bien estar de la población. Los niveles próximos a 1 son considerados IDH altos y próximos a 0 IDH bajos. La evolución del IDH de

Bolivia desde 1980 hasta 2012 fue de mejoría, ya que tuvo un crecimiento constante. El grafico 7 muestra la evolución del IDH de 1980 a 2012 (FUNDACION MILENIO, 2014).

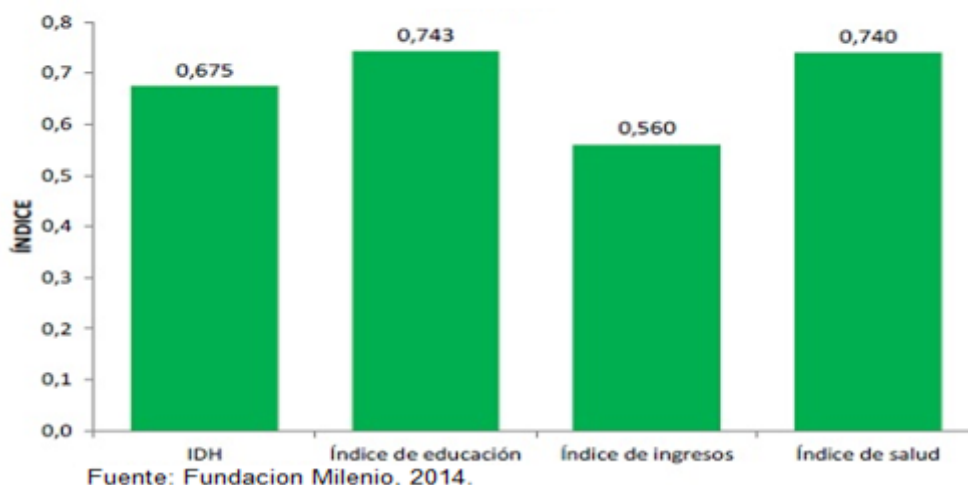
**Grafico 7 - Evolucion del Indice de Desarrollo Humano, Bolivia, 1980-2012**



Bolivia, en 1980, con IDH de 0,489 era clasificada dentro de los países con IDH bajo que está contemplado de 0,500 para abajo, y en 2012 con IDH de 0,675 paso a la clasificación de países con IDH medio, que queda entre 0,500 y 0,799. Esta evolución del Índice de Desarrollo Humano por un lado refleja la dinámica de la economía boliviana y por otro lado el impacto de las continuas inversiones tanto en educación como en salud.

En términos de los componentes del IDH para el año 2012, la situación de la Educación y la Salud son los que presentan índices superiores de 0,740, debido a las reformas en salud como la descentralización, la creación del SUMI del SSPAM y las transferencias condicionadas de bonos para madres, niños y ancianos, también en la mejora de la tasa de matriculación, reducción del abandono escolar, programas para erradicar el analfabetismo y el programa de transferencia condicionada (Bono Juancito Pinto) para incentivar la matriculación y permanencia en la educación primaria. Por otro lado, está el Índice de Ingresos, con 0,560, que es la más baja debido al riesgo de la población de caer en la pobreza por ingresos bajos ya que gran parte de la población económicamente activa son trabajadores informales, no tienen acceso a servicios médicos, no tienen derecho a pensión y no tienen contrato laboral, como muestra el grafico 8. (FUNDACION MILENIO, 2014).

**Grafico 8 - Composicion del IDH, Bolivia, 2012.**



El fuerte incremento de recursos que el país muestra por la exportación de hidrocarburos y minerales debe reflejarse en mejoras económicas y sociales. Las áreas de salud y educación se colocan en al frente de la lista de prioridades. Sin embargo no son suficientes para lograr los objetivos de desarrollo o por lo menos llegar a la media latinoamericana en indicadores de desarrollo.

El gasto social, desde 2006, fue dirigida a mejorar la calidad de vida de la población, destinando recursos para los sectores de educación, salud, protección social y vivienda. De 2005 a 2011, el gasto aumento un 25,1%, que represento el 12,6% del PIB (MEFP, 2011). Como muestra la tabla 8.

