



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA

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

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



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

ACCESO A SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA

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

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

Introducción

En los últimos años, el tema de la cobertura universal está tomando cada vez más importancia a nivel internacional: en este marco, se constata por ejemplo que algunos países de América Latina, históricamente caracterizados por grandes inequidades, están incrementando las coberturas de servicios de salud en poblaciones desprotegidas (Mills 2007). En 2005, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS instó a sus estados miembros planificar instrumentos de cobertura a vocación universal para garantizar el acceso a los servicios de salud (OMS 2005). En Bolivia, como resultado de las movilizaciones sociales de los años 1990 a 2005, emanaron propuestas para la transformación del Sector, realizadas en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud del año 2006 (MSyD 2010) y plasmadas en la Constitución Política del Estado aprobada mediante Referéndum en el año 2009: en ella, se plantea, entre otros, el derecho a la salud, el acceso a la salud de todas las personas sin exclusión ni discriminación alguna y el acceso gratuito de la población a los servicios (Asamblea Constituyente y Honorable Congreso Nacional 2008). Es en este contexto que el Estado Plurinacional de Bolivia, a través del Ministerio de Salud y Deportes, está preparando la implementación del Sistema Único de Salud, que incluye la cobertura universal de salud gratuita en el punto de atención, en un contexto de exclusión social en salud de gran magnitud, ya que el 77% de la población estaba, en diferentes grados, excluido en salud en el año 2002, principalmente por razones económicas (UDAPE y OPS 2004).

La cobertura universal (CU) está definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una situación en la cual todos los individuos, en el momento en el que lo necesitan, tienen acceso a servicios de salud integrales (es decir que incluyen promoción, prevención, tratamientos y rehabilitación), adaptados y a un costo abordable, lo que supone, entre otros, un acceso equitativo y una protección contra el riesgo financiero (Carrin *et al.* 2005). El análisis del aspecto sobre la existencia de sistema(s) de protección financiera en salud (seguro(s) u otros sistema(s) de cobertura) que permitan a la población acceder a servicios de salud gratuitos o altamente subvencionados, muestra que existen grandes inequidades en Bolivia, ya que para el año 2010, solamente el 52,9% de la población está teóricamente cubierta por algún seguro de salud social o público (Dupuy 2011a). Sin embargo, de acuerdo con estimaciones de la Encuesta de Hogares 2009 (INE 2011b), solamente el 33,6% de la población reporta beneficiarse de algún seguro de salud (30,7% si solo se toma en cuenta Seguridad Social y Seguros Públicos), significando que aproximadamente el 42% de las personas cubiertas teóricamente reportan no beneficiarse de algún seguro de salud estatal, demostrando así una falta de acceso hacia los servicios cubiertos por estos seguros (Dupuy 2011a).

En este contexto, es necesario analizar otra dimensión de la cobertura universal, que es el acceso de la población a servicios de salud integrales, en el momento en el que lo necesita, independientemente de la existencia o no de algún sistema de protección financiera en salud. Es en este marco que el presente estudio analiza el acceso real de la población hacia los servicios de salud, con el fin de apoyar la decisión de las autoridades bolivianas en el proceso de implementación de la cobertura universal en salud en el Estado Plurinacional de Bolivia. Este estudio es el segundo de una serie de tres investigaciones teóricas y estadísticas: en el primero, se analizó la cobertura de seguros de salud (Dupuy 2011a), mientras que el tercer estudio analizará la producción actual de servicios y el incremento de demanda con la implementación de la cobertura universal en Bolivia, cruzando datos de producción, acceso (presente estudio) y cobertura por seguros (primer estudio).

Para analizar el acceso a servicios de salud en Bolivia, se presentará a continuación un rápido marco conceptual (Capítulo I); luego, en el Capítulo II, se explicará el marco metodológico utilizado, mientras que en los Capítulos III y IV, se analizará estadísticamente el acceso a servicios de salud, en general y según grupos de población, a partir de un análisis bivariado entre variables de acceso a servicios y características socio económicas de la población boliviana.

Resumen Ejecutivo

Una de las principales características sociales del Estado Plurinacional de Bolivia, es el alto grado de exclusión en salud, definiendo en el presente documento este término como el proceso a través del cual un individuo o grupo de individuos están en la imposibilidad de ejercer plenamente su derecho a la salud; en este sentido, la exclusión en salud engloba el proceso de exclusión de los servicios de salud y de los mecanismos de protección financiera en salud, pero también el proceso de exclusión del acceso a todo tipo de bien, servicio, actividad u otro factor externo al sector salud que determina el estado de salud de la población, sea en relación con el ingreso, educación, discriminaciones, etc. Dentro de esta conceptualización, uno de los componentes de la exclusión social en salud es entonces el acceso a servicios de salud, el cual es el objeto del presente estudio, con la finalidad de estimar la proporción de la población boliviana que no tiene acceso al sistema de salud e identificar grupos de población más excluidos en relación al acceso a servicios de salud.

Desde el punto de vista metodológico, la determinación de la exclusión de los servicios de salud consistió en medir la proporción de la población que, requiriendo un servicio de salud (demanda percibida), no pudo acceder a este de manera institucional. Este análisis también incluyó datos sobre el personal que proporcionó la atención en salud y lugar / subsector de atención de la enfermedad, así que de calidad percibida, todo ello analizado a nivel nacional y por características socio-económicas de la población, con el objetivo de identificar brechas de acceso entre diferentes grupos de población construidos con criterios geográficos, de género, de edad, de educación, laborales, económicos, de pertenencia a Pueblos indígenas Originarios, de cobertura por seguros de salud y de cobertura del bono Juana Azurduy, entre otros. El estudio fue realizado a partir de los datos de las encuestas de hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

El primer paso del análisis consistió en la determinación de la necesidad de atención percibida por la población, que se identifica mediante el auto-reporte de enfermedad y de accidente durante las cuatro semanas que precedieron la encuesta, además de la declaración de enfermedad diarreica aguda (EDA) y de resfríos o infecciones respiratorias en niños menores de cinco años. Esta dimensión de análisis permitió la identificación del primer grupo de análisis, que es la población que percibió necesidad de atención en salud, la misma en la cual se aplicó en una segunda etapa el análisis de acceso y exclusión de los servicios de salud. En forma general (población encuestada), la encuesta de hogares 2009 reporta que el 22,2% de la población se encontró enferma, es decir con necesidad percibida en salud, en el mes anterior a la encuesta. La falta de información impide considerar la gravedad de la enfermedad, pero se cuenta con datos por grupos de población que muestran que de manera general, las poblaciones del área rural, niños y adultos mayores, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetas, no asalariados o con empleo informal y pobres extremos son las categorías de personas que tienen las mayores probabilidades de enfermarse. La clara identificación de estos grupos permite establecer una primera priorización de población, la que necesita mayor atención en salud, aunque no se conoce el tipo de enfermedad y entonces el tipo de atención requerida. Además, la probabilidad de enfermarse puede asimilarse a un análisis de la exclusión en salud, ya que el análisis por grupos de población a partir de las encuestas de hogares permite identificar condiciones a través de las cuales un individuo o una familia tienen mayor probabilidad de enfermarse y en este sentido, a través de los cuales no pueden ejercer plenamente su derecho a la salud; estas condiciones son la pobreza, la falta de educación formal, el lugar de residencia, etc. Sin embargo, el presente análisis de enfermedad es solamente de estadística lineal, y no permite la identificación dinámica de los procesos que llevan a la exclusión en salud, de acuerdo a la definición propuesta en el documento.

El segundo paso del análisis consistió en estimar la proporción de esta población con necesidad de salud, que accedió a servicios de salud institucionales, identificando dos tipos de población excluida: la que no demandó atención (auto-excluidos) y la que accedió a una atención no institucional, es

decir los que fueron principalmente atendidos por un familiar o un farmacéutico. En totalidad, la encuesta de hogares 2009 reporta que solamente el 56,6% de la población que tuvo necesidad percibida en salud accedió a una atención institucional (proporcionada por un médico o una enfermera / auxiliar), mientras que el resto (43,4%) se encontró excluido, sea por ser atendido por personal no institucional (28% de las personas con necesidad en salud) o por no haber sido atendido (autoexclusión) en el 15,4% de los casos reportados de enfermedad. Si bien sigue siendo muy baja, esta tasa de acceso institucional de personas enfermas es mayor a lo que se pudo observar antes del 2007 (entre 41 y 47%). Por otra parte, se debe relativizar este resultado, ya que además de los limitantes inherentes a este tipo de encuesta, se estima que casi la mitad (45,1%) de la autoexclusión se debe a personas que reportaron no necesitar atención en salud, sea por tratarse de un caso leve (30,1% de la auto-exclusión) o por automedicación (15%).

Por otra parte, los datos de las encuestas de hogares permiten construir datos indicativos del acceso a servicios y de la exclusión por grupos de población, mostrando que de manera general, las poblaciones del área rural, Indígenas Originarias, sin educación y/o analfabetas, con empleo informal y pobres extremos son las categorías de personas que tienen las mayores probabilidades de ser excluidas de los servicios de salud cuando los necesitaron. Se constata que estos grupos más excluidos son también los que tienen mayor necesidad percibida en salud, salvo algunas excepciones como los niños menores de 10 años y adultos de 60 años y más (grupos que muestran mayor necesidad pero también mayor acceso) y las mujeres con necesidad de atención del parto, que tienen un acceso a servicios relativamente alto (85% de partos institucionales entre 2008 y 2009). Esta figura llama la atención y cuestiona la implementación de las políticas de salud ya que muestra que las poblaciones con mayores necesidades no fueron priorizadas en el acceso a servicios, excepto por criterio de edad a través del SUMI y del SSPAM. Identificar estos diferentes grupos de población permitió, además de identificar condiciones socio-económicas a través de las cuales se tiene mayor probabilidad de ser excluido del sistema de salud institucional, de establecer las premisas de una nueva priorización de población, basada en otros criterios que la edad, para asegurar que las nuevas políticas de salud lleguen bien al conjunto de la población.

Por otra parte, se analizó en el presente estudio las causas directas de auto-exclusión (demanda contenida) de los servicios de salud para el periodo 2003-04, mostrando que la barrera económica es la razón principal de no buscar atención en salud en el 40,9% de los casos de demanda contenida. Este dato muestra, en paralelo a la mayor exclusión reportada en personas sin seguro de salud (53,2% contra 32,3% en personas con seguro), que un sistema de seguro o de cobertura gratuita en el punto de atención permitiría reducir en grandes proporciones la exclusión de los servicios de salud, sobre todo si se considera que este análisis de causa de exclusión no pudo ser realizada en personas excluidas por haber sido atendidas no institucionalmente (debido a la falta de información en la encuesta de hogares). Sin embargo, este dato también muestra que no es suficiente crear un mecanismo de cobertura gratuita en el punto de atención, ya que el criterio económico no es el único que impide el acceso a servicios de salud, y que aún en personas cubiertas por seguros de salud, se reportan todavía barreras económicas.

Finalmente, se analizó el nivel de calidad percibida reportada en la encuesta de hogares 2009, mostrando que el 57,6% de las personas que recibieron atención institucional percibieron buena calidad de atención, mientras que una mala calidad fue reportada en 6,2% de los casos. Según subsector de atención, es en la Seguridad Social de corto plazo que se reporta la peor calidad, seguida por el subsector público. Si se consideran como excluidas a las personas que fueron atendidas institucionalmente y con mala calidad, la tasa de exclusión de los servicios de salud ajustada por el criterio de calidad asciende al 46,3% de la población con necesidad percibida en salud, en lugar de 43,4% si no se considera el criterio de calidad: el 15,4% tuvo demanda contenida, el 28,0% fue atendido de manera no institucional y el 2,9% fue mal atendido en servicios institucionales. Estos datos demuestran que, además de la falta de acceso hacia la infraestructura de salud, la falta de calidad en los subsectores público y de la Seguridad Social constituye en sí una barrera de acceso, en el sentido de que personas mal atendidas podrán luego alejarse de los servicios cuando los necesitarán, pero también constituye una fuente de ineficiencia de los servicios.

Índice de Contenido

<i>Introducción</i>	5
<i>Resumen Ejecutivo</i>	7
Capítulo I. Marco conceptual de la exclusión en salud y del acceso a servicios	15
I.1. Evaluación del sistema de financiamiento de la salud	17
I.1.1. Identificación de las siete problemáticas-claves del financiamiento de la salud	17
I.1.2. Primera problemática-clave: cobertura de la población	18
I.2. Concepto de exclusión en salud y acceso a servicios de salud	19
I.2.1. Concepto de exclusión social como noción general	19
I.2.2. Concepto de exclusión social en salud.....	20
I.2.3. Concepto de acceso a los servicios de salud	21
Capítulo II. Marco metodológico del estudio	23
II.1. Presentación general de las Encuestas de Hogares	23
II.1.1. Antecedentes	23
II.1.2. Marco metodológico de las encuestas de hogares.....	23
II.1.3. Módulo de salud y acceso a servicios dentro de las Encuestas de hogares	25
II.2. Estimación del acceso a servicios de salud a partir de las encuestas	26
II.3. Análisis bivariado por características poblacionales	28
Capítulo III. Necesidad de atención percibida	31
III.1. Necesidad percibida general en Encuestas de hogares	31
III.2. Necesidad percibida según grupos de población	34
III.2.1. Necesidad percibida según criterios geográficos.....	34
III.2.2. Necesidad percibida según criterios de edad y de género	35
III.2.3. Necesidad percibida según pertenencia indígena originaria.....	36
III.2.4. Necesidad percibida según nivel de educación	38
III.2.5. Necesidad percibida según actividad laboral.....	40
III.2.6. Necesidad percibida según criterios económicos (ingresos)	44
III.2.7. Necesidad percibida según cobertura por seguros de salud	45
III.3. Conclusiones sobre necesidad percibida en salud	46

Capítulo IV. Acceso a servicios de salud	47
IV.1. Acceso general a servicios de salud en Encuestas de hogares.....	47
IV.1.1. Acceso general a servicios de salud para atención de enfermedad.....	47
IV.1.2. Acceso general a servicios de salud para atención del parto.....	49
IV.1.3. Acceso general a servicios de salud según personal de atención	50
IV.1.4. Acceso general a servicios de salud según lugar de atención	52
IV.1.5. Razón de no demanda de servicios de salud (auto-exclusión)	54
IV.2. Acceso a servicios de salud según grupos de población	56
IV.2.1. Acceso a servicios de salud según criterios geográficos.....	56
IV.2.2. Acceso a servicios de salud según criterios de edad y de género	65
IV.2.3. Acceso a servicios de salud según pertenencia Indígena Originaria.....	72
IV.2.4. Acceso a servicios de salud según nivel de educación.....	83
IV.2.5. Acceso a servicios de salud según criterios laborales.....	94
IV.2.6. Acceso a servicios de salud según criterios económicos (ingresos)	111
IV.2.7. Acceso a servicios de salud según cobertura por seguros y bono J. Azurduy	120
IV.3. Calidad de atención percibida en servicios de salud.....	130
IV.3.1. Calidad percibida general y exclusión ajustada por criterio de calidad	130
IV.3.2. Calidad percibida según personal de atención.....	132
IV.3.3. Calidad percibida según lugar y subsector de atención	132
IV.3.4. Calidad institucional percibida según grupos de población	134
IV.4. Conclusiones sobre acceso y exclusión de servicios de salud	138
 Conclusiones y recomendaciones.....	 141
 Bibliografía	 143

