

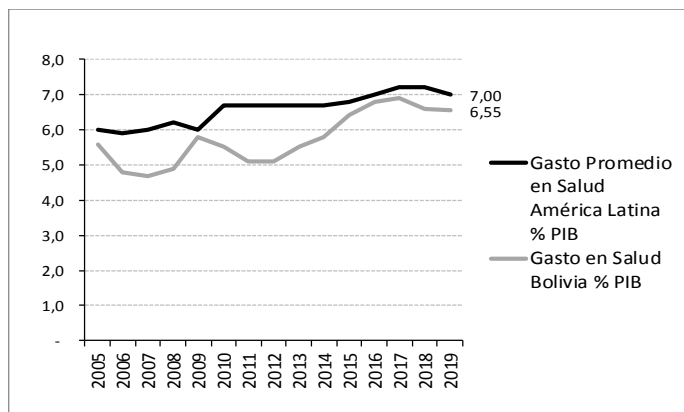
SOBRE EL PRESUPUESTO DE SALUD PÚBLICA EN BOLIVIA

Nelson Manzano
Docente-Investigador IESE-UMSS

Según información del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (ME y FP), en Bolivia el Presupuesto General del Estado (PGE) 2018 alcanzó la suma de Bs. 214.649 millones (en valores consolidados), un 6,5% de los cuales estuvo destinado al Sector Salud (Bs. 18.876 millones), considerando que este año el Producto Interno Bruto (PIB) boliviano alcanzó la suma de Bs. 286.000 millones (aproximadamente US\$ 41.092 millones). Este último dato es el que los medios de comunicación pusieron en agenda pública a principios de 2019, ante la demanda corporativa del Colegio Médico de Bolivia de que el presupuesto total del Sector Salud para ser coherente con las necesidades reales del sector, debería aumentar del 6,5 al 10,0% del PIB, es decir, incrementar el presupuesto de este sector hasta Bs. 28.600 millones, con un adicional de Bs. 9.725 millones (aproximadamente US\$ 1.390 millones).

Al respecto, es importante señalar que según información del Centro Económico para América Latina (CEPAL), para 2015 (Ver Cuadro 1) el Gasto en Salud como porcentaje del PIB regional representó el 7,0%, sobresaliendo en este indicador países como Cuba (10,9%), Uruguay (9,2%), Brasil (8,9%), Chile (8,1%) y Costa Rica (8,1%) cuyo Gasto en Salud tuvo una participación cercana al 10% respecto a sus PIBs, y que según el Colegio Médico de Bolivia, estarían respondiendo a modelos estatales de gestión pública de salud que tienen como objetivo principal garantizar el funcionamiento de este sector en términos de las demandas reales de recursos humanos, infraestructura y equipamiento que requieren; y que por lo mismo, Bolivia debería emular, es decir, transitar hacia estos modelos.

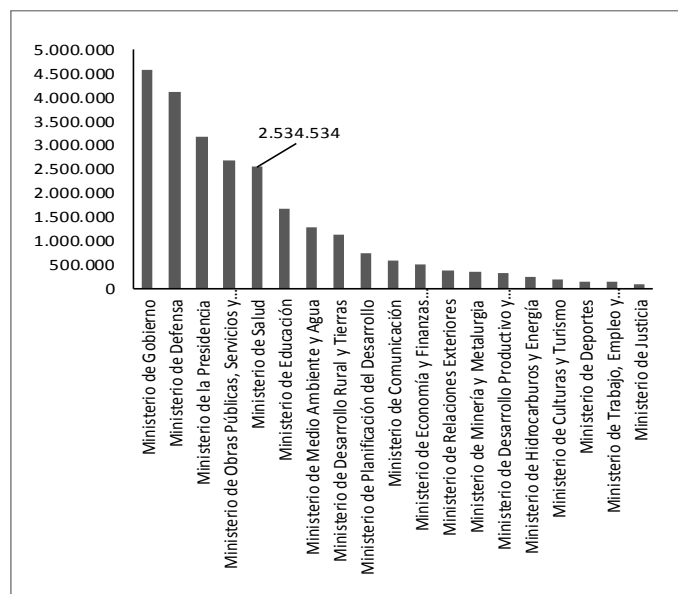
Cuadro 1
Gasto Promedio en Salud, 2005-2019



Fuente: Elaboración propia con base en información del MEyFP y la CEPAL.