**Tabla 8 - Gasto social de la Administracion central, Bolivia, 2005-2011 (en millones de Bs.)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	Variación %					
								2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Total gasto social</b>	<b>9.548,3</b>	<b>10.871,1</b>	<b>12.017,3</b>	<b>13.925,8</b>	<b>15.769,9</b>	<b>17.025,4</b>	<b>21.304,2</b>	<b>13,9</b>	<b>10,5</b>	<b>15,9</b>	<b>13,2</b>	<b>8,0</b>	<b>25,1</b>
Educación	4.667,6	5.604,2	6.300,8	6.676,1	7.628,5	8.269,1	10.884,0	20,1	12,4	6,0	14,3	8,4	31,6
Protección social	3.412,6	3.631,4	3.836,9	5.489,9	6.045,5	6.430,5	7.024,6	6,4	5,7	43,1	10,1	6,4	9,2
Salud	1.204,7	1.555,7	1.652,8	1.500,0	1.826,9	2.087,7	2.956,6	29,1	6,2	-9,2	21,8	14,3	41,6
Vivienda y servicios comunitarios	263,5	79,9	226,7	259,8	268,9	238,1	439,0	-69,7	183,9	14,6	3,5	-11,5	84,3

Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP), 2011, p. 137

(p) Preliminar, incorpora estimaciones

(l) No incluye las colocaciones de fondos en fideicomiso

(a) Incorpora la estimación del valor nominal de la ayuda cubana en salud y educación, además de los desembolsos realizados en proyectos de salud, educación y equipamiento comunal por el Programa Bolivia Cambia, Evo Cumple

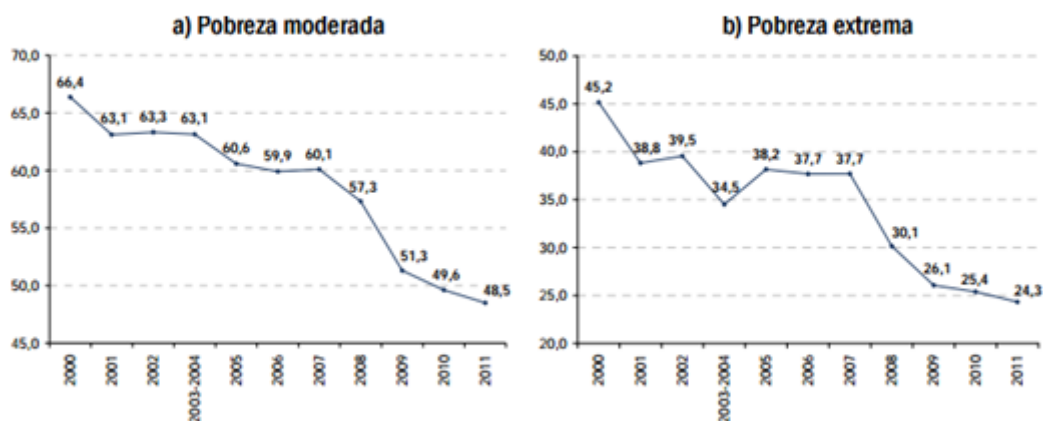
El incremento observado para el año 2011 se debe, principalmente, a las transferencias a los sectores de educación y protección social, los cuales representan el 51,1% (educación) y 33% (seguridad social) del gasto social total. En ese sentido el sector salud no ha sido tan beneficiada como los sectores ya mencionados, ya que tal acción es esencial para garantizar el



abastecimiento de insumos necesarios para ampliar la oferta de servicios que respondan a los problemas de salud con costos accesibles para la población boliviana.

En cuanto a pobreza, en la década de 90, la reducción de la pobreza fue un importante paso para el análisis del desarrollo. La población boliviana muestran una clara disminución en cuanto a pobreza, de 60,6% (que equivaldría a cerca de 5,9 millones de personas ), en 2005, a 48,5%, en 2011, esto en caso de la pobreza moderada, y la población que se encuentra en situación de pobreza extrema era de 38,2%, en 2005, paso a 24,3%, en 2011 (MEFP, 2011). Como muestra el grafico 9.

**Grafico 9 - Incidencia de la pobreza Moderada y Extrema, Bolivia, 2000-2011 (en porcentaje).**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP), 2011, p. 134

(p) Preliminar

Nota: Cifras preliminares de 2008 y 2009, y 2010 y 2011 estimadas por UDAPE

Esta década 2001-2011 fue muy importante para la reducción de la pobreza y extrema pobreza ya que se observa avances sustanciales y más aún desde 2006, año en el que se realiza mayores esfuerzos de lucha contra la pobreza vía transferencia condicionadas, programas sociales, políticas de redistribución y otras medidas gubernamentales que además de contribuir a la reducción de la pobreza mejora la calidad de vida de las personas.

Entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas para Bolivia, a partir de la década de 2000, están la erradicación de la pobreza y el hambre, promover la igualdad, reducir la mortalidad materno-infantil, combatir enfermedades entre otros, además de la reducción del desempleo que fue adoptada como una de las metas más importantes (PRIETO; SID, 2010).