Índice de Tablas y Cuadros

Cuadro 1	– Distribución del marco muestral en la Encuesta de Hogares 2009	24
Cuadro 2	– Comparación del diseño de encuestas de hogares, 1999-2009.....	25
Cuadro 3	– Dimensiones y variables utilizadas para establecer grupos de población	29
Cuadro 4	– Enfermedad reportada en la Encuesta de Hogares 2009.....	31
Cuadro 5	– Enfermedades reportadas en Encuestas de Hogares, 1999-2009.....	33
Cuadro 6	– Necesidad de atención percibida según área geográfica, 2009	34
Cuadro 7	– Necesidad de atención percibida según Departamento, 2009	35
Cuadro 8	– Necesidad de atención percibida según sexo, 2009.....	35
Cuadro 9	– Necesidad de atención percibida según pertenencia a PIOC, 2009	37
Cuadro 10	– Necesidad de atención percibida según idioma hablado, 2009.....	37
Cuadro 11	– Necesidad de atención percibida según criterios de educación, 2009	39
Cuadro 12	– Necesidad de atención percibida según nivel de educación de la madre, 2008	39
Cuadro 13	– Necesidad de atención percibida según población activa / edad de trabajar, 2009.....	40
Cuadro 14	– Necesidad de atención percibida según formalidad y tipo de empleo.....	41
Cuadro 15	– Necesidad de atención percibida según grupo ocupacional, 2009.....	42
Cuadro 16	– Necesidad de atención percibida según rama / sector de actividad, 2009.....	43
Cuadro 17	– Necesidad de atención percibida según incidencia de pobreza, 2009	44
Cuadro 18	– Necesidad de atención percibida según quintil de ingreso del hogar, 2009.....	44
Cuadro 19	– Necesidad de atención percibida según cobertura por seguros de salud, 2009	45
Cuadro 20	– Población con acceso y excluida de los servicios institucionales, 1999 a 2009.....	48
Cuadro 21	– Acceso a servicios de salud según personal de atención, 2009.....	50
Cuadro 22	– Acceso y exclusión de los servicios, según personal de atención, 1999 a 2009.....	51
Cuadro 23	– Acceso a servicios de salud según lugar de atención, 2009	52
Cuadro 24	– Lugar de atención de la población con necesidad percibida en salud, 1999 a 2009 ...	53
Cuadro 25	– Razón de no demanda de atención en salud, 2003-2004	55
Cuadro 26	– Exclusión y acceso a servicios de salud según criterios geográficos, 2009.....	56
Cuadro 27	– Tipo de personal que atendió a la enfermedad según área geográfica, 2009.....	58
Cuadro 28	– % de personas atendidas según lugar de atención y criterios geográficos, 2009.....	59
Cuadro 29	– Razón de no atención según criterios geográficos, 2003-04	61
Cuadro 30	– Lugar de atención del parto según criterios geográficos, 2008-09	64
Cuadro 31	– Exclusión y acceso a servicios de salud según sexo, 2009.....	65
Cuadro 32	– Exclusión y acceso a servicios de salud según grupos de edad, 2009	66
Cuadro 33	– Tipo de personal que atendió a la enfermedad según edad y género, 2009.....	67
Cuadro 34	– Lugar de atención de personas enfermas según criterios de edad y género, 2009	68
Cuadro 35	– Razón de no atención según sexo, 2003-04.....	69
Cuadro 36	– Razón de no atención según grupos de edad, 2003-04	70
Cuadro 37	– Lugar de atención del parto según grupo de edad de la madre, 2008-09	71
Cuadro 38	– Exclusión y acceso a servicios de salud según pertenencia a PIOC, 2009	72
Cuadro 39	– Exclusión y acceso a servicios de salud según idioma hablado, 2009.....	73
Cuadro 40	– Personal de atención según pertenencia a PIOC, 2009	73
Cuadro 41	– Tipo de personal de atención de la enfermedad según idioma hablado, 2009	74
Cuadro 42	– Lugar de atención según pertenencia a Pueblo Indígena Originario, 2009.....	75
Cuadro 43	– % de personas atendidas según lugar de atención y según idioma hablado, 2009.....	76

Cuadro 44	– Razón de no atención según pertenencia a Pueblo Indígena Originario, 2003-04	77
Cuadro 45	– Razón de no atención según idioma hablado, 2003-04	78
Cuadro 46	– Persona que proporcionó atención del parto, según idioma hablado, 2008-09.....	81
Cuadro 47	– Lugar de atención del parto según pertenencia a P. Indígena Originario, 2008-09	82
Cuadro 48	– Exclusión y acceso a servicios de salud según criterios de educación, 2009	83
Cuadro 49	– Personal de atención de la enfermedad según alfabetismo, 2009	84
Cuadro 50	– Personal de atención de la enfermedad según nivel educativo, 2009.....	85
Cuadro 51	– Personal de atención de la enfermedad según nivel educativo de la madre, 2008.....	86
Cuadro 52	– Lugar de atención según criterios educativos, 2009.....	87
Cuadro 53	– Lugar de atención según nivel educativo de la madre, 2008.....	88
Cuadro 54	– Razón de no atención según criterios de educación, 2003-04	89
Cuadro 55	– Persona que proporcionó atención del parto, según nivel educacional, 2008-09	91
Cuadro 56	– Lugar de atención del parto según criterios de educación, 2008-09	92
Cuadro 57	– Lugar de atención del parto según nivel educacional de la madre, 2007-08.....	93
Cuadro 58	– Exclusión y acceso a servicios según población activa / edad de trabajar, 2009.....	94
Cuadro 59	– Exclusión y acceso según formalidad y tipo de remuneración / contrato, 2009	94
Cuadro 60	– Exclusión y acceso a servicios de salud según grupo ocupacional, 2009.....	95
Cuadro 61	– Exclusión y acceso a servicios según sector económico y rama de actividad, 2009 ...	96
Cuadro 62	– Personal de atención según población activa / edad de trabajar, 2009	97
Cuadro 63	– Personal de atención según formalidad y tipo de remuneración / contrato, 2009	97
Cuadro 64	– Personal de atención de la enfermedad según grupo ocupacional, 2009	98
Cuadro 65	– Lugar de atención según población activa / edad de trabajar, 2009	100
Cuadro 66	– % de personas atendidas según lugar de atención y criterios laborales, 2009	101
Cuadro 67	– % de personas atendidas según lugar de atención y criterios laborales, 2009	103
Cuadro 68	– Razón de no atención según población activa / edad de trabajar, 2003-04	104
Cuadro 69	– Razón de no atención según criterios laborales, 2003-04	105
Cuadro 70	– Persona que proporcionó atención del parto, según criterios laborales, 2008-09.....	107
Cuadro 71	– Lugar de atención del parto según criterios laborales, 2008-09	109
Cuadro 72	– Lugar de atención del parto según grupo ocupacional y actividad, 2008-09.....	110
Cuadro 73	– Exclusión y acceso a servicios según criterios económicos, 2009	111
Cuadro 74	– Personal de atención según incidencia de pobreza y pobreza extrema, 2009.....	112
Cuadro 75	– Personal de atención según quintiles de ingreso, 2009.....	113
Cuadro 76	– Lugar de atención según criterios económicos (ingresos), 2009.....	115
Cuadro 77	– Razón de no atención según quintiles de ingreso, 2003-04	116
Cuadro 78	– Persona que proporcionó atención del parto, según criterios económicos, 2008-09 .	118
Cuadro 79	– Lugar de atención del parto según criterios económicos, 2008-09	119
Cuadro 80	– Exclusión y acceso a servicios según cobertura por seguro de salud, 2009.....	120
Cuadro 81	– Exclusión y acceso a servicios según cobertura por bono J.Azurduy, 2009	121
Cuadro 82	– Personal de atención según cobertura por seguros y bono J.Azurduy, 2009	122
Cuadro 83	– Lugar de atención según cobertura por seguros de salud, 2009.....	124
Cuadro 84	– Lugar de atención según cobertura del Bono Juana Azurduy, 2009	124
Cuadro 85	– Razón de no atención según cobertura de los seguros de salud, 2003-04.....	126
Cuadro 86	– Personal de atención del parto, según cobertura seguros y B.J.A., 2008-09.....	128
Cuadro 87	– Lugar de atención del parto según cobertura por seguros de salud, 2008-09	129
Cuadro 88	– Calidad percibida según personal de atención de la enfermedad, 2009	132
Cuadro 89	– Calidad percibida según lugar de atención, 2009	133
Cuadro 90	– Calidad institucional percibida según grupos de población, 2009	135
Cuadro 91	– Resumen de acceso a servicios institucionales según grupos de población	138

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1	– Las 7 problemáticas claves de las funciones del financiamiento de la salud.....	18
Ilustración 2	– Esquema de acceso a servicios de salud e identificación de grupos excluidos	27
Ilustración 3	– Población reportada como enferma, accidentada y sana en E.H. 2009	32
Ilustración 4	– Población reportada como enferma, accidentada y sana en E.H. 1999 a 2009	33
Ilustración 5	– necesidad de atención percibida (sin partos) según grupos de edad, 2009	36
Ilustración 6	– necesidad de atención percibida según criterios de educación, 2009	38
Ilustración 7	– necesidad de atención percibida según criterios laborales, 2009	40
Ilustración 8	– necesidad de atención percibida según grupo ocupacional, 2009	42
Ilustración 9	– Necesidad en salud por grupos de edad, según cobertura por seguros, 2009	45
Ilustración 10	– Proporción de población excluida y con acceso a servicios de salud, 2009.....	47
Ilustración 11	– Población que accedió a servicios institucionales, 1999 a 2009.....	48
Ilustración 12	– Mujeres que accedieron a servicios institucionales para parto, 1999 a 2009	49
Ilustración 13	– Acceso a servicios de salud según personal de atención, 2009	50
Ilustración 14	– persona que atendió la enfermedad, años 1999, 2004 y 2009	51
Ilustración 15	– Acceso a servicios de salud según lugar de atención, 2009.....	53
Ilustración 16	– Acceso a servicios de salud según subsector de atención, 1999, 2004 y 2009	54
Ilustración 17	– Razón de no demanda de atención en salud, 2003-2004.....	55
Ilustración 18	– Acceso a servicios de salud institucionales según Departamento, 2009.....	57
Ilustración 19	– Subsector de atención de la enfermedad según Área geográfica, 2009	59
Ilustración 20	– Subsector de atención de la enfermedad según Departamento, 2009	60
Ilustración 21	– Razón de no atención por categoría, según área geográfica, 2003-04	61
Ilustración 22	– Principales barreras a la atención (categoría), según Departamento, 2003-04.....	62
Ilustración 23	– Acceso a atención institucional del parto según criterios geográficos, 2008-09	63
Ilustración 24	– Persona que proporcionó atención del parto, según área geográfica, 2008-09	64
Ilustración 25	– Acceso a servicios de salud institucionales según grupo de edad, 2009	65
Ilustración 26	– Subsector de atención de la enfermedad según grupos de edad, 2009.....	69
Ilustración 27	– Principales barreras a la atención (categoría), según Departamento, 2003-04.....	70
Ilustración 28	– Acceso a atención institucional del parto según edad de la madre, 2008-09	71
Ilustración 29	– Subsector de atención de la enfermedad según PIOC, 2009	75
Ilustración 30	– Subsector de atención de la enfermedad según idioma principal, 2009.....	76
Ilustración 31	– Principales barreras a la atención, según PIOC, 2003-04	77
Ilustración 32	– Principales barreras a la atención (categoría), según idioma hablado, 2003-04	78
Ilustración 33	– Acceso a atención institucional del parto según PIOC, 2008-09	79
Ilustración 34	– Acceso a atención institucional del parto según idioma hablado, 2008-09.....	79
Ilustración 35	– Persona que proporcionó atención del parto, según PIOC, 2008-09.....	80
Ilustración 36	– Subsector de atención del parto, según PIOC, 2008-09	81
Ilustración 37	– Subsector de atención del parto, según idioma hablado, 2008-09	82
Ilustración 38	– Exclusión y acceso a servicios según nivel de educación de la madre, 2008	84
Ilustración 39	– Personal de atención de la enfermedad, según nivel educativo alcanzado, 2009	85
Ilustración 40	– Subsector de atención de la enfermedad según criterios educativos, 2009	86
Ilustración 41	– Subsector de atención según nivel educativo de la madre, 2008	87
Ilustración 42	– Principales barreras a la atención, según criterios de educación, 2003-04	88
Ilustración 43	– Acceso a atención institucional del parto según criterios educativos, 2008-09	90

Ilustración 44	– Acceso a atención institucional del parto según educación de la madre, 2007-08.	90
Ilustración 45	– Persona que proporcionó atención del parto, según alfabetismo, 2008-09	91
Ilustración 46	– Subsector de atención del parto, según criterios educativos, 2008-09.....	92
Ilustración 47	– Subsector de atención del parto, según nivel educacional de la madre, 2007-08..	93
Ilustración 48	– Personal de atención de la enfermedad según sector económico, 2009.....	99
Ilustración 49	– Subsector de atención según población activa / edad de trabajar, 2009.....	99
Ilustración 50	– Subsector de atención de la enfermedad según tipo de empleo, 2009	100
Ilustración 51	– Subsector de atención de la enfermedad según grupo ocupacional, 2009	102
Ilustración 52	– Subsector de atención de la enfermedad según sector económico, 2009.....	102
Ilustración 53	– Principales barreras a la atención, según tipo de empleo, 2003-04	104
Ilustración 54	– Principales barreras a la atención, según sector de actividad, 2003-04	105
Ilustración 55	– Acceso a atención institucional del parto según criterios laborales, 2008-09	106
Ilustración 56	– Acceso a atención institucional del parto según sector de actividad, 2007-08	106
Ilustración 57	– Persona que proporcionó atención del parto, según actividad laboral, 2007-08 ..	107
Ilustración 58	– Subsector de atención del parto, según criterios laborales, 2008-09	108
Ilustración 59	– Subsector de atención del parto, según sector de actividad, 2008-09.....	109
Ilustración 60	– Personal de atención de la enfermedad según sector económico, 2009.....	112
Ilustración 61	– Subsector de atención según incidencia de pobreza, 2009.....	113
Ilustración 62	– Subsector de atención según quintil de ingreso, 2009.....	114
Ilustración 63	– Principales barreras a la atención, según quintil de ingreso, 2003-04.....	116
Ilustración 64	– Acceso a atención institucional del parto según criterios económicos, 2008-09 ..	117
Ilustración 65	– Subsector de atención del parto, según criterios económicos, 2008-09.....	118
Ilustración 66	– Personal de atención de la enfermedad según cobertura por seguros, 2009.....	122
Ilustración 67	– Subsector de atención según cobertura por seguros de salud, 2009	123
Ilustración 68	– Principales barreras a la atención, según cobertura por seguro, 2003-04.....	125
Ilustración 69	– Atención institucional del parto según cobertura por seguros y B.J.A., 2008-09..	127
Ilustración 70	– Subsector de atención del parto, según cobertura por seguros y B.J.A., 2008-09	129
Ilustración 71	– Calidad percibida según tipo de atención recibida, 2009	130
Ilustración 72	– Proporción de población excluida ajustada por el criterio de calidad, 2009.....	131
Ilustración 73	– Calidad percibida según subsector de atención, 2009.....	133

Capítulo I. Marco conceptual de la exclusión en salud y del acceso a servicios de salud

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

Para comprender este marco teórico y la importancia de la cobertura poblacional de los servicios de salud (acceso a servicios de salud) dentro del desempeño del sistema de salud, se presenta a continuación cual es el esquema de evaluación de los sistemas de salud y de su función de financiamiento, utilizado como base del presente estudio (I.1). Luego se analizará desde el punto de vista conceptual la importancia de determinar la exclusión en salud y el acceso hacia los servicios.

I.1. Evaluación del sistema de financiamiento de la salud

I.1.1. Identificación de las siete problemáticas-claves del financiamiento de la salud

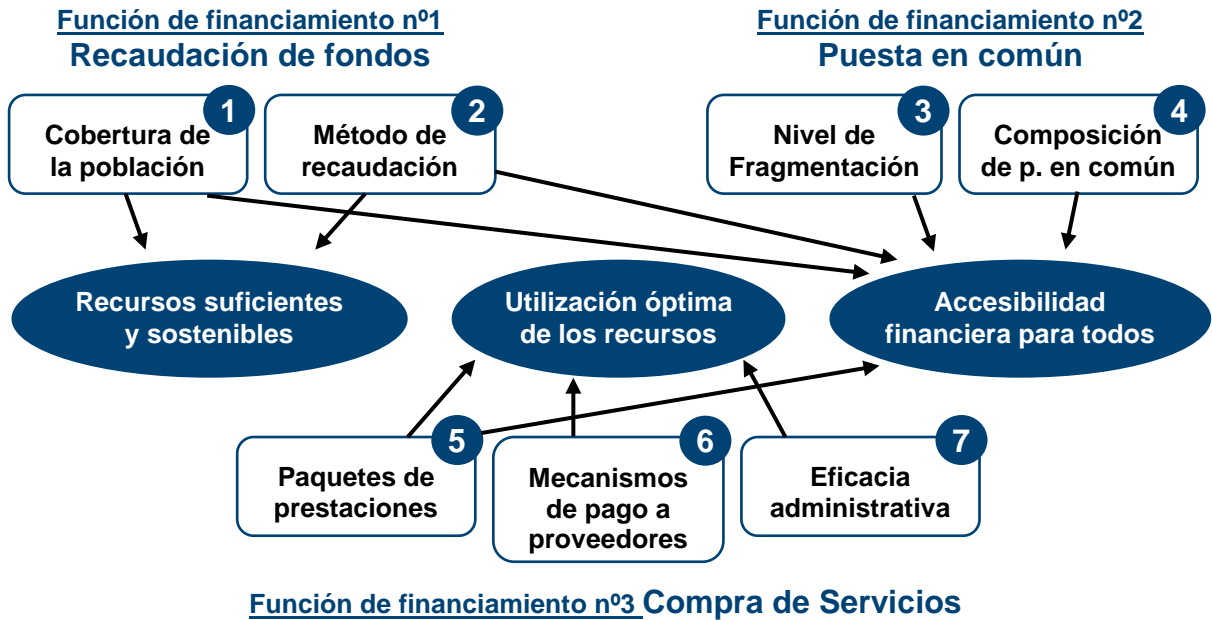
De acuerdo con las conclusiones y recomendaciones del estudio sobre *Factores claves y Marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud* (Dupuy 2011b), el sistema de financiamiento debe ser evaluado desde sus tres funciones (recaudación, mancomunación y compra de servicios) y en mira hacia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

Para realizar esta evaluación del sistema de financiamiento, los economistas de la salud Guy Carrin y Chris James recomiendan estudiar siete problemáticas claves, relacionadas con las tres funciones y los tres objetivos de un sistema de financiamiento (ilustración 1): dentro de la función de recaudación de fondos, se evalúa la cobertura de la población y el método de recaudación de fondos; dentro de la segunda función de puesta en común (o mancomunación), las problemáticas-claves son el nivel de fragmentación del sistema de financiamiento de la salud y la composición de la puesta en común de los riesgos; finalmente, las problemáticas claves en la función de compra de servicios son la composición de los paquetes de prestaciones, los mecanismos de pago a los proveedores de servicios y la eficacia administrativa del sistema (ilustración 1).