A nivel ministerial (Órgano Ejecutivo de Gobierno, que maneja solo una parte del conjunto de recursos del Sector Público) la asignación presupuestaria muestra que para 2018, el Ministerio de Salud tuvo una asignación de Bs. 2.534 millones (10,3% del total), constituyéndose en el quinto ministerio con mayor asignación presupuestaria, después de los Ministerios de Gobierno (18,6%), Defensa (16,7%), Presidencia (12,9%) y Obras Públicas (10,9%), donde llama la atención que los tres primeros sean ministerios del área política y no técnica. (Ver Cuadro 2).

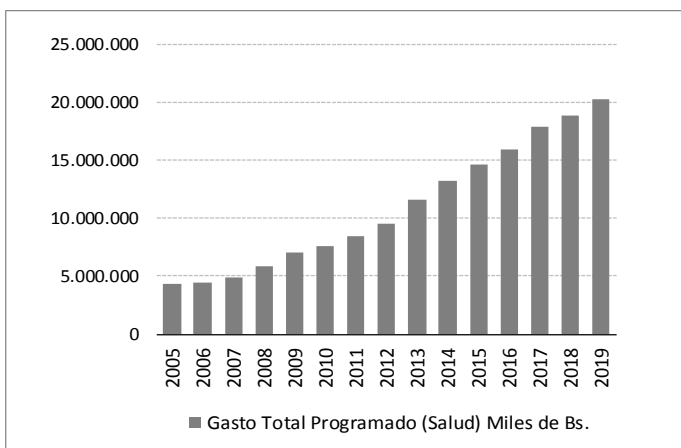
Cuadro 2
Bolivia: Presupuesto por Ministerios de Estado, 2018
(Miles de Bs.)



Fuente: Elaboración propia con base en información del MEyFP.

No obstante, como descargo para el gobierno boliviano, debe señalarse, sin embargo, que el problema de la Salud Pública en este país, tiene un evidente carácter estructural, por lo que sus desempeños deben ser analizados y evaluados en el largo plazo. Para este efecto, tal cual se muestra en el Cuadro 3, la información estadística permite verificar que entre 2005 y 2019 el Presupuesto de Gasto en Salud Pública en Bolivia se incrementó en 4,7 veces (de Bs. 4.313 millones a Bs. 20.232 millones), aunque es importante señalar que, en este mismo periodo, según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) hubo una disminución del valor adquisitivo del dinero del 75,2%, vía incremento acumulado de precios.

Cuadro 3
Bolivia: Presupuesto de Gasto en Salud Pública, 2005-2019



Fuente: Elaboración propia con base en información del MEyFP y la CEPAL.

Dado que la problemática de la salud pública en Bolivia y sus recursos presupuestarios, es de carácter estructural, el actual gobierno de Bolivia, propuso desde los Ministerios de Salud y Economía y Finanzas Públicas atender esta sentida y legítima demanda, con base en la aplicación de un programa de acción pública iniciada en 2013 (después de ocho años de gobierno) a partir de la promulgación de la Ley 475 (Ley de Prestaciones de Servicios de Salud Integral del Estado Plurinacional de Bolivia), que reemplazó al antiguo sistema del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SAM), implementados en 2002 y 2005, respectivamente.