La tasa de desempleo urbana llegó a 9,3% en 2004, el cual significó un aumento, ya que el año 2000 era de 7,5%. Los años posteriores a 2004 muestra que hubo una reducción del desempleo significativo, que llegó al 5,5% en 2011, y se llega a la conclusión de que estos datos

tienen coherencia con el incremento del ingreso nacional, y “[...] se debate ampliamente aspectos sobre la calidad del empleo, la formalidad, y seguridad de largo plazo” (MEFP, 2011, p. 142). El siguiente grafico muestra la tasa de desempleo urbano, considerado una de los más bajos de América Latina.

**Grafico 10 - Tasa de desempleo urbano, Bolivia, 2000-2011 (en porcentaje)**



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MEFP), 2011, p. 142.

Nota: Cifras 2008 estimadas por UDAPE; 2009 y 2010 corresponden a cifras del último trimestre de cada año según Encuesta Trimestral de Empleo INE; y 2011 al dato del segundo trimestre según Encuesta Trimestral de Empleo INE

La capacidad del Estado para incrementar la inversión pública, que posteriormente se traduzca en nuevas fuentes de empleo, se explica por hechos como la nacionalización de sectores claves de la economía boliviana como el de hidrocarburos, minero, eléctrico entre otros, proceso que dio al Estado los recursos para poder direccionarlos a inversión pública (MEFP, 2011).

Según el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas MEFP (2011) esta reducción del desempleo es debido a la creación de más de 220.000 empleos, y la creación de 23.143 nuevas empresas privadas desde 2006. Políticas que son centradas al crecimiento económico además que ayuden a elevar el PIB y reducir la extrema pobreza, esto no es suficiente para mejorar significativamente las condiciones de vida y de la salud.

## 4 CONCLUSION

En los últimos años, Bolivia tuvo un crecimiento económico a un ritmo que no lo hacía desde hace décadas, de forma continua y creciente. El promedio de la tasa de crecimiento del PIB fue de 4,7% en el periodo 2006-2011. En ese sentido los sectores de mayor participación en el PIB fueron la extracción de gas, petróleo y minerales con una participación de 12,19%; Industrias manufactureras, con 16,86%; Agricultura, con 12,65%; transporte almacenamiento y comunicaciones, con 11,16%, para el año 2010, según el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de Bolivia. Pero el crecimiento económico no debería traducirse simplemente en el crecimiento del volumen de riqueza de un país, si no en la mejora en la calidad de vida de su población.

En lo referente a los impactos de las condiciones de salud sobre el crecimiento económico, las políticas nacionales volcadas a la salud parecen desconocer la importancia de la inversión en la salud pública, ya que los gastos estatales en salud en porcentaje del gasto público total muestra una disminución para los años 2003-2010, de 10,9% en 2005, para 8,4%, en 2010, según datos del Ministerio de Salud y Deportes. Lo que evidencia una baja priorización de la salud con respecto a los demás gastos.

En esa misma línea, el gasto en salud *per cápita* en el periodo 2001-2010 se duplica. Es decir, de US\$ 59, en 2001, pasa a ser US\$ 106, en 2010, y US\$ 149, en 2012. A pesar de mostrar un avance importante, continua siendo muy inferior a lo que dispone la mayoría de países Latinoamericanos, en el cual Bolivia Nicaragua y Haití están entre las peores. Este incremento es explicado por el crecimiento del PIB, y no por participación de los gastos en salud en proporción al PIB.

En lo que respecta al desarrollo, los avances, como la desconcentración de renta, la reducción de la pobreza, disminución del desempleo y la mejora del Índice de Desarrollo Humano, son conquistas sociales y económicas importantes, que son reflejadas positivamente en la esfera más pobre de la población boliviana. Con esto, las políticas de crecimiento económico no reducen la concentración de la propiedad y de la riqueza, ni detienen el avance de la mercantilización del sistema de salud, ya que el 65% de los gastos en medicamentos materiales y suministros son realizados por el sector privado creando una barrera económica al acceso adecuado al servicio de salud.

A pesar de que las políticas instauradas a partir del 2006, con la nacionalización de empresas que fueron privatizadas en la década anterior, y el cambio de paradigma para un

gobierno más social, más participativo y solidario, ayuden a elevar el PIB reducir la miseria, no es capaz de mejorar significativamente las condiciones de salud por lo tanto de vida.