Si bien este esquema de evaluación fue diseñado originalmente para la implementación de una cobertura universal mediante seguro social, las problemáticas son similares para la implementación de una cobertura de tipo Beveridge, es decir financiada mediante el sistema fiscal general, como la cual se proyecta implementar en el Estado Plurinacional de Bolivia. La única excepción dentro de este esquema de evaluación concierne la composición de la puesta en común de los riesgos (problemática N°4), que se refiere al problema de la selección adversa, cuando solamente se afilian

a un seguro las personas que tienen más riesgos de enfermarse: si bien esta problemática es efectivamente clave para los Seguros sociales, no lo es para un sistema Beveridgiano, ya que en este tipo de esquema de financiamiento y cobertura, toda la población está cubierta de hecho.

Ilustración 1 – Las 7 problemáticas claves de las funciones del financiamiento de la salud



Fuente: traducido de Carrin y James (2004)

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

I.1.2. Primera problemática-clave: cobertura de la población

Una alta tasa de cobertura poblacional por seguros de salud es importante para que una gran proporción de la población tenga una mejor accesibilidad financiera hacia los servicios de salud. El análisis de la cobertura por seguros de salud (o mecanismos de protección financiera en salud) realizado como antecedente al presente estudio mostró que para el año 2010 el 52,9% de la población (5.517.689 personas) está teóricamente cubierta por seguros de salud estatales, sean seguros públicos (SUMI, SSPAM, y seguros públicos subnacionales) o seguros sociales, significando que el 47,1% de la población no está cubierta por ningún seguro de salud, sin tomar en cuenta seguros privados, para los cuales no existen coberturas oficiales (Dupuy 2011a).

Sin embargo, se demostró que la cobertura teórica no es suficiente para analizar la cobertura de seguros de salud y se debe estudiar en complemento la cobertura por seguros reportada en las encuestas de hogares: en la encuesta 2009, se reportó que la cobertura por seguros de salud en Bolivia es de 33,6% de la población, representando 3.456.838 personas con seguros sociales,

públicos, privados y otros (30,7% si solo se toman en cuentas seguros estatales -sociales y públicos-). Este resultado contrasta con la cobertura teórica de 52,9% de la población, significando que cerca del 42% de la población cubierta teóricamente estaría en realidad desprotegida de acuerdo con los resultados de la encuesta de hogares, por falta de acceso a estos seguros (barreras geográficas, económicas, culturales o relacionadas con la calidad) (Dupuy 2011a). Este resultado muestra entonces que la cobertura universal, o sea el acceso a servicios de salud en el momento oportuno, depende de factores que van más allá de la cobertura por seguros de salud.

En este marco, es necesario analizar la cobertura poblacional en salud en relación al acceso a servicios cuando estos sean necesarios, para obtener un análisis integral de cobertura poblacional en el marco de evaluación del sistema de salud en mira a la cobertura universal en salud. En relación a la utilización del término “cobertura”, cabe recordar que la cobertura universal en salud tiene dos “componentes”, que son por una parte la cobertura médica (servicios médicos adecuados) y por otra parte la cobertura poblacional (servicios médicos para todos) (Carrin y James 2004).

Sin embargo, no es suficiente calcular la tasa general de acceso al sistema de salud cuando se percibe la necesidad de atención, y se debe identificar precisamente cuáles son los grupos mejor cubiertos y los más excluidos. Para tal efecto, es necesario cruzar los datos de acceso con la estructura socio-demográfica de la población, tomando en cuenta que el tiempo de transición hacia la cobertura universal puede depender de cuales no son cubiertos todavía, ya que es difícil cubrir integralmente algunos grupos (Carrin y James 2004). Asimismo, se puede agrupar la población por sexo, edad, nivel de ingreso, zona de residencia (urbana, rural, o lugares geográficos específicos), o según su actividad laboral, entre otros criterios, para identificar los grupos de población más excluidos que deberán ser priorizados en las políticas de salud para asegurarse de que el acceso sea realmente universal, y no reservado a una porción de la población más rica o más favorecida.

I.2. Concepto de exclusión en salud y acceso a servicios de salud

I.2.1. Concepto de exclusión social como noción general

En primer lugar, se debe destacar que no existe un consenso internacional sobre el significado del concepto de exclusión social en general. En una revisión bibliográfica realizada en el año 2007, se mencionó que el concepto está descrito en la literatura como nebuloso, equívoco, polivalente, polimorfo y abarca tanto las condiciones reales de vida de los grupos marginados como el análisis de las causas y de los procesos que llevaron a estos resultados (Naciones Unidas 2007).

De acuerdo con este mismo documento, las diferentes visiones del concepto reflejan las diversas estructuras sociales en las que el fenómeno se analizó (Naciones Unidas 2007). Así se reportan descripciones muy diversas, como, por ejemplo, en las siguientes definiciones recogidas de la literatura:

- La exclusión social es un proceso y un estado que impide que los individuos o grupos de individuos participen plenamente en la vida social, económica y política y hacen valer sus derechos. Deriva de las relaciones de exclusión basada en el poder (Beall y Piron 2005).
- La exclusión social es una acumulación de procesos confluyentes con rupturas sucesivas provenientes de la economía, de la política y de la sociedad; distancia y ubica poco a poco personas, grupos, comunidades y territorios en posición de inferioridad en relación con los centros de poder, recursos y valores dominantes (Estivill 2003).
- La exclusión social es un proceso estructural multidimensional que abarca la precariedad del empleo y el desempleo por un lado y el quiebre de los lazos sociales producido por la crisis del

Estado de Bienestar, el surgimiento del individualismo y el debilitamiento de las redes básicas de solidaridad como la familia, por el otro (Bessis 1995).

- Exclusión social se entiende por aquellos individuos o grupos sociales que viven en una situación que les impide el disfrutar de sus derechos, la satisfacción de sus necesidades básicas y la participación activa en la vida social. Son los excluidos y como se llamarían en alguna época los condenados de la tierra a los cuales en su vida la característica fundamental es la ausencia o la negación del derecho (Feo 2010).

Finalmente, Beall y Piron recapitulan los elementos comunes de las definiciones de exclusión social a través de la literatura, a saber que la exclusión social se refiere a individuos, categorías y / o grupos, que la exclusión es vista como un estado de malestar, discapacidad y desventaja sistemática; que la exclusión se basa en las relaciones sociales, teniendo que ver tanto con los excluidos como con los excluyentes, poniendo el poder como centro del análisis; la exclusión tiene una dimensión institucional que involucra a las organizaciones y a los procesos excluyentes; la exclusión tiene una dimensión causal, a través de los factores que conducen a la pobreza, pero también de otras formas de desventaja social que llevan los individuos a ser incapaces de crearse medios de vida dignos o reclamar sus derechos fundamentales; la exclusión es un proceso multidimensional, donde los aspectos de las desventajas sociales se entrecruzan (Beall y Piron 2005).

En Bolivia, el concepto de exclusión social ocupa un lugar central en las políticas gubernamentales desde el año 2006. Si bien en el Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011 no se define la exclusión social, los conceptos utilizados permiten delinear las causas de la exclusión, originadas en los periodos coloniales, post-coloniales y neo-liberales que ha sufrido el Estado boliviano. Así, se menciona que el objetivo principal del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2011 está *“centrado en la supresión de las causas que originan la desigualdad y la exclusión social del país, lo que significa cambiar el patrón primario exportador y los fundamentos del colonialismo y el neoliberalismo que lo sustentan. Es decir, desmontar, no sólo los dispositivos económicos, sino también los políticos y culturales, coloniales y neoliberales erigidos por la cultura dominante, que se encuentran diseminados en los intersticios más profundos de la organización del Estado y también en la mente de las personas a través de la práctica social individual en detrimento de la solidaridad y la complementariedad”* (Presidente Constitucional de la República 2007).

1.2.2. Concepto de exclusión social en salud

Aplicado al campo de la salud, la exclusión social conserva su carácter pluri-conceptual, dependiendo de las diversas estructuras sociales en las que el fenómeno se ha analizado (Naciones Unidas 2007). En su primer estudio sobre exclusión social en salud en América Latina y Caribe, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) menciona que no está clara en la literatura la diferencia entre exclusión social como noción general y exclusión en salud, y que a diferencia de la exclusión social, la exclusión en salud no siempre cuenta con definición específica (OPS 2003).

En la revisión de la literatura internacional, se constata varias posiciones que sostienen que la exclusión en salud es sólo una expresión de la exclusión social; de hecho, ambas nociones comparten las dimensiones económica (aquellos que no poseen recursos suficientes se enfrentan a una barrera económica que impide su acceso a diversos servicios, incluidos los de salud), social (pérdida del vínculo de solidaridad), política (no ejercicio o pérdida de un derecho) y temporal (fenómeno dinámico, como proceso y no como estado) (OPS 2003). Sin embargo, existen aspectos de la exclusión en salud que no conllevan el elemento de pérdida de la integración social que es central a la idea de exclusión social general y que parecen depender de variables más propias del sector salud, como el modelo de atención, la asignación de recursos humanos, tecnológicos y financieros al interior del sector y el grado de información de los usuarios (OPS 2003).

De este modo, la Organización Panamericana de la Salud concibe a la exclusión en salud como una entidad distinguible, que no es posible explicar sólo a través de la pobreza, la inequidad o la exclusión social en general, y trata de definirla de la siguiente manera: *“es la situación en la cual un individuo o grupo de individuos no accede a los mecanismos que le permitirían dar satisfacción a sus necesidades de salud; por lo tanto, se entiende la exclusión en salud como la falta de acceso de ciertos grupos o personas a diversos bienes, servicios y oportunidades que mejoran o preservan el estado de salud y que otros individuos y grupos de la sociedad disfrutan”* (OPS 2003). En forma análoga, durante el Foro Nacional por la Salud de los Pueblos y Naciones de Bolivia llevado a cabo en agosto de 2009 en la ciudad de La Paz (Bolivia), se definió la exclusión social en salud como *“el proceso por el cual esos individuos o grupos no disponen de acceso oportuno, eficiente, pertinente, eficaz a bienes y servicios de salud que otros sectores de la sociedad sí disfrutan”* (Feo 2010).

Sin embargo, ambas definiciones pueden clasificarse como restrictivas, ya que se limitan al acceso a servicios de salud (en el sentido amplio del término, como servicios integrales) y que en la explicación de su definición, la OPS afirma que la exclusión en salud se expresa en situaciones de falta de acceso a mecanismos básicos de satisfacción de las necesidades de salud (cuando no existe la infraestructura mínima para proveer servicios de salud o las personas no pueden acceder a ella), falta de acceso en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad, y falta de acceso a mecanismos de protección financiera en salud (OPS 2003).

En el sentido restrictivo de estas dos definiciones, la visión global de determinantes de la salud se usa solamente en el sentido que estas constituyen una barrera al acceso a servicios de salud dignos, oportunos y de calidad. En este contexto, una conceptualización más amplia de la exclusión en salud podría entenderse como el proceso a través del cual un individuo o grupo de individuos están en la imposibilidad de ejercer plenamente su derecho a la salud; entendiendo el derecho a la salud como una noción integral, que va mucho más allá del derecho a la atención de la salud y que debe ser comprendida fundamentalmente dentro de la integralidad de los derechos (Rovere 2010). En este sentido, la exclusión en salud engloba el proceso de exclusión de los servicios de salud y de los mecanismos de protección financiera en salud, pero también el proceso de exclusión del acceso a todo tipo de bien, servicio, actividad u otro factor externo al sector salud que determina el estado de salud de la población, sea en relación con el ingreso, educación, discriminaciones, etc.

1.2.3. Concepto de acceso a los servicios de salud

Dentro del concepto de exclusión social en salud, un componente es entonces el acceso a servicios de salud, el cual es el objeto del presente estudio, con la finalidad de estimar la proporción de la población boliviana que no tiene acceso al sistema de salud e identificar cuáles son los grupos de población más excluidos en relación al acceso a servicios de salud institucionales.

El acceso a servicios de salud se puede entender como la capacidad de un individuo o grupo de individuos a entrar en contacto con servicios de salud cuando lo necesitan, en condiciones adecuadas de dignidad, oportunidad y calidad, o sea *“mecanismos de satisfacción de las necesidades de salud”* según la expresión utilizada por la OPS (OPS 2003). Para que el acceso se produzca, se deben dar dos condiciones: el individuo que tiene la necesidad de salud debe poseer los medios para entrar en contacto con los mecanismos de satisfacción de su necesidad y los mecanismos de satisfacción deben ser capaces de proveer el servicio o bien requerido (OPS 2003).

Por lo tanto, desde el punto de vista práctico, la determinación de la exclusión de los servicios de salud consiste en medir la proporción de la población que, requiriendo un servicio de salud, no pudo acceder a este por razones internas al sistema de salud (falta de infraestructura, afiliación a un seguro de salud, mala calidad, no disponibilidad de recursos humanos) o externas (barreras de acceso inherentes a la situación económica y social del individuo o grupo de individuos), sea en forma temporal / momentánea o en forma permanente.

Capítulo II. Marco metodológico del estudio

El presente capítulo tiene por objeto presentar la metodología de estimación del acceso a servicios de salud en Bolivia, elaborada a partir de datos de las encuestas de hogares del Instituto Nacional de Estadísticas (INE 2000, 2001, 2002b, 2005, 2006, 2007, 2008, 2011a y 2011b).

Al respecto, cabe recordar que el presente estudio no conste en un análisis completo de la exclusión en salud, en el cual se habría debido, además del acceso, analizar dimensiones externas, es decir determinantes socio-económicos y situaciones de privación económica, social o política que tienen un impacto en el estado de salud y en el ejercicio del derecho a la salud, independientemente del accionar sectorial. Así, ya que el objetivo del análisis es cuantificar y caracterizar la población que no accede a servicios de salud cuando lo necesita, con el fin de apoyar al análisis de incremento de la demanda con la implementación del Sistema Único, solamente se analizará las dimensiones de acceso a servicios de salud (demanda percibida, demanda atendida y demanda contenida) y no las dimensiones de acceso a otros bienes y servicios que determinan el estado de salud.

II.1. Presentación general de las Encuestas de Hogares

II.1.1. Antecedentes

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

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

II.1.2. Marco metodológico de las encuestas de hogares

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

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

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

Desde la encuesta de hogares 2005, la muestra de encuesta está compuesta por 355 Unidades Primarias de Muestreo y de 12 viviendas por UPM (área urbana) o por USM (área rural), es decir de 4.260 viviendas. En el cuadro 1, se puede apreciar la repartición de los UPMs y viviendas en la muestra de la encuesta de hogares 2009 (INE 2011b), según área (estrato geográfico) y estrato estadístico basado en las necesidades básicas (cuadro 1). El número de hogares encuestados no corresponde al número de viviendas encuestadas, ya que hasta 3 hogares pueden vivir en una misma vivienda de acuerdo con la definición utilizadas por el INE: “*un hogar es una unidad conformada por una o más personas, con relación de parentesco o sin él, que habitan una misma vivienda y que al menos para su alimentación dependen de un fondo común al que las personas aportan en dinero y/o especie; una persona sola también constituye un hogar*” (INE 2011b). Cabe señalar que una vivienda censable no puede contar más de tres hogares: pasando este número, se considera como vivienda colectiva, no tomada en cuenta en estas encuestas (INE 2011b).