La referida Ley No 475 tuvo como objeto el establecimiento y la regulación de la atención integral y la protección financiera en salud de la población beneficiaria que no se encuentre cubierta por el Seguro Social Obligatorio de Corto plazo y que –por las características complejas– tuvo que ser complementada con la promulgación de las leyes No 1069 de 2018 y No 1152 de 2019, ambas modificatorias de la Ley 475 y de creación del Sistema Único de Salud, Universal y Gratuito (SUS), posteriormente reglamentadas por los Decretos Supremos No 3789, 3796 y 3819 de 2019 (referidas particularmente a la creación de nueva infraestructura hospitalaria y los trabajos de equipamiento en establecimientos de salud de tercer nivel, que en el corto plazo estaría dirigido al mejoramiento y/o acondicionamiento de diez Hospitales y cuatro Institutos Especializados de Salud) y en el mediano plazo ampliarse a 49 hospitales e institutos especializados.

El Sistema Único de Salud, por ello, nace con un abultado requerimiento económico-financiero, que según fuentes oficiales asciende para el corto plazo a Bs. 1.400 millones, distribuidos de la siguiente manera: Bs. 553 millones para efectos de garantizar las 1.200 prestaciones que cubrirá el

SUS; Bs. 770 millones, que serán utilizados para efectos de crear nuevos ítems en salud (recursos humanos); Bs. 210 millones, para efectos de mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud existentes y Bs. 168 millones, para efectos de fortalecer el equipamiento del sector. No obstante, el referido presupuesto de implementación del SUS en Bolivia, a decir del Colegio Médico de Bolivia, es totalmente insuficiente en la tarea de garantizar el cumplimiento de las altas expectativas que generó, principalmente en temas relacionados a la creación de nuevos ítems de personal de salud. Actualmente en Bolivia existen unos 15.400 profesionales que trabajan en establecimientos de salud pública, de los cuales solo 8% (1.232) son médicos especialistas, y 16% (2.464) son médicos generales.

En el mismo ámbito, la Organización Mundial para la Salud (OMS) recomienda que para brindar servicios adecuados de salud en un territorio deberían existir al menos 23,0 profesionales de salud, por cada 10.000 habitantes. Al respecto, en Bolivia en 2018, la OMS reportó una relación de 14,1 profesionales de la salud por cada 10.000 habitantes, lo que devela la insuficiente dotación (déficit) de profesionales de la salud pública en este país, muy por debajo de países como Uruguay (63,0), Argentina (37,0), Chile (36,0), Paraguay (34,0) y Perú (26,0) y solo encima de Honduras (13,6), Guatemala (12,5) y Haití (3,6). Esto anterior representó en 2018 un déficit de personal de salud pública en Bolivia de aproximadamente 9.900 ítems, 2.400 de los cuales serían médicos (800 especialistas y 1.600 generales).

En temas de infraestructura de salud, según información del Ministerio de Salud, en Bolivia existen 3.987 establecimientos de salud (3.680 de primer nivel, 232 de segundo nivel y solo 75 de tercer y cuarto nivel. Por su parte, la población beneficiaria, según el INE, de seguros de salud, supera escasamente los cuatro millones, en tanto que la población trabajadora que cotiza en forma privada en sistemas de salud asciende a un millón y medio de trabajadores. Por ello, sobre una población total de once millones de personas, se estima que actualmente existen en Bolivia alrededor de cinco y medio millones de personas, que carecen de servicios de salud y que tendrían que ser cubiertos por el SUS.

Como conclusión, se puede establecer que el SUS en Bolivia, representa importantes “avances sectoriales”, particularmente en la cobertura de servicios en el corto plazo; no obstante, muestra serias limitaciones para su implementación en el mediano plazo, por la insuficiencia de recursos de financiamiento, dados sus ambiciosos alcances; lo que nos retrotrae a la demanda del Colegio Médico de Bolivia de incrementar el gasto público de salud al 10% del PIB, como una forma inicial de avanzar en la mejora “real” de las condiciones de salud en el país, partiendo de su condicionamiento económico-financiero.