Si seguimos detenidamente la evolución de ciertos indicadores, particularmente en regiones rurales del país durante los últimos años, vemos que se mantienen o en algunos casos han empeorado, es el caso de la tasa de mortalidad infantil. A pesar de que este muestre una disminución de manera constante, en zonas rurales existe un aumento de la tasa de mortalidad que va de 67 muertes por mil nacidos vivos, en 2003, para 75 muertes, en 2008. Comparando la tasa de mortalidad infantil boliviana con países con similares niveles de ingresos, Bolivia tiene alrededor del doble de la tasa de mortalidad.

Sin duda, Bolivia ha logrado avances sustanciales y muy importantes en la primera década de este siglo de manera que casi todos los indicadores mejoraron, unos más que otros. Sin embargo aún existen problemas profundos, estructurales e históricos por resolver. Los datos de indicadores de salud nos muestran que hubo una mejora relativa sustancial pese a los robustos recursos que Bolivia tiene desde 2006. La calidad de vida de los bolivianos debería ser la prioridad de las políticas públicas y que estos avancen en pro del desarrollo.

## REFERENCIAS

AVILA, Montealegre Oscar I. **Salud y Crecimiento Económico: Expectativa de vida endógena y capital humano**. Bogotá, Universidad del Rosario, 2009. Disponible en: <https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Estudios%20Economicos/Salud%20y%20crecimiento%20econ%C3%B3mico%20expectativa%20de%20vida%20end%C3%B3gena%20y%20capital%20humano.pdf>> Acceso en: 13 Mar. 2015

BANCO MUNDIAL, **Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en salud**. 1993.

CASAMITJANA, N.; ALONSO, P. L. **La Salud en la Actualidad. La situación de la salud en el mundo**. Fundación BBVA, 2007. Disponible en: [http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud/tlfb\\_librosalud\\_portada.html](http://www.fbbva.es/TLFU/microsites/salud/tlfb_librosalud_portada.html)> Acceso en: 29 Abr. 2015

CEPAL, **Observatorio Demográfico: Mortalidad**. Abril, 2010. Disponible en: <http://archivo.cepal.org/pdfs/observatorioDemografico/S1000848.pdf>> Acceso en: 16 Ago. 2015

CEPAL, **Gasto Público en Servicios Sociales Básicos en América Latina y el Caribe**. Oct. 1999. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/4648/indice.htm>> Acceso en: 15 Ago. 2015.

CEPAL, **Panorama Social de América Latina**. Chile, 2013. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/35904>> Acceso en: 15 Ago. 2015.

DEL NERO, Carlos R., **Economia da Saude: Conceitos e Contribuicao para a Gestao da Saude, O que é Economía da Saude**. Brasilia, 2002. Disponible en: [http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/ipea\\_saude.pdf](http://www.prr4.mpf.gov.br/pesquisaPauloLeivas/arquivos/ipea_saude.pdf)> Acceso en: 13 Mar. 2015.

DUPUY, Julien Roger, **Análisis del Gasto y Financiamiento en Salud en Bolivia 2003-2010**. MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES, abril de 2012. Disponible en: <http://pt.scribd.com/doc/91213606/Julien-Dupuy-Analisis-del-gasto-y-financiamiento-en-salud-en-Bolivia-2003-2010#scribd>> Acceso en: 15 Ago. 2015

FUNDACION MILENIO, **Índice de Desarrollo Humano**. Informe Nacional de Coyuntura. Jun 2014. Disponible en:  
<<http://www.fundacion-milenio.org/Informe-Nacional-de-Coyuntura/coy-241-indice-de-desarrollo-humano.html>> Acceso en: 2 Sep. 2015

GADELHA, C. A. G.; COSTA, L. S. **Saude e desenvolvimento no Brasil**: avancos e desafios. Rio de Janeiro, 2012. Disponible en: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700003&script=sci_arttext)> Acceso en: 27 Dic. 2014.

GADELHA, C. A. G. **Desenvolvimento e saude**: em busca de uma nova utopia. Rio de janeiro 2007. Disponible en:  
<<http://www.unc.br/mestrado/textos/Bibliografia-2013-Desenvolvimento-e-Saude.pdf>>  
Acceso en: 27 Dic. 2014.

GARCIA, O. R. P.; CASTAÑEDA, N. G.; PEREZ, Z. G.; LABRADA, H. I. **La Salud en América Latina y el Caribe**. 2003. Disponible en:  
<[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-81202002000200003](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202002000200003)> Acceso en: 9 Jun. 2015.