Cuadro 1 – Distribución del marco muestral por estrato estadístico y área geográfica en la Encuesta de Hogares 2009

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

Fuente: INE (2011b)

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

II.1.3. Módulo de salud y acceso a servicios dentro de las Encuestas de hogares

Desde el año 1999, las encuestas de hogares incluyeron un módulo de 20 a 30 preguntas sobre salud, con la excepción de la encuesta 2005, en la cual se suprimió este módulo (cuadro 2). Las preguntas recurrentes en el módulo salud de estas encuestas conciernen IRAs y EDAs en menores de 5 años, el acceso a servicios de salud (lugar y personal de atención), la demanda percibida (enfermedad declarada), el gasto de bolsillo en salud, la atención prenatal y del parto, cobertura de vacunas y afiliación a seguros de salud, entre otros. A partir del año 2008, se incluye un módulo salud más completo respecto a los años anteriores (cuadro 2). En el año 2009, se incluyeron nuevas preguntas sobre la calidad de atención y cobertura del bono Juana Azurduy (INE 2011b).

Cuadro 2 – Comparación del diseño de encuestas de hogares, 1999-2009

Encuesta	Tamaño muestral	Nº preguntas Salud	Preguntas sobre demanda percibida y acceso a servicios de salud
1999	310 UPMs, 3.247 hogares 13.031 personas	28	EDAs e IRAs en menores de 5 años; enfermedad declarada; personal y lugar de atención para esta enfermedad; razón de no atención para esta enfermedad; atención del último parto
2000	506 UPMs, 4.994 hogares 20.815 personas	28	
2001	652 UPMs, 5.999 hogares 25.166 personas	22	EDAs e IRAs en menores de 5 años; enfermedad declarada; personal y lugar de atención para esta enfermedad; atención del último parto
2002	670 UPMs, 5.746 hogares 24.933 personas	23	
2003-2004	873 UPMs, 9.149 hogares 38.500 personas	22	EDAs e IRAs en menores de 5 años; enfermedad declarada; personal y lugar de atención para esta enfermedad; razón de no atención para esta enfermedad; atención del último parto
2005	355 UPMs, 4.086 hogares 16.895 personas	0	Modulo salud ausente
2006	355 UPMs, 4.098 hogares 16.511 personas	25	EDAs e IRAs en menores de 5 años; enfermedad declarada; personal y lugar de atención para esta enfermedad; personal y lugar de atención para esta enfermedad; atención del último parto
2007	355 UPMs, 4.148 hogares 16.804 personas	15	Enfermedad declarada; personal y lugar de atención para esta enfermedad; atención del último parto
2008	355 UPMs, 3.940 hogares 15.030 personas	30	EDAs e IRAs en menores de 5 años; enfermedad declarada; personal y lugar de atención para esta enfermedad; atención del último parto,
2009	355 UPMs, 4.034 hogares 15.665 personas	32	Calidad de atención percibida (solo en la Encuesta 2009)

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

En el caso del acceso a servicios de salud, las encuestas de hogares permiten conocer qué proporción de la población que se declaró enferma accedió a servicios de salud (desagregado según tipo de personal que realizó la atención y lugar de atención): en este sentido, la cobertura de servicios reportada en estas encuestas depende en parte de la percepción que tienen las personas entrevistadas en cuanto a enfermedad (reporte de enfermedad percibida, además de enfermedades diarreicas agudas y resfríos o infecciones respiratorias en menores de cinco años de edad). Además, si bien en cada encuesta desde 1999 se reportó la pregunta de enfermedad percibida y de personal / lugar de atención de esta enfermedad, con la excepción de la Encuesta 2005 (sin módulo salud), no existe homogeneidad en las estructuras de las diferentes encuestas, tanto en cuanto a categorías de respuestas (tipo de personal y lugar de atención) como en cuanto a otras preguntas: por ejemplo, en el año 2007, no se incluyeron las preguntas sobre atención de EDAs y de resfríos en menores de cinco años; en los años 1999, 2000 y 2003-2004, se incluyó una pregunta sobre la razón de no atención de la enfermedad, pero esta pregunta fue borrada en las siguientes encuestas. Solamente en la encuesta 2009 se incluyó una pregunta sobre la calidad percibida de la atención en salud, que puede ser considerada como otra forma de exclusión de los servicios de salud.

II.2. Estimación del acceso a servicios de salud a partir de las encuestas

El análisis de acceso a servicios de salud utiliza la metodología utilizada en el primer estudio de exclusión en salud en Bolivia (UDAPE y OPS 2004), basándose en las preguntas de las encuestas de hogares realizadas por el Instituto Nacional de Estadísticas INE, sobre necesidad percibida y atención de la demanda (cuadro 2 e ilustración 2). Estas preguntas solo se refieren a la atención de enfermedad y no constituyen un análisis de factores determinantes de la exclusión social en salud. Sin embargo, se realiza un análisis bivariado, cruzando las variables de acceso con variables estructurales geográficas, económicas y sociales, que permiten mostrar el impacto de determinantes de la salud sobre el acceso a servicios de salud institucionales.

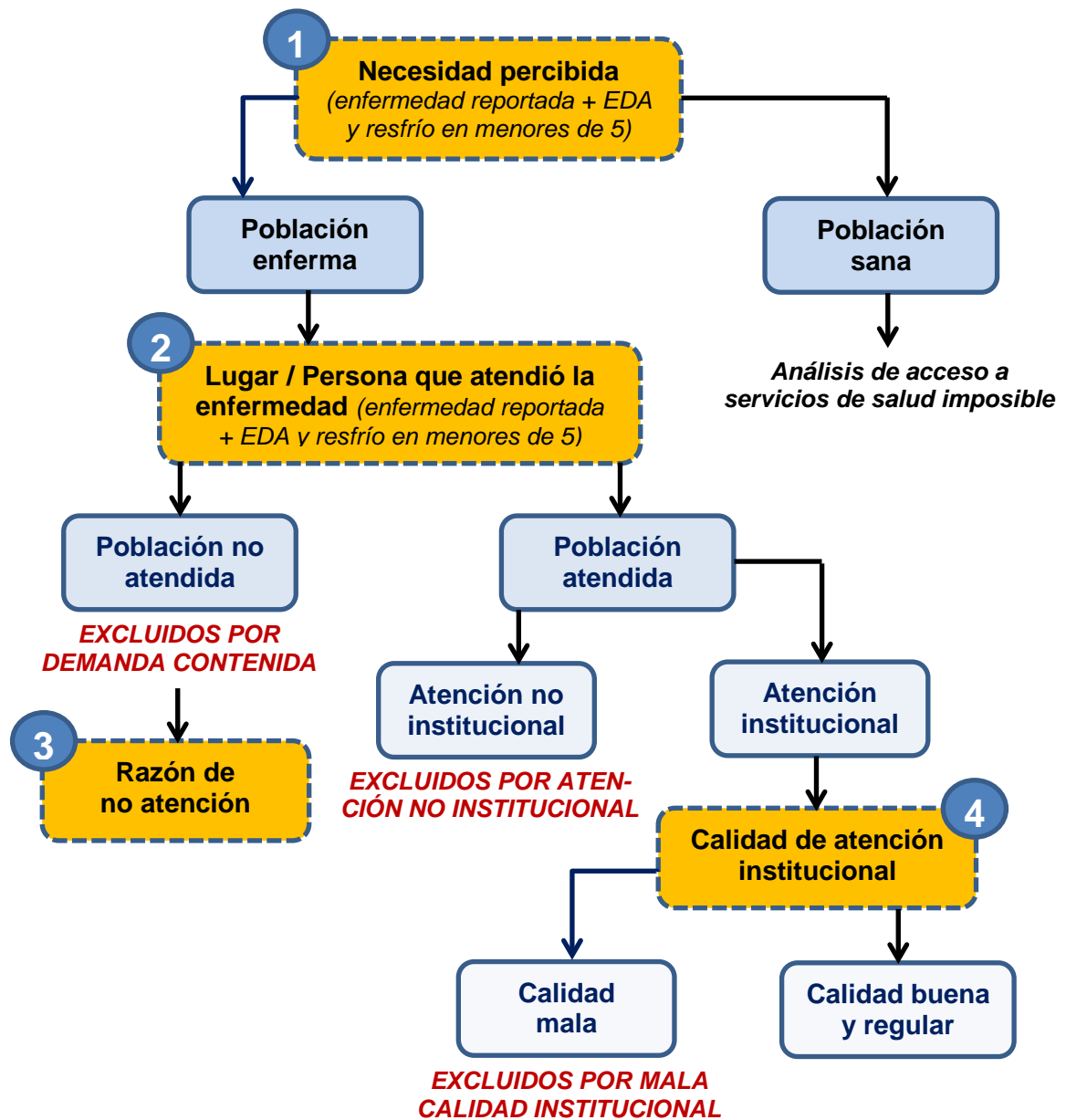
La primera variable analizada para determinar el acceso a servicios de salud es la necesidad de salud percibida por la población, identificada mediante el auto-reportaje de enfermedad y de accidente para las cuatro semanas que precedieron la encuesta (etapa 1 en la ilustración 2). Esta pregunta conduce a la identificación del primer grupo de análisis que es la población que percibió necesidad de atención en salud. La percepción de necesidad puede variar de acuerdo a diversos factores entre los cuales está la valoración de la salud por parte de la población. Así, es probable que haya individuos que a pesar de haber estado enfermos, no reportaron esta enfermedad porque no percibieron adecuadamente la necesidad de salud; estos individuos constituyen un grupo de excluidos, pero no pueden ser cuantificados por las encuestas de hogares (UDAPE y OPS 2004).

Por otra parte, las encuestas de hogares reportan también enfermedades diarreicas agudas (EDAs) y resfríos o infecciones respiratorias (IRAs) en menores de cinco años (con la excepción de la encuesta 2007); por metodología, estas enfermedades no se consideraron en la pregunta sobre enfermedad percibida. Para tomar en cuenta EDAs e IRAs, se construyó entonces una variable única de reporte de enfermedad, que incluye las tres preguntas, sobre enfermedad percibida, EDAs en menores de cinco años y resfríos / IRAs en menores de 5 años. Es esta variable nueva que será tomada en cuenta para cuantificar la necesidad en salud percibida.

La segunda variable analizada es la persona que atendió la enfermedad (etapa 2 en la ilustración 2), entendido como un consolidado de tres preguntas de las encuestas (quién atendió EDA en menor de 5 años, quién atendió resfrío en menor de 5 años, quién atendió enfermedad reportada en toda la población). En el caso de menores de 5 años que reportaron varias enfermedades, se tomó en cuenta el lugar / personal que atendió la enfermedad percibida reportada (no EDA ni resfrío) como respuesta principal; en el caso de no atención para esta enfermedad, se tomó en cuenta el personal que atendió la EDA o el resfrío y el lugar de atención de la EDA o del resfrío.

La variable de persona que atendió la enfermedad permite establecer la demanda contenida (personas no atendidas) y la demanda asistida, institucionalmente o no: en primer lugar, la demanda es la acción de acudir a los servicios de salud en busca de curación de la enfermedad declarada. Esta dimensión permite identificar el primer grupo de población excluida, constituido por las personas que habiendo declarado enfermedad, no demandan servicios de salud (respuesta “no fue atendido” a la pregunta sobre lugar o persona que realizó la atención), lo que se puede denominar “demanda contenida” o “autoexclusión” (UDAPE y OPS 2004). A partir de algunas encuestas de hogares (1999, 2000 y encuesta continua 2003-2004), se puede identificar la razón de esta auto-exclusión, que constituye la tercera etapa del análisis de acceso a servicios de salud (ilustración 2): pueden ser barreras económicas, geográficas, relacionadas con la calidad de atención, entre otras causas.

Ilustración 2 – Esquema de acceso a servicios de salud e identificación de grupos excluidos



Fuente: elaboración propia

De las personas que buscaron atención (demanda no contenida), es decir las que fueron atendidas debido a su enfermedad, se debe diferenciar la atención no institucional de los individuos que lograron acceder al sistema de salud mediante atención institucional (demanda asistida), que puede darse cuando un individuo es atendido por personal institucional o en lugares institucionales. Aquellos individuos que demandaron atención y que no accedieron a una atención institucional constituyen el segundo grupo de excluidos (UDAPE y OPS 2004). En el presente estudio, se considera como institucional el personal de salud adecuadamente formado para la atención en salud, es decir los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Al contrario del primer estudio sobre exclusión en salud realizado en el año 2004 (UDAPE y OPS 2004), no se consideran en el presente estudio a los promotores de salud dentro de la atención institucional ya que su rol no es de atender la enfermedad. Tampoco se consideran a los médicos tradicionales como institucionales ya la mayor parte de estos no están incluidos en el sistema de salud formal, y tampoco están contemplados en el anteproyecto de cobertura universal del Sistema Único de Salud (solo los que están en el subsector público). Sin embargo, estas dos categorías de personal representan una proporción muy pequeña de la atención y considerarlos o no dentro de la atención institucional no impacta significativamente los resultados: de acuerdo con datos de la encuesta 2009, solamente el 1,6% de las personas enfermas fueron atendidas por médico tradicional y el 1,2% por promotores.

En paralelo a la atención de la enfermedad, las encuestas de hogares permiten conocer el acceso institucional para la atención del parto. A partir de la información sobre las mujeres que reportaron haber tenido un parto en el año considerado, se calcula de la misma manera que para la enfermedad las que tuvieron atención institucional y las que tuvieron atención no institucional. Si bien existen casos de mujeres que no recibieron atención para el parto (es decir que atendieron ellas mismas el parto), estos no representan una proporción suficiente de total de partos para poder proceder a un análisis y serán considerados dentro de la atención no institucional.

Finalmente, una última dimensión que permite estimar la capacidad y calidad de respuesta del sistema de salud es la satisfacción de los pacientes que utilizaron servicios de salud institucionales, variable que fue introducida en la Encuesta de Hogares 2009. Así se pueden considerar como excluidos a las personas que habiendo accedido a la atención institucional, reportaron una mala calidad de atención. En cambio, las personas que reportaron una calidad de atención buena o regular no se considerarán como excluidas. Sin embargo, para diferenciar la población que accedió efectivamente a servicios de salud de la población que accedió a servicios pero que se encontró excluida por haber recibido una atención de mala calidad, el componente de calidad será analizado en forma separada del acceso a servicios de salud, en el último acápite del Capítulo IV sobre exclusión y acceso a los servicios de salud.

II.3. Análisis bivariado por características poblacionales

Para profundizar el análisis de acceso a los servicios de salud, se considera como insuficiente estimar qué proporción de la población no accede al sistema de salud en forma oportuna, sino que también se debe caracterizar el acceso por grupos de población. En este marco, una de las grandes ventajas de las Encuestas de Hogares es que permiten obtener estimaciones según características y grupos poblacionales (grupos geográficos, económicos, etc.), para determinar cuáles son los grupos de población que tienen más probabilidades de enfermarse (necesidad percibida), cuales no demandaron atención, cuales lograron acceder a atención institucional en mayores proporciones, cuales percibieron mayor calidad, etc. Sin embargo, estos resultados siempre deben ser analizados recordando los límites inherentes a este tipo de encuestas: así, las tasas de necesidad o de acceso calculadas por grupos de población en el presente estudio no pueden ser consideradas como el porcentaje exacto de población enferma o excluida, sino como un valor aproximado e indicativo que refleja las inequidades existentes en el ejercicio del derecho a la salud; en el mismo sentido, algunas variables de análisis, como la desagregación por Departamento, no son significativas

estadísticamente de acuerdo con el diseño muestral realizado por el INE y por lo tanto, tienen un valor solamente indicativo que apoya al análisis de desigualdades.

A pesar de estos limitantes, el análisis bivariado según características poblacionales permite estimar la magnitud de las desigualdades existentes entre diferentes grupos poblacionales en cuanto a enfermedad (demanda percibida), demanda contenida, demanda atendida institucionalmente o no, y así identificar cuáles son los grupos más desprotegidos que deben ser priorizados en cuanto a acceso en la implementación de políticas públicas de salud y en particular del Sistema único de Salud, para asegurarse que este beneficie efectivamente a toda la población y no solamente a algunos grupos poblacionales privilegiados.

Al contrario del análisis general, en el cual se comparará los datos de las diferentes encuestas de hogares desde el año 1999, el análisis bivariado se realizará solamente a partir de la encuesta de hogares 2009, que es la última encuesta realizada a la fecha.

Para construir los grupos de población utilizados para el análisis bivariado de necesidad de atención y acceso, se utilizarán varias variables construidas a partir de la base de datos de la encuesta de hogares 2009, las que pueden reunirse en varias dimensiones: geográfica, edad y género, pertenencia indígena / idioma, educación, actividad laboral, economía (ingresos) y dimensión interna del sistema de salud. Las diferentes variables utilizadas se presentan en el cuadro 3 a continuación.

Cuadro 3 – Dimensiones y variables utilizadas para establecer grupos de población

Dimensión	Variables utilizadas
Geografía	<ul style="list-style-type: none"> • Área de residencia (urbano / rural) • Departamento de residencia
Edad y género	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos quinquenales de edad • Sexo
Pertenencia indígena e idioma hablada	<ul style="list-style-type: none"> • Pertenencia a pueblo indígena originario (en mayores de 11 años) • Idiomas habladas (principal y secundaria)
Educación	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetismo (en mayores de 9 años) • Nivel de educación (en personas que salieron del sistema educativo) • Educación de la madre (en personas de 12 años y más, E.H. 2008)
Actividad laboral	<ul style="list-style-type: none"> • Población activa / inactiva • Formalidad actividad laboral (formal o informal) • Grupo ocupacional principal • Actividad económica de la ocupación principal
Economía (ingresos)	<ul style="list-style-type: none"> • Incidencia de pobreza y pobreza extrema • Quintil de ingreso del hogar (de 1 más pobre a 5 más rico)
Sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura por seguros de salud • Calidad de atención percibida • Tipo de infraestructura en la cual se atendió enfermedad • Beneficio del bono Juana Azurduy

Fuente: elaboración propia

Finalmente, cabe mencionar que para el análisis bivariado de la atención del parto, se utilizarán los partos ocurridos en los años 2008 y 2009 reportados en la encuesta de hogares 2009, con el fin de tener mayor representatividad en la muestra utilizada.

Capítulo III. Necesidad de atención percibida

La necesidad de atención percibida por la población se identifica mediante el auto-reporte de enfermedad y de accidente durante las cuatro semanas que precedieron la encuesta, además de la declaración de EDA y de resfrío / IRA en niños menores de cinco años. Esta dimensión permite la identificación del primer grupo de análisis que es la población que percibió necesidad de atención en salud, la misma en la cual se aplicará el análisis de acceso en una segunda etapa (Capítulo IV).

III.1. Necesidad percibida general en Encuestas de hogares

A nivel agregado, la necesidad de atención percibida reportada en la encuesta de hogares 2009 representa el 22,2% de la población, representando 2.285.613 personas que se enfermaron o accidentaron durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta realizada en noviembre de 2009. Como mencionado en la parte metodológica (Capítulo II), este resultado de necesidad de atención es el consolidado de las preguntas sobre enfermedad percibida, EDA en menores de cinco años y resfrío / IRA en menores de cinco años: de hecho, a la pregunta “se ha sentido enfermo o tuvo algún accidente / quemadura / corte en las últimas cuatro semanas”, solamente el 17,4% de la población respondió que se ha sentido enfermo y el 1,0% que tuvo algún accidente. Es solamente consolidando la variable con EDAs y resfríos en menores de cinco años que la enfermedad percibida alcanza al 22,2% de la población: mientras que se reportó EDAs en el 25,2% de los menores de cinco años (durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta), se reportaron resfríos en el 39,1% de estos niños (cuadro 4 e ilustración 3).

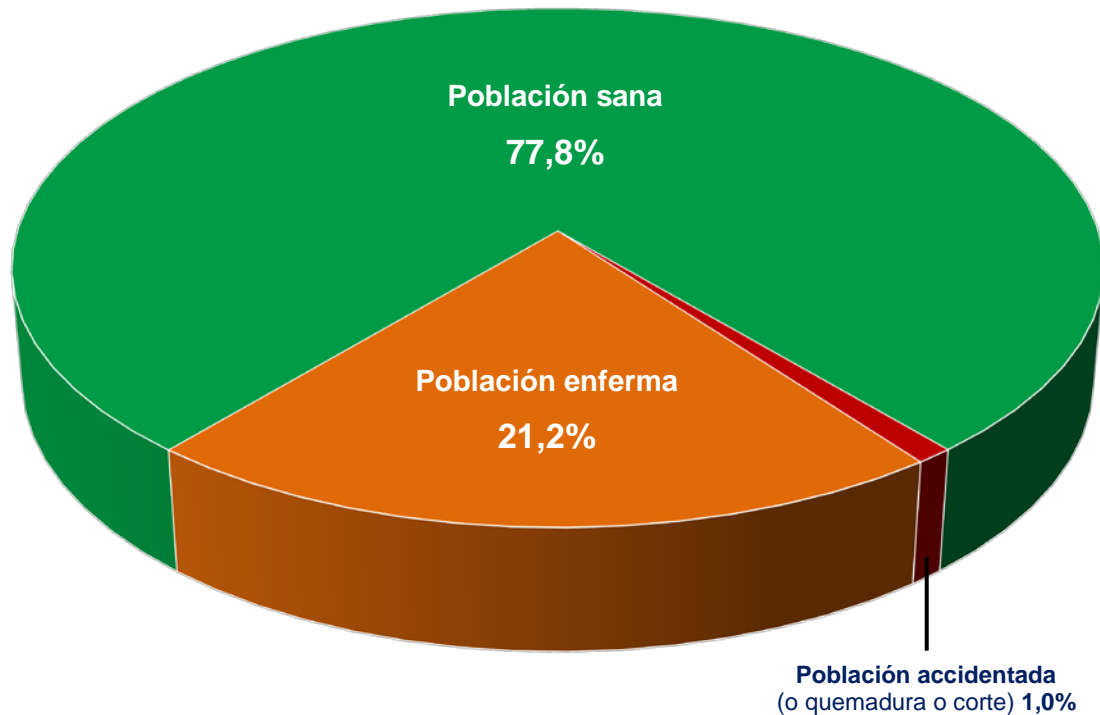
Cuadro 4 – Enfermedad reportada en la Encuesta de Hogares 2009

Enfermedad reportada	Población	% de la Población total
Variables de enfermedad solo en la población menor de 5 años		
Tuvo EDA	283.107	25,2% (< 5 años)
Tuvo Resfrío / IRA	438.722	39,1% (< 5 años)
Tuvo Ambas enfermedades	148.509	13,2% (< 5 años)
Se ha sentido enfermo o tuvo accidente	231.329	20,6% (< 5 años)
Población sana	511.828	45,6% (< 5 años)
Variable de enfermedad percibida en toda la población		
Se ha sentido enfermo	1.787.848	17,4%
Ha tenido algún accidente quemadura o corte	101.675	1,0%
Estuvo sano	8.411.504	81,7%
Enfermedad percibida Final (consolidado enfermedad percibida, EDA y resfrío)		
Accidentado	101.675	1,0%
Enfermo	2.183.938	21,2%
TOTAL Enfermos + Accidentados	2.285.613	22,2%
TOTAL Población sana	8.016.001	77,8%

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

En el marco metodológico del presente estudio, se considera entonces que en el año 2009, el 22,2% de la población tuvo alguna necesidad de atención en salud en el mes anterior a la encuesta. Sin embargo, existen varios limitantes a este dato, entre otros, la imposibilidad de anualizar la enfermedad reportada ni de determinar la gravedad de la enfermedad. Así, se puede tratar tanto de un resfrío que no necesite de atención médica como de una enfermedad crónica altamente incapacitante u otro tipo de enfermedad que necesite atención especializada.

Ilustración 3 – Proporción de población reportada como enferma, accidentada y sana en las cuatro semanas anteriores a la Encuesta de Hogares 2009



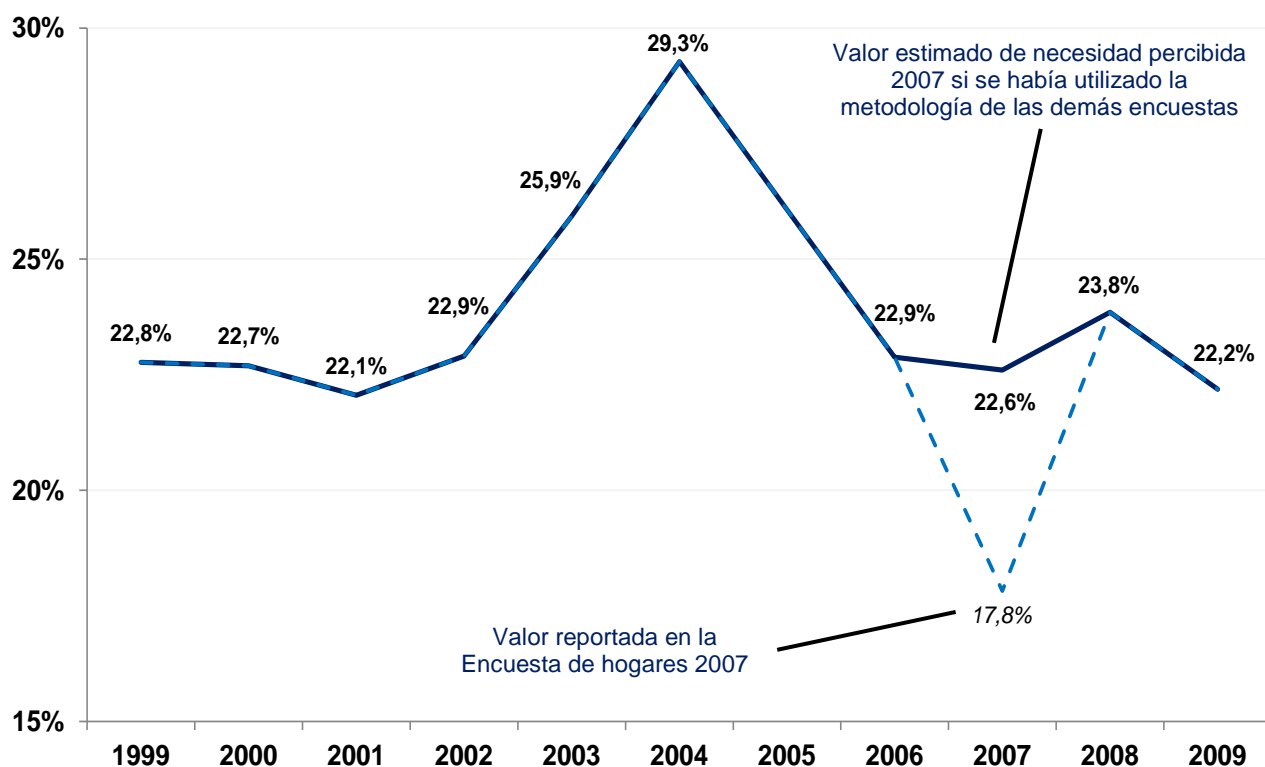
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Analizando la evolución de la proporción de enfermedades reportadas en las diferentes encuestas de hogares desde el año 1999, se constata que la variable consolidada en las cuatro semanas anteriores a la encuesta (consolidación de enfermedad percibida y de EDAs / resfríos en niños) es de aproximadamente 22% en todas las encuestas, con la excepción de la encuesta continua de hogares 2003-04, en la cual el 27,1% de la población reportó alguna enfermedad o accidente (respectivamente 25,9% en 2003 y 29,3% en 2004) (ilustración 4 y cuadro 5).

Por otra parte, se observa que la variable consolidada para el año 2007 es mucho más baja debido a que no se reportaron en esta encuesta las variables de EDAs y de resfrío en menores de cinco años (Cuadro 5); sin embargo, elaborando una estimación lineal del diferencial debido a la ausencia de estas dos variables, se puede afirmar que la necesidad percibida consolidada representaría el 22,6% de la población en el año 2007 si se había incluido las variables de enfermedad diarreica aguda y de resfrío / IRAs en niños menores de cinco años (ilustración 4).

Desagregando la variable consolidada de necesidad percibida, se constata que esta se reparte entre los accidentes (incluyendo cortes y quemaduras), que afectan a entre 0,6 y 1% de la población en todas las encuestas de 1999 a 2009, y las enfermedades, que son reportadas en aproximadamente 21 a 22% de la población, con la excepción de la encuesta de hogares 2003-2004 (cuadro 5).

Ilustración 4 – Proporción de población reportada como enferma, accidentada y sana en las cuatro semanas anteriores a encuesta, 1999 a 2009



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

Cuadro 5 – Enfermedades reportadas en Encuestas de Hogares, 1999-2009

Enfermedad	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009
Enfermedad percibida Final (consolidado enfermedad, EDA y resfrío, en % de la población)										
Accidentados	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%	0,9%	0,9%	0,9%	0,7%	0,7%	1,0%
Enfermos	22,2%	22,0%	21,3%	22,3%	25,0%	28,4%	22,0%	17,1%	23,2%	21,2%
Total Enfermos	22,8%	22,7%	22,1%	22,9%	25,9%	29,3%	22,9%	17,8%	23,8%	22,2%
Población sana	77,2%	77,3%	77,9%	77,1%	74,1%	70,7%	77,1%	82,2%	76,2%	77,8%
Variable original de enfermedad percibida en toda la población (en % de la población total)										
Enfermo	16,3%	16,1%	14,5%	15,8%	19,3%	20,3%	16,6%	17,1%	19,7%	17,4%
Accidentado	0,6%	0,7%	0,8%	0,6%	0,9%	0,9%	0,9%	0,7%	0,7%	1,0%
Sano	83,2%	83,2%	84,8%	83,6%	79,8%	78,8%	82,5%	82,2%	79,7%	81,7%
EDAs y resfríos / IRAs en la población menor de 5 años (en % de la población menor de 5 años)										
EDA	28,9%	30,0%	28,2%	29,1%	25,6%	30,7%	28,8%	-	25,6%	25,2%
Resfrío / IRA	45,6%	40,5%	44,7%	45,6%	40,2%	58,9%	43,8%	-	42,9%	39,1%

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

En el cuadro 5, también se puede constatar que la variable original de enfermedad reportada (pregunta “¿se ha sentido enfermo o tuvo algún accidente / quemadura / corte en las últimas cuatro semanas?”) oscila generalmente entre 16 y 17% para enfermedad, con la excepción de los años 2003, 2004 y 2008, en los cuales más del 19% de la población reportó enfermedad, y del año 2001, en el cual solamente el 14,5% de la población reportó alguna enfermedad. Respecto a los accidentes en el mes anterior a la encuesta, estos conciernen entre 0,6% y 1% de la población en todas las encuestas. En cuanto a enfermedades específicas reportadas en niños, las diferentes encuestas mostraron que entre 25 y 30% de los menores de cinco años tuvieron EDA en el mes anterior a la encuesta, mientras que entre 40 y 45% reportaron resfrío en estas cuatro semanas anteriores a la encuesta, generalmente realizada a fin de año (cuadro 5).

Finalmente, aparte de la enfermedad, se puede estudiar en las encuestas de hogares las mujeres que tuvieron parto en el año (no se reportan embarazos); de acuerdo con los datos de la encuesta 2009, 188.963 mujeres tuvieron un parto este año, representando el 7,1% de las mujeres en edad fértil (de 15 a 49 años) y el 1,8% de la población total. Cabe señalar que para analizar el acceso, se estudiará los partos en forma separada, ya que estos están medidos por año mientras que la enfermedad está medida en solo un mes.

III.2. Necesidad percibida según grupos de población

A partir de los datos de la encuesta de hogares 2009, se puede determinar cuáles son los grupos de población que tienen más probabilidad de enfermarse. Sin embargo, estos resultados siempre deben ser analizados recordando los limitantes inherentes a este tipo de encuesta, así como el hecho de que no se conozca ni el tipo ni la gravedad de la enfermedad reportada, es decir que solo se analiza una probabilidad general estimada de enfermarse.

III.2.1. Necesidad percibida según criterios geográficos

En relación a la primera variable geográfica analizada (el área de residencia), se constata que se reporta una mayor proporción de necesidad de atención, o sea una mayor probabilidad de enfermarse en el área rural (25,2%) que en el área urbana (20,6%) (cuadro 6). Sin embargo, debido a la repartición geográfica de la población boliviana – el 66,4% o sea los dos tercios de la población viven en área urbana, y el tercio restante vive en área rural (INE 2011b) – el número de personas que se enferman es mayor en el área urbana: aplicando el factor de expansión elaborado por el INE, 879.578 personas reportaron necesidad en salud en el área rural, mientras que fueron 1.406.035 en área urbana, en las cuatro semanas anteriores a la encuesta (Fuente: elaboración propia en base a datos de INE 2011b). Por otra parte, la necesidad de atención en relación a partos es mayor en el área rural: mientras que en el 2009, el 8,7% de las mujeres en edad fértil (M.E.F.) del área rural tuvieron un parto, esta proporción es de 6,5% en área urbana (cuadro 6).