Gil, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6ta ed. Sao paulo: Atlas, 2008.  
Disponible en:  
<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/28056/000768668.pdf?...1>> Acceso en: 29 Abr. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA -(INE). Disponible en:  
<http://www.ine.gob.bo/>> Acceso en: 02 May. 2015.

KLIKSBERG, Bernardo. **¿Cómo avanzar la participación en el continente más desigual de todos?** Rio de janeiro, 2007. Disponible en: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122007000300008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-76122007000300008&script=sci_arttext)> Acceso en: 09 Jun. 2015.

LEDO; SORIA, Carmen, Rene, **Sistema de salud de Bolivia**. 2011. Disponible en:  
<<http://www.scielosp.org/pdf/spm/v53s2/07.pdf>> Acceso en: 15 Ago. 2015.

MENDIZABAL, Gregorio Lozano, **Historia de la Salud Pública en Bolivia: De las juntas de sanidad a los directorios locales de salud.** OPS/OMS. 2002. La paz -Bolivia  
Disponibile en: <<http://www.ops.org.bo/textocompleto/nhs18852.pdf>> Acceso en: 15 Ago. 2015.

MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS, **Memoria de la Economía Boliviana 2011.** Disponible en:  
<[http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/MH/documentos/Memorias\\_Fiscales/Memorias/MEB\\_2011.pdf](http://medios.economiayfinanzas.gob.bo/MH/documentos/Memorias_Fiscales/Memorias/MEB_2011.pdf)> Acceso en: 16 Ago. 2015.

NOGUEIRA, Roberto P. **Saude e Desenvolvimento** CEBES, Brasilia, julho de 2011.  
Disponibile en:  
<[http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/07/CEBES\\_Teses.pdf](http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2011/07/CEBES_Teses.pdf)> Acceso en: 12 Abr. 2015.

OLIVEIRA, Gilson Batista. **Uma discussão sobre o conceito de desenvolvimento.** Revista FAE 2002. Disponible en:  
<[http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista\\_da\\_fae/fae\\_v5\\_n2/uma\\_discussao\\_sobre.pdf](http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v5_n2/uma_discussao_sobre.pdf)>  
Acceso en: 02 May. 2015.

(OMS), ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, Informe. **La Financiación de los sistemas de Salud.** El camino hacia la cobertura universal. 2010. Disponible en:  
<<http://www.who.int/whr/2010/es/>> Acceso en: 15 Ago. 2015.

OSPINA, Armando Gil, **Antecedentes de evidencias teóricas y empíricas de asociación bidireccional entre la salud y el crecimiento económico.** Colombia, agosto, 2010.

PEREZ, Pedro Plata, **Los Vínculos entre el crecimiento económico y la salud.** UAZ Mexico. Disponible en:  
<[http://publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4\(2\).pdf](http://publicaciones.eco.uaslp.mx/VOL6/Paper02-4(2).pdf)> Acceso en: 11 Abr 2015.

PRATA, Pedro Reginaldo **Desenvolvimento Económico, Desigualdade e Saude.** Rio de janeiro, 1994. Disponible en:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000300018&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000300018&script=sci_arttext)>  
Acceso en: 27 Dic. 2014.

PRIETO; CID, Lorena A., Camilo, **Análisis del Sector Salud de Bolivia.** Ago. 2010.

Disponible en:

<<https://publications.iadb.org/handle/11319/1740?locale-attribute=en>> Acceso en: 18 Jul. 2015.

RIZZOTO, Maria Lucia F. **A saude na proposta de desenvolvimento da Comissao Economica para a America Latina e o Caribe (CEPAL)/Organizacao Pan-Americana da Saude (OPAS).** Rio de Janeiro, marzo de 2013. Disponible en:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042013000100004&lng=pt&nrm=is&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042013000100004&lng=pt&nrm=is&tlng=pt)> Acceso en: 13 Abr. 2015.

SEN, Amartya, **Desenvolvimento como Liberdade.** Editora Schwarcz LTDA. Sao paulo. 2010.

STEWART, Emily. **El uso de servicios de salud pública en América Latina y el Caribe.**

2013. Disponible en: <<http://www.vanderbilt.edu/lapop/insights/IO910es.pdf> > Acceso en: 9 Jul. 2015.

VIANA, A. L. D. ELIAS, P.E.M. **Saude e desenvolvimento.** 2007. Disponible en:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000700002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700002)> Acceso en: 27 Dic. 2014.

ZAMORA, Juan Antonio C. **Salud, Desarrollo humano y gobernabilidad en America Latina y el Caribe a inicios del siglo XXI.** 2002. Disponible en:

<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v11n5-6/10724.pdf> > Acceso en: 12 Abr. 2015.