Cuadro 6 – Necesidad de atención percibida según área geográfica, 2009

Área Geográfica	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Rural	8,7%	29,3%	38,1%	19,5%	1,0%	25,2%
Urbana	6,5%	22,8%	39,7%	16,2%	1,0%	20,6%
Total BOLIVIA	7,1%	25,2%	39,1%	17,4%	1,0%	22,2%

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

En relación a la necesidad de atención por Departamento, se reportó mayor proporción de enfermedades y de accidentes en el Departamento de Oruro, con 33,9%, significando que más del tercio de la población de este Departamento habría percibido necesidad en salud en las cuatro semanas anteriores a la encuesta. Al contrario, es en los Departamentos de Tarija y Cochabamba que se tienen la menor probabilidad de enfermarse, con respectivamente 19,6% y 20,2% (cuadro 7). En cuanto a partos, la proporción de mujeres de 15 a 49 años de edad que tuvieron parto en el año es mayor en los Departamentos de Pando y Potosí (12,8% y 11,9% respectivamente) mientras que esta proporción es inferior a 7% en los Departamentos de Beni (6,1%), Tarija (6,3%), La Paz (6,4%), Santa Cruz (6,6%) y Cochabamba (6,8%) (cuadro 7).

Cuadro 7 – Necesidad de atención percibida según Departamento, 2009

Departamento	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Beni	6,1%	30,9%	50,1%	19,7%	0,9%	25,3%
Chuquisaca	8,3%	27,7%	48,2%	15,8%	0,7%	23,3%
Cochabamba	6,8%	24,0%	32,1%	15,7%	0,8%	20,2%
La Paz	6,4%	24,6%	35,4%	17,4%	1,3%	21,9%
Oruro	8,1%	33,9%	54,7%	26,7%	2,0%	33,9%
Pando	12,8%	10,2%	45,8%	17,7%	1,5%	23,6%
Potosí	11,9%	27,8%	32,7%	17,2%	0,6%	22,1%
Santa Cruz	6,6%	25,6%	42,3%	17,0%	0,9%	21,6%
Tarija	6,3%	12,2%	36,7%	16,8%	0,2%	19,6%
Total BOLIVIA	7,1%	25,2%	39,1%	17,4%	1,0%	22,2%

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

III.2.2. Necesidad percibida según criterios de edad y de género

De acuerdo con la variable de género, se constata que las mujeres reportan mayor probabilidad de enfermarse que los hombres, además de la necesidad de atención debida al parto: mientras que la necesidad de atención por enfermedad o accidente alcanza al 21,1% de los hombres, el 23,2% de las mujeres reportaron necesidad de atención en salud, además del 7,1% de mujeres en edad fértil que tuvo parto en el año 2009 (cuadro 8), las que representan el 1,8% de la población total.

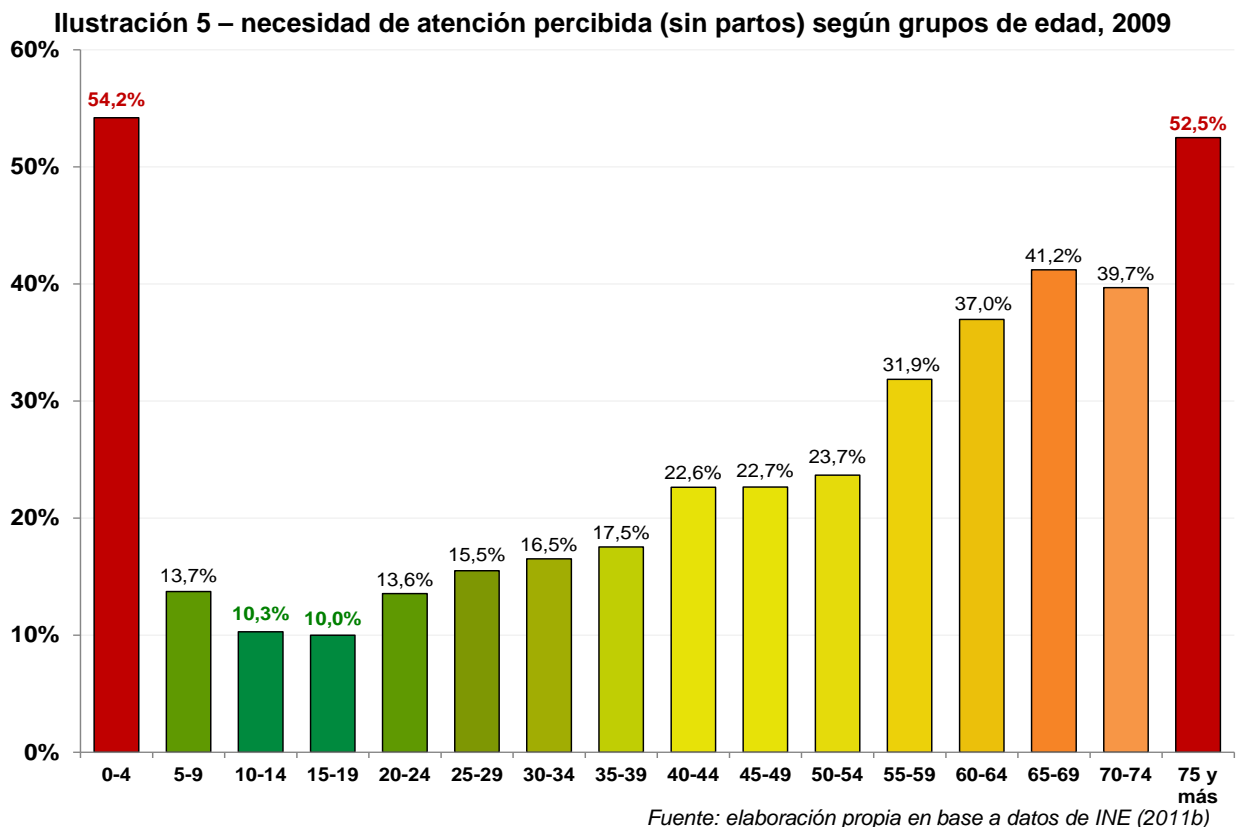
Cuadro 8 – Necesidad de atención percibida según sexo, 2009

Sexo	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Hombre	-	26,0%	39,5%	16,0%	1,1%	21,1%
Mujer	7,1%	24,5%	38,7%	18,7%	0,9%	23,2%
Total BOLIVIA	7,1%	25,2%	39,1%	17,4%	1,0%	22,2%

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

Por otra parte, si solo se toma en cuenta la población de 15 años y más, la diferencia de necesidad en salud entre hombres y mujeres es todavía mayor: el 22,8% de las mujeres reportaron necesidad de atención mientras que solamente el 18,1% de los hombres reportan enfermedad.

La probabilidad de enfermarse / accidentarse según grupos de edad muestra una mayor necesidad en niños menores de 5 años y en adultos mayores; así, la menor necesidad percibida se reporta entre 10 y 19 años, para luego incrementarse gradualmente con la edad: a partir de los 40 años de edad, más del 20% de la población reporta necesidad en salud, a partir de los 55 años de edad, esta proporción es de más de 30% y a partir de los 65 años, de más del 40%; a partir de los 75 años la proporción de personas enfermas en el mes es mayor al 50% (ilustración 5). En relación con los partos, estos son de mayor magnitud en mujeres de 20 a 39 años de edad.



III.2.3. Necesidad percibida según pertenencia indígena originaria

La probabilidad de enfermarse según pertenencia declarada en la encuesta 2009 a algún pueblo Indígena Originario (en personas de 12 años y más) muestra que de manera general, las personas que se auto identificaron como perteneciente a Pueblos Indígenas Originarios, que representan el 52,3% de la población de 12 años y más, tienen mayor necesidad en salud (22,9%) que los no-indígenas (15,9%). De igual manera, la proporción de mujeres indígenas que tuvieron parto en el año (8,2%) es mayor a la proporción de partos en mujeres no indígenas (5,9%) (cuadro 9).

Analizando más específicamente según el Pueblo Indígena Originario, se constata que la probabilidad de enfermarse en la encuesta 2009 es mayor en los Chiquitanos (31,9%) y en los demás Pueblos Indígenas Originarios (27,3%), reunidos debajo de la categoría "Otros Pueblos"; estos son principalmente Movimas, Chimanes, Tacanas, Chiriguanos y Ayoreos. En cuanto a partos, estos son más frecuentes en mujeres guaraníes (23,5%) y quechuas (8,4%) (cuadro 9).

Cuadro 9 – Necesidad de atención percibida según pertenencia a pueblo indígena originario en personas de 12 años y más, 2009

Pueblos indígenas originarios	Partos (en % de M.E.F.)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
		Enfermedad	Accidente	
Total indígenas	8,2%	21,6%	1,3%	22,9%
<i>Quechuas</i>	8,4%	20,4%	1,1%	21,5%
<i>Aymaras</i>	7,6%	22,6%	1,5%	24,1%
<i>Chiquitanos</i>	1,4%	31,3%	0,6%	31,9%
<i>Guaranís</i>	23,5%	19,9%	1,1%	21,0%
<i>Mojeños</i>	4,8%	16,7%	4,5%	21,1%
<i>Otros Pueblos</i>	2,5%	27,3%	0,0%	27,3%
No Indígenas	5,9%	14,9%	1,0%	15,9%
TOTAL (12 años y más)	7,1%	18,4%	1,1%	19,5%

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

Otra forma de análisis bivariado por criterios de pertenencia indígena originaria es el estudio de la necesidad percibida según idioma hablado (idioma principal e idioma secundario). Este muestra que la probabilidad de enfermarse o accidentarse es mayor en las personas que solo hablan un idioma nativo (31% reportaron enfermedad en el mes anterior a la encuesta) mientras que en los monolingües castellanos, solamente el 18% reportaron alguna enfermedad. En forma consolidada, se constata que el 18,8% de las personas que utilizan el castellano como idioma principal (monolingües o bilingües) se enfermaron en el mes anterior a la encuesta, mientras que este ratio es de 25,1% en las personas que utilizan un idioma nativo como idioma principal (cuadro 10).

Cuadro 10 – Necesidad de atención percibida según idioma hablado, 2009

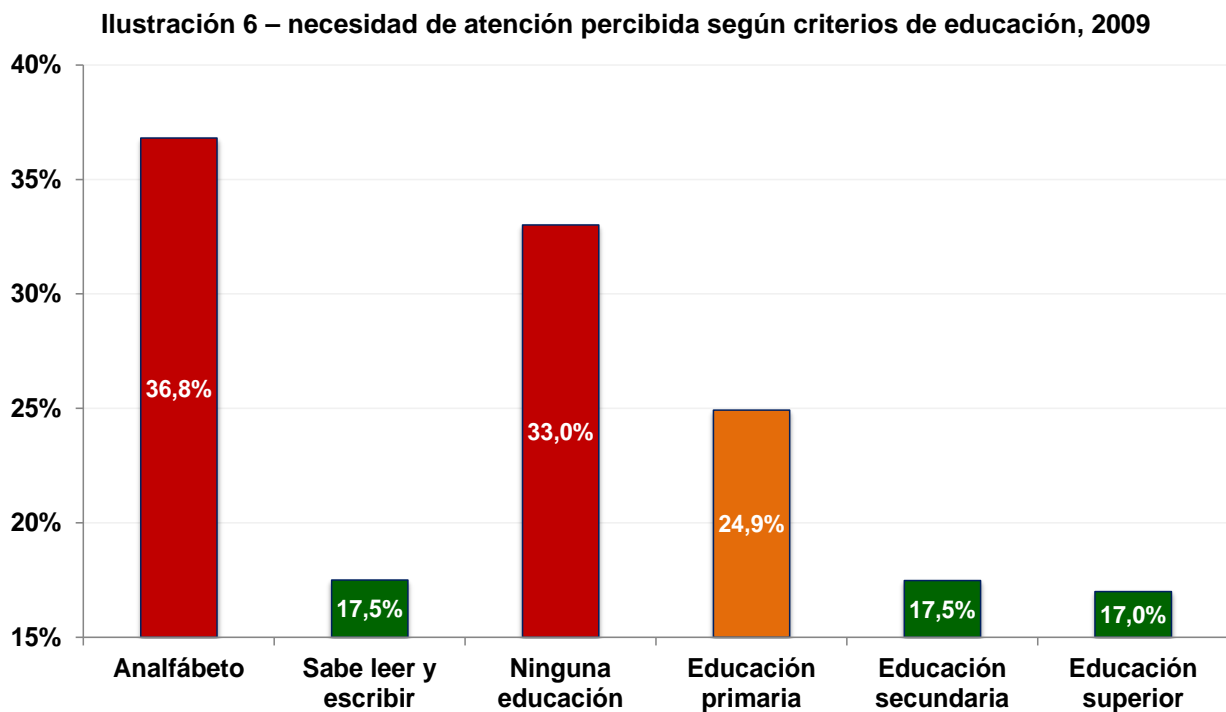
Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Monolingüe nativo	12,5%	21,1%	29,4%	24,7%	2,2%	31,0%
<i>Quechua (1)</i>	10,4%	22,7%	31,1%	21,9%	2,5%	29,6%
<i>Aymara (1)</i>	18,5%	9,6%	14,9%	32,6%	1,1%	34,4%
<i>Otros (1)</i>	-	0,0%	50,0%	35,5%	19,3%	54,8%
Bilingüe Castel. /nativo	9,3%	36,4%	39,4%	20,4%	1,1%	21,9%
<i>Bilingüe (1: castellano)</i>	9,1%	31,5%	36,9%	19,4%	1,2%	20,9%
<i>Bilingüe (1: idioma nativo)</i>	9,6%	39,8%	41,1%	21,9%	1,0%	23,5%
Monolingüe castellano	5,2%	17,9%	36,0%	14,8%	0,9%	18,0%
Idioma 1: castellano	6,5%	18,3%	36,0%	16,1%	1,0%	18,8%
Idioma 1: nativo	10,0%	26,6%	32,8%	22,5%	1,2%	25,1%
Idioma 1: extranjero	4,2%	0,0%	11,3%	7,8%	0,4%	8,7%
TOTAL (personas que pueden hablar)	7,1%	19,3%	35,4%	17,3%	1,0%	20,0%

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

En relación con los partos en el año de la encuesta, se reporta también una mayor necesidad de atención en las mujeres en edad fértil que solo hablan un idioma nativo, de las cuales el 12,5% reportaron haber tenido parto en el año 2009. En cambio, solamente el 5,2% de mujeres que solo hablan castellano (sin hablar idioma nativo) reportaron haber tenido parto en el año; esta proporción es de 6,5% en las mujeres en edad fértil que hablan castellano como idioma principal (monolingües y bilingües con el castellano como idioma principal), y de 4,2% en personas que hablan idioma extranjera como idioma principal (cuadro 10).

III.2.4. Necesidad percibida según nivel de educación

Cruzando la variable de necesidad percibida por alfabetismo, se constata una gran brecha en personas de diez años y más que saben leer y escribir (17,5% que reportaron alguna enfermedad) y las personas categorizadas como analfabetas, dentro de las cuales 36,8% reportaron alguna enfermedad o accidente en el mes anterior a la encuesta (ilustración 6 y cuadro 11). Sin embargo, la necesidad de atención de parto es más probable en mujeres en edad fértil que saben leer y escribir que en mujeres de 15 a 49 años de edad que reportaron no saber leer ni escribir (cuadro 11).



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

Si se analiza el nivel de educación alcanzado en personas que salieron del sistema educativo principal (es decir que no están inscritas para el año 2009 en ningún curso de duración mayor a tres meses), se constata dos brechas importantes, entre ningún nivel de educación formal (33% de probabilidad de enfermarse) y el nivel primario, para el cual la necesidad percibida disminuye a 24,9%; la segunda brecha se observa entre personas con nivel de educación primaria y personas con nivel secundario (17,5% de enfermos en el mes anterior a la encuesta); en cambio, la diferencia entre personas con educación secundaria y personas con educación superior no es significativa. En relación con la necesidad de atención del parto, es de mayor magnitud en mujeres en edad fértil con nivel de educación primaria, y menor en mujeres con educación superior (ilustración 6 y cuadro 11).

Cuadro 11 – Necesidad de atención percibida según criterios de educación, 2009

Dimensión de educación	Partos (en % de M.E.F.)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
		Enfermedad	Accidente	
Necesidad de atención percibida según alfabetismo (personas de 10 años y más)				
Analfabeto	5,1%	36,0%	0,8%	36,8%
Sabe leer y escribir	7,2%	16,4%	1,1%	17,5%
TOTAL (10 años y más)	7,1%	17,9%	1,1%	19,0%
Necesidad de atención percibida según nivel de educación alcanzado				
Ninguno	5,1%	32,1%	0,9%	33,0%
Educación primaria	11,2%	23,7%	1,2%	24,9%
Educación secundaria	9,0%	16,4%	1,1%	17,5%
Educación superior	4,7%	15,7%	1,3%	17,0%
TOTAL (personas que salieron del sistema educativo)	8,8%	21,0%	1,1%	22,7%

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

Finalmente, una última variable de educación que muestra resultados interesantes en relación a la probabilidad de enfermarse es el nivel educativo alcanzado por la madre de personas de 12 a 65 años de edad. Ya que esta pregunta no fue incluida en la Encuesta de Hogares 2009, se analizó el reporte de necesidad en salud percibida según nivel de educación de la madre reportado en la encuesta de hogares 2008 (INE 2011a), mostrando que mayor es el nivel de educación de la madre, menor es la probabilidad de enfermarse: mientras que el 27,2% las personas cuya madre no alcanzó ninguna educación formal reportó haberse enfermado en las cuatro semanas anteriores a la encuesta de hogares 2008, este ratio disminuye a 20,5% en personas cuya madre alcanzó educación primaria, a 16,8% en personas cuya madre alcanzó un nivel secundario, y finalmente a 15,2% en personas cuya madre alcanzó un nivel de educación superior.

Cuadro 12 – Necesidad de atención percibida según nivel de educación de la madre, 2008

Nivel de educación de la madre (personas de 12 a 65 años)	Partos (en % de M.E.F.)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
		Enfermedad	Accidente	
Ninguno	11,4%	26,1%	1,1%	27,2%
Educación primaria	12,0%	19,7%	0,8%	20,5%
Educación secundaria	9,0%	16,1%	0,8%	16,8%
Educación superior	4,4%	14,0%	1,2%	15,2%
TOTAL (personas de 12 a 65 años)	11,1%	22,2%	1,0%	23,2%

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

El nivel de educación de la madre también está relacionada con la natalidad: aproximadamente el 12% de las mujeres en edad fértil (M.E.F.) cuya madre no tuvo educación formal o alcanzó un nivel primario reportaron haber tenido un parto en el año. En cambio, solamente el 4,4% de las M.E.F. cuya madre alcanzó un nivel de educación superior tuvieron un parto en el año 2009 (cuadro 12).

III.2.5. Necesidad percibida según actividad laboral

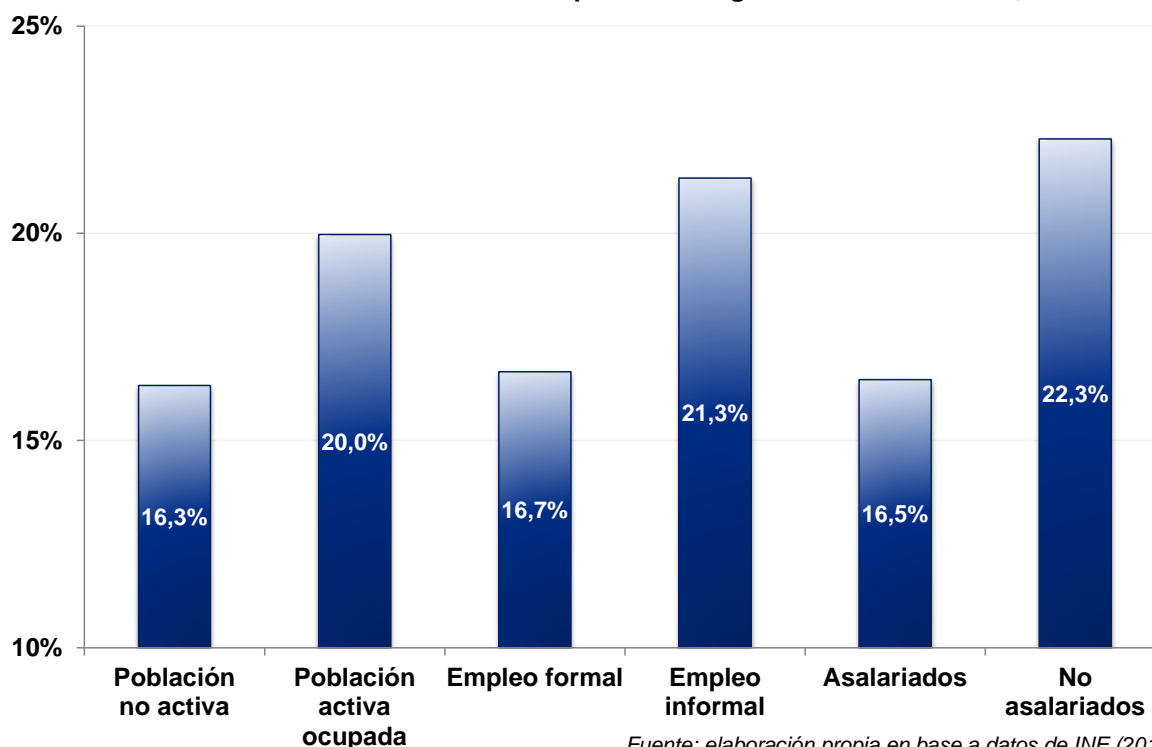
Desagregando la población según criterios laborales, la población en edad de no trabajar (menores de 7 años de acuerdo con los criterios manejados por el Instituto Nacional de Estadísticas) es la que reporta mayor proporción de enfermedad. Dentro de la población en edad de trabajar, se constata que la probabilidad de enfermarse es mayor en la población activa ocupada (20%) que en la población económicamente inactiva (16,3%), es decir la población en edad de trabajar no ocupada y que no busca trabajo (cuadro 13 e ilustración 7).

Cuadro 13 – Necesidad de atención percibida según población activa / edad de trabajar, 2009

Categoría población	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Población inactiva y en edad de no trabajar	9,1%	25,2%	39,1%	15,9%	0,8%	24,6%
<i>En edad de no trabajar</i>	-	25,2%	39,1%	16,8%	0,8%	42,1%
<i>Inactivos (edad de trab.)</i>	9,1%	-	-	15,5%	0,8%	16,3%
Población activa	6,0%	-	-	18,7%	1,1%	19,9%
<i>Activos ocupados</i>	6,1%	-	-	18,8%	1,1%	20,0%
<i>Activos desocupados</i>	3,3%	-	-	15,3%	1,4%	16,7%
Población en edad de trabajar	7,1%	-	-	17,5%	1,0%	18,5%
Total BOLIVIA	7,1%	25,2%	39,1%	17,4%	1,0%	22,2%

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

Ilustración 7 – necesidad de atención percibida según criterios laborales, 2009



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

En relación con el tipo de empleo dentro de la población ocupada, se constata que las personas con empleo informal, es decir cuando la actividad principal no está debidamente registrada en los servicios de impuestos nacionales, tienen mayor probabilidad de enfermarse (21,3% contra 16,7% en personas con empleo formal), al igual que los trabajadores no asalariados (trabajadores por cuenta propia, cooperativistas, trabajadores del hogar, etc.), de los cuales el 22,3% reportó alguna enfermedad o algún accidente en el mes anterior a la encuesta, contra solamente 16,5% en trabajadores asalariados; dentro de los trabajadores no asalariados, se constata que el 18,1% de los trabajadores no remunerados (trabajadores familiares del hogar o aprendiz) tienen una necesidad percibida en salud en las semanas anteriores a la encuesta, ratio muy inferior a los trabajadores no asalariados remunerados (24,9%) (cuadro 14 e ilustración 7).

En cuanto a partos, estos son más frecuentes en mujeres trabajadoras del hogar (ocupadas no remuneradas) y en mujeres con empleo informal, con respectivamente 8,3% y 6,6% de mujeres de estas categorías que tuvieron parto en el año 2009. En cambio, los partos son menos frecuentes en mujeres en edad fértil que tienen un empleo formal (5% de M.E.F. que tuvieron parto) o que reciben un salario para su ocupación laboral principal (4,6% con parto en el año 2009) (cuadro 14).

Cuadro 14 – Necesidad de atención percibida según formalidad y tipo de remuneración de la ocupación principal, 2009

Tipo de empleo	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Necesidad de atención percibida según formalidad de la ocupación principal						
Empleo formal	5,0%	-	-	15,2%	1,5%	16,7%
Empleo informal	6,6%	-	-	20,4%	1,0%	21,3%
TOTAL (activos ocupados)	6,1%	-	-	18,8%	1,1%	20,0%
Necesidad de atención percibida según tipo de remuneración de la ocupación principal						
No asalariados	7,2%	-	-	21,3%	1,0%	22,3%
Remunerados	6,2%	-	-	23,8%	1,1%	24,9%
No remunerados	8,3%	-	-	17,4%	0,7%	18,1%
Asalariados	4,6%	-	-	15,1%	1,4%	16,5%
TOTAL (activos ocupados)	6,1%	-	-	18,8%	1,1%	20,0%

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

Según el grupo ocupacional de la actividad laboral principal (cuadro 15 e ilustración 8), se constata grandes desigualdades en la necesidad percibida. Así, mientras que la probabilidad de enfermarse es de 29,2% en la categoría de trabajadores agropecuarios y de 21,4% en trabajadores de servicios y comercio, es de solamente 11,6% en directivos, de 13,4% en empleados de oficina y de 15,7% en profesionales, es decir por debajo del promedio de la población activa, que es de 20% (cuadro 15).

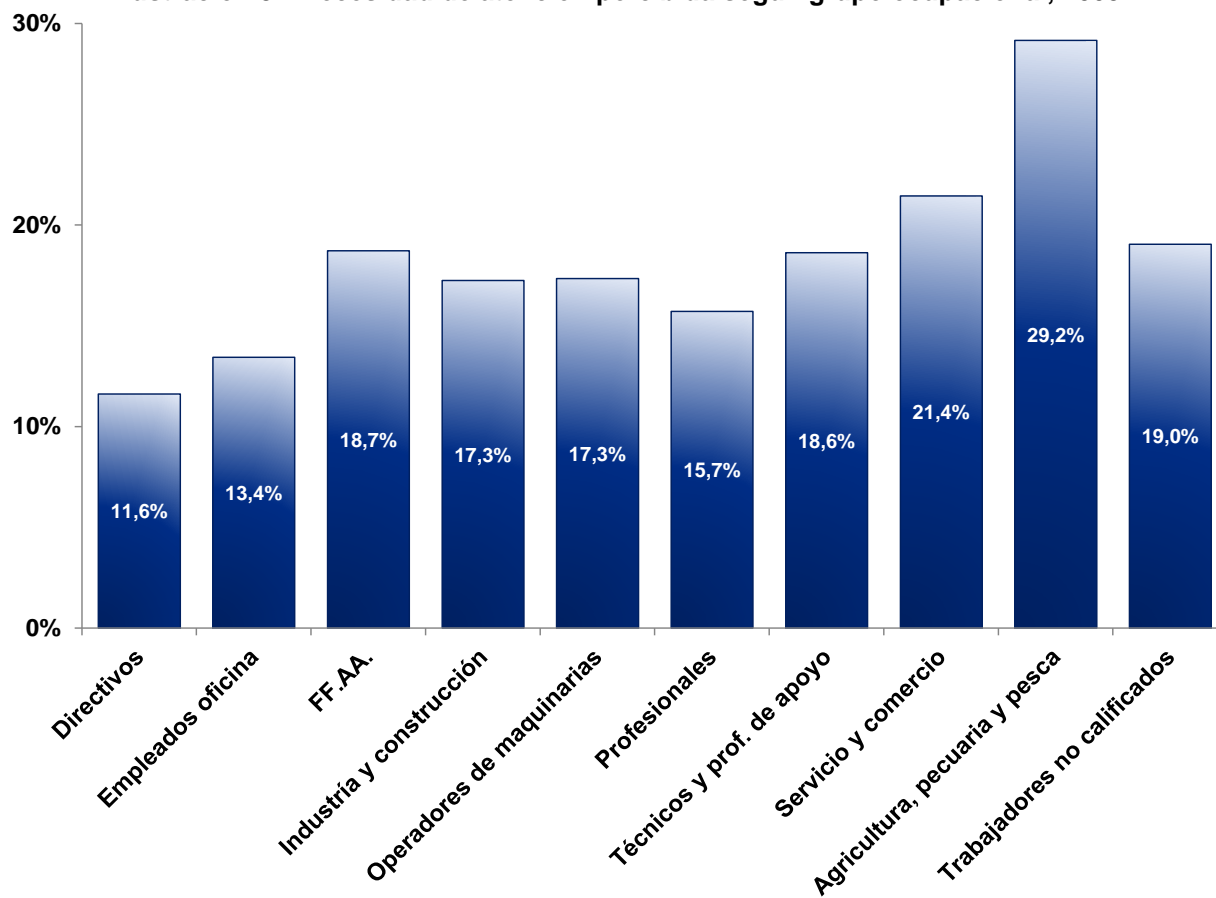
En relación a la necesidad de atención del parto, estos son más frecuentes en trabajadoras agropecuarias (7,3% de las mujeres en edad fértil) y en trabajadoras no calificadas (9,0%), mientras que no se reportaron ningún parto en mujeres entrevistadas que declararon pertenecer a los grupos ocupacionales de directivos y operadores de instalaciones y maquinarias; en los grupos de técnicos / profesionales de apoyo y de servicios y comercio, los partos fueron escasos en el año 2009, en menos del 4% de mujeres en edad fértil de estos grupos ocupacionales (cuadro 15 e ilustración 8).

Cuadro 15 – Necesidad de atención percibida según grupo ocupacional, 2009

Grupo ocupacional	Partos (en % de M.E.F.)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
		Enfermedad	Accidente	
Directivo	0,0%	11,6%	0,0%	11,6%
Empleado de oficina	6,2%	13,1%	0,3%	13,4%
Fuerzas armadas	-	18,7%	0,0%	18,7%
Industria, construcción	5,7%	15,9%	1,3%	17,3%
Operador instalaciones	0,0%	16,8%	0,6%	17,3%
Profesional	6,2%	14,3%	1,4%	15,7%
Técnico y prof. de apoyo	3,2%	16,4%	2,2%	18,6%
Servicios y comercio	3,7%	20,1%	1,4%	21,4%
Trabajador agropecuario	7,3%	28,1%	1,1%	29,2%
Trabajador no calificado	9,0%	18,3%	0,8%	19,0%
TOTAL (activos ocupados)	6,1%	18,8%	1,1%	20,0%

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

Ilustración 8 – necesidad de atención percibida según grupo ocupacional, 2009



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

Según sectores económicos, se constata que es en el sector primario (agricultura y actividad minera) que la probabilidad de enfermarse es mayor, alcanzando el 23% de los trabajadores de este sector en las cuatro semanas anteriores a la encuestas de hogares 2009. Es en el sector secundario (industrial) que se muestra la menor necesidad percibida (16,8%), mientras que en el sector terciario, el 19,0% de los trabajadores reportaron alguna enfermedad (cuadro 16). Según rama específica de actividad de la ocupación principal, se observa las mayores necesidades percibidas o probabilidades de enfermarse en las ramas de explotación de minas y canteras (27,7%), hoteles y restaurantes (23,1%), agricultura, ganadería y caza (22,9%) y educación (22%) mientras que es en las ramas de organismos extraterritoriales (5,8%), producción y distribución de energía y agua (12,2%) e intermediación financiera (12,2%) que hay menos necesidad percibida (cuadro 16).

En cuanto a los partos, estos son más frecuentes en trabajadoras del sector primario (9,0% de las mujeres en edad fértil de este sector tuvieron un parto en el año 2009) que en el secundario y el terciario (respectivamente 5,9% y 5,0%) (cuadro 16).

Cabe señalar que de acuerdo con la definición general del sector primario (actividades de transformación de los recursos naturales en productos primarios no elaborados), el sector minero suele considerarse como primario y es el criterio retenido en el presente estudio; sin embargo, en algunos países, esta rama de actividad puede considerarse dentro del sector secundario debido a su relación con el sector industrial.

Cuadro 16 – Necesidad de atención percibida según rama / sector de actividad, 2009

Rama / sector de actividad	Partos (en % de M.E.F.)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
		Enfermedad	Accidente	
SECTOR PRIMARIO	9,0%	22,0%	1,0%	23,0%
<i>Agricultura, ganadería y caza</i>	8,9%	21,9%	1,0%	22,9%
<i>Explotación minas, canteras</i>	0,0%	26,3%	1,4%	27,7%
<i>Silvicultura y pesca</i>	35,7%	15,7%	3,4%	19,1%
SECTOR SECUNDARIO	5,9%	15,9%	0,9%	16,8%
<i>Industria manufacturera</i>	6,4%	18,0%	0,6%	18,7%
<i>Construcción</i>	0,0%	12,8%	1,4%	14,1%
<i>Prod. / distr. energía y agua</i>	0,0%	12,2%	0,0%	12,2%
SECTOR TERCIARIO	5,0%	17,7%	1,3%	19,0%
<i>Venta y reparaciones</i>	4,0%	18,3%	1,6%	19,9%
<i>Transporte y comunicaciones</i>	4,5%	15,0%	0,7%	15,8%
<i>Educación</i>	5,0%	20,3%	1,8%	22,0%
<i>Hoteles y restaurantes</i>	4,2%	23,1%	0,0%	23,1%
<i>Servicios Inmobiliarios</i>	7,2%	14,7%	1,3%	16,1%
<i>Servicios común. y personales</i>	9,2%	17,4%	1,8%	19,2%
<i>Adm.pública, defensa, s.social</i>	4,7%	16,6%	1,0%	17,6%
<i>Servicios sociales y de salud</i>	5,5%	11,7%	2,0%	13,7%
<i>Hogares privados</i>	4,1%	20,5%	1,0%	21,5%
<i>Intermediación financiera</i>	11,0%	10,1%	2,1%	12,2%
<i>Organismos extraterritoriales</i>	27,6%	5,8%	0,0%	5,8%
TOTAL (activos ocupados)	6,1%	18,8%	1,1%	20,0%

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

III.2.6. Necesidad percibida según criterios económicos (ingresos)

Según incidencia de pobreza y de pobreza extrema, se constata que el hecho de ser pobre extremo implica una mayor necesidad percibida de atención en salud, pero sin que la diferencia con los no pobres sea muy grande. En efecto, la probabilidad de enfermarse (mes anterior a la encuesta) es de 24,2% en pobres extremos y de 21,1% en no pobres, mientras que es de 23,2% en pobres moderados (que incluyen los pobres extremos) y de 22,1% en personas clasificadas por el INE como pobres pero sin ser pobres extremos (cuadro 17). En relación a la necesidad de atención debido al parto, este es mayor en pobres extremas (9,6%) que en no pobres (5,2%) (cuadro 17).

Cuadro 17 – Necesidad de atención percibida según incidencia de pobreza, 2009

Dimensión geográfica	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Necesidad de atención percibida según incidencia de pobreza moderada						
No Pobres	5,2%	22,0%	38,7%	16,9%	1,1%	21,1%
Pobres	9,2%	27,5%	39,4%	17,8%	0,9%	23,2%
Necesidad de atención percibida según incidencia de pobreza extrema						
No pobres extremos	6,3%	24,7%	38,1%	17,0%	1,0%	21,5%
Pobres extremos	9,6%	26,5%	41,3%	18,4%	0,8%	24,2%
Pobres moderados y no pobres extremos	8,8%	28,7%	37,4%	17,1%	0,9%	22,1%
Total BOLIVIA	7,1%	25,2%	39,1%	17,4%	1,0%	22,2%

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

Un criterio más específico para realizar el análisis bivariado por ingreso es la utilización de quintiles de ingreso, calculados a partir del ingreso per cápita del hogar, el primer nivel (quintil 1) correspondiendo a la porción de la población más pobre, mientras que el último nivel (quintil 5) corresponde a la porción de la población más rica. Si bien el quintil 5, es decir la parte de la población más rica, reporta la menor probabilidad de enfermarse, las diferencias no son muy significativas en los demás niveles: las personas del quintil 1 (el más pobre) reportan la misma probabilidad de enfermarse que las personas del quintil 3, mientras que son las personas perteneciente al quintil 2 que muestran la mayor necesidad percibida, con 25,5%; sin embargo, la necesidad de atención del parto es muy dependiente del ingreso y decreciente desde el quintil 1 (10,5%) hasta el quinto (3,8%) (cuadro 18).

Cuadro 18 – Necesidad de atención percibida según quintil de ingreso del hogar, 2009

Dimensión geográfica	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Quintil 1	10,5%	26,3%	41,1%	16,9%	0,9%	22,8%
Quintil 2	9,4%	28,7%	40,0%	20,4%	0,8%	25,5%
Quintil 3	7,5%	24,3%	33,3%	17,1%	1,4%	22,3%
Quintil 4	6,0%	28,8%	44,1%	17,0%	0,6%	21,4%
Quintil 5	3,8%	14,0%	36,6%	15,7%	1,3%	19,3%

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

III.2.7. Necesidad percibida según cobertura por seguros de salud

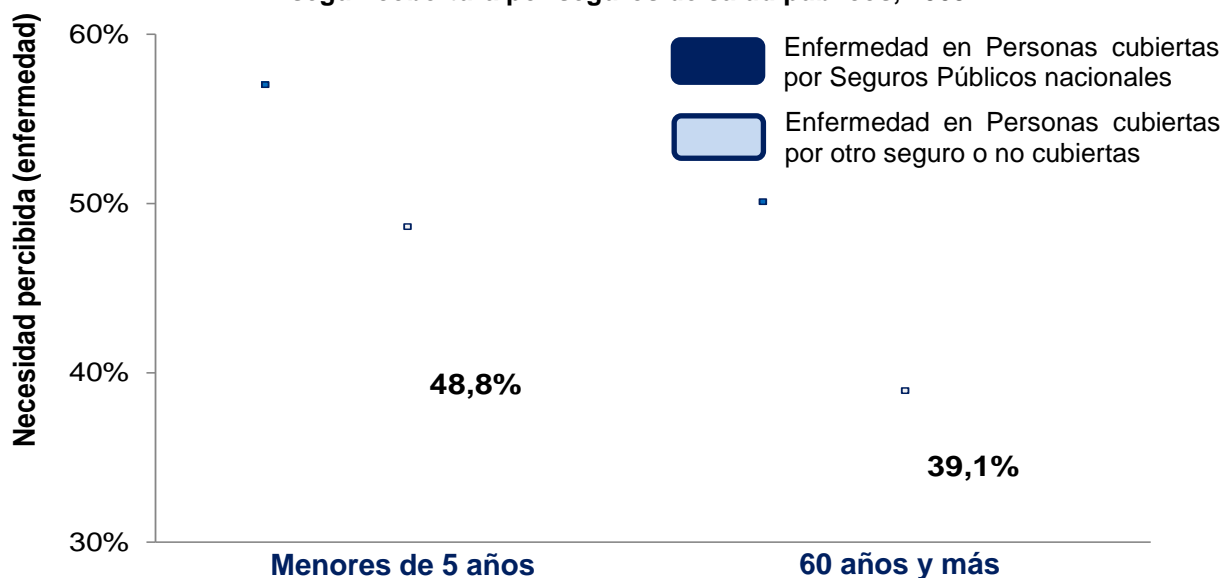
El último criterio utilizado para analizar la necesidad de atención es la cobertura por seguros de salud reportada en la encuesta 2009, que se relaciona con el conocimiento y la percepción de las personas entrevistadas en estar protegidas por algún seguro de salud (Dupuy 2011a). Esta desagregación muestra que son las personas cubiertas por seguros públicos que tienen mayor probabilidad de enfermarse (40,2%); si solo se toma en cuenta los Seguros Públicos nacionales, la probabilidad de enfermarse para sus beneficiarios es superior al 50% de la población (cuadro 19). Esta figura se explica principalmente por la estructura por edades excluyente de estos seguros, que cubren a las poblaciones que tienen mayor probabilidad de enfermarse (menores de 5 años para el SUMI y personas de 60 años y más para el SSPAM).

Cuadro 19 – Necesidad de atención percibida según cobertura por seguros de salud, 2009

Seguro de Salud	Partos (en % de M.E.F.)	EDAs (< 5 años)	Resfrío (< 5 años)	Enfermedad percibida (variable original)		Necesidad percibida (sin partos)
				Enfermedad	Accidente	
Con Seguro de Salud	13,3%	25,9%	39,3%	20,8%	1,1%	31,2%
Seguridad Social	5,9%	16,0%	38,0%	20,0%	1,2%	24,1%
Seguros privados y otros	4,9%	21,0%	16,8%	12,9%	2,1%	17,7%
Seguros Públicos	26,6%	27,7%	40,2%	23,0%	0,9%	40,2%
SUMI	62,7%	27,9%	40,2%	19,9%	0,6%	52,5%
SSPAM	-	-	-	49,1%	1,1%	50,2%
Seguros subnacionales	4,7%	18,7%	44,4%	16,2%	1,1%	17,6%
Sin Seguro de Salud	4,6%	22,4%	37,9%	15,6%	0,9%	17,6%
Total BOLIVIA	16,9%	25,1%	39,0%	17,4%	1,0%	22,2%

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

Ilustración 9 – Necesidad de atención en salud en grupos de edad específicos, según cobertura por seguros de salud públicos, 2009



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

Sin embargo, el hecho de que las personas cubiertas por seguros públicos nacionales son las que tienen mayor probabilidad de enfermarse no es atribuible solamente a la estructura por edades de estos seguros: se debe también al hecho de que las personas entrevistadas tienen una tendencia a reportar cobertura por seguros públicos de salud solamente si lo necesitaron, es decir si estuvieron enfermas. Este efecto se puede identificar claramente en la ilustración 9, en la cual se cruza la necesidad en salud (reporte de enfermedad) y la cobertura reportada por seguros de salud públicos en las personas menores de cinco años y mayores de 59 años, es decir la población teóricamente cubierta por seguros públicos nacionales. Se puede constatar en este gráfico que los menores de 5 años para los cuales se declaró cobertura por el SUMI, tienen una probabilidad de enfermarse en un mes de 57,2% contra solamente 48,8% en los niños cubiertos por otros seguros de salud o que no benefician de ningún seguro. Esta figura podría significar que por alguna razón, los niños cubiertos por el SUMI tienen mayor probabilidad de enfermarse; sin embargo, lo más probable es que para los niños que no se enfermaron, no se reportó cobertura por el SUMI ya que no lo necesitaron, provocando así una mayor necesidad de atención en los niños cubiertos por el SUMI (ilustración 9).

Lo propio ocurre con los adultos mayores: mientras que en las personas que reportaron estar cubiertas por el SSPAM, la necesidad percibida representa el 50,3% de la población, solamente el 39,1% de los adultos mayores que reportaron estar cubierto con otro seguro o sin seguro han declarado alguna enfermedad en el mes anterior a la encuesta (ilustración 9), significando que los adultos mayores tienen tendencia a declarar cobertura por el SSPAM solamente si lo necesitaron.

III.3. Conclusiones sobre necesidad percibida en salud

En totalidad, la encuesta de hogares 2009 reporta entonces que el 22,2% de la población se encuentra enferma, es decir con necesidad percibida en salud, en un mes. La falta de información impide anualizar esta “tasa de enfermedad” y de considerar la gravedad de la enfermedad. Sin embargo, se cuenta con datos por grupos de población que muestran que de manera general, las poblaciones del área rural, niños y adultos mayores, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetas, no asalariados y con empleo informal y pobres extremos son las categorías de personas que tienen las mayores probabilidades de enfermarse. Conocer estos grupos de población permite establecer una primera priorización, de la población que necesita mayor atención en salud, aunque no se conoce el tipo de enfermedad y entonces el tipo de atención requerida. Además, desde un cierto punto de vista, el estudio de la probabilidad de enfermarse puede asimilarse a un análisis de la exclusión en salud, ya que el análisis por grupos de población de esta dimensión permite identificar las condiciones a través de las cuales un individuo o una familia tienen mayor probabilidad de enfermarse y en este sentido no pueden ejercer plenamente su derecho a la salud; estas condiciones son la pobreza, la falta de educación formal, el lugar de residencia, etc. Sin embargo, este tipo de análisis, lineal y muy básico, no permite identificar procesos de exclusión, razón por la cual debería ser completado por un análisis econométrico y dinámico que permita analizar estos procesos de acuerdo con la definición de exclusión en salud propuesta en el Capítulo primero del presente documento.

Por otra parte, los datos de enfermedad percibida sirven de base a la estimación del acceso y exclusión de los servicios de salud, ya que se consideran como excluidas de los servicios de salud solamente a las personas que tuvieron necesidad percibida y que no accedieron a servicios de salud institucionales. En el Capítulo IV a continuación, se realiza las estimaciones generales y por grupos de población del acceso y exclusión de los servicios de salud, personal y lugar de atención y de las causas de demanda contenida, datos que permitirán establecer cuáles son los grupos de población más excluidos y así construir una segunda priorización poblacional.

Capítulo IV. Acceso a servicios de salud

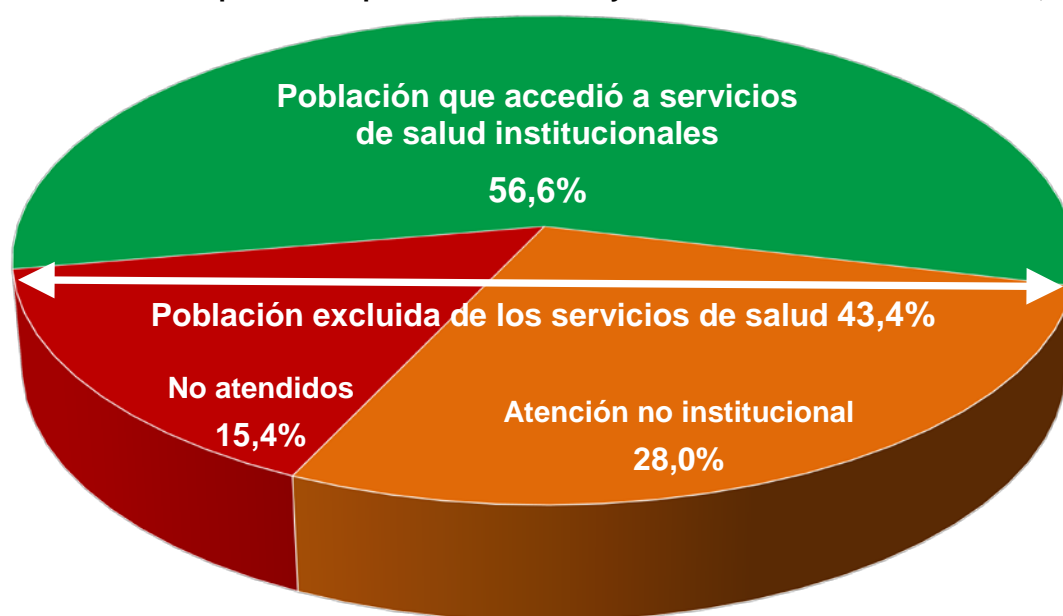
A partir de la estimación de la necesidad de atención percibida (Capítulo III), el análisis del acceso a servicios de salud consiste en estimar qué proporción de la población con necesidad de salud accedió a los servicios de salud, identificando dos tipos de población excluida: la que no demandó atención (auto-excluidos) y la que accedió a una atención no institucional, es decir los que fueron principalmente atendidos por un familiar o un farmacéutico. También se analizaron el lugar de atención, la atención del parto y la calidad percibida de atención.

IV.1. Acceso general a servicios de salud en Encuestas de hogares

IV.1.1. Acceso general a servicios de salud para atención de enfermedad

A nivel agregado, de las 2.285.613 personas que se enfermaron o accidentaron durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta, solamente el 56,6% accedió a una atención institucional (ilustración 7 y cuadro 20), realizada por personal adecuadamente formado para la atención en salud, es decir los médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. En totalidad, la exclusión relacionada al acceso a servicios de salud concierne el 43,4% de las personas que reportaron haberse enfermado en las cuatro semanas anteriores a la encuesta de hogares 2009. El primer grupo de excluidos, que son las personas que a pesar de haber percibido necesidad en salud, no demandaron atención (es decir que no fueron atendidas por nadie, que sea personal institucional o no institucional), representan el 15,4% de la población que estuvo enferma; el otro grupo de excluidos, es decir las personas que lograron hacerse atender, pero de forma no institucional, representan el 28% de la población con necesidad de atención (ilustración 10 y cuadro 20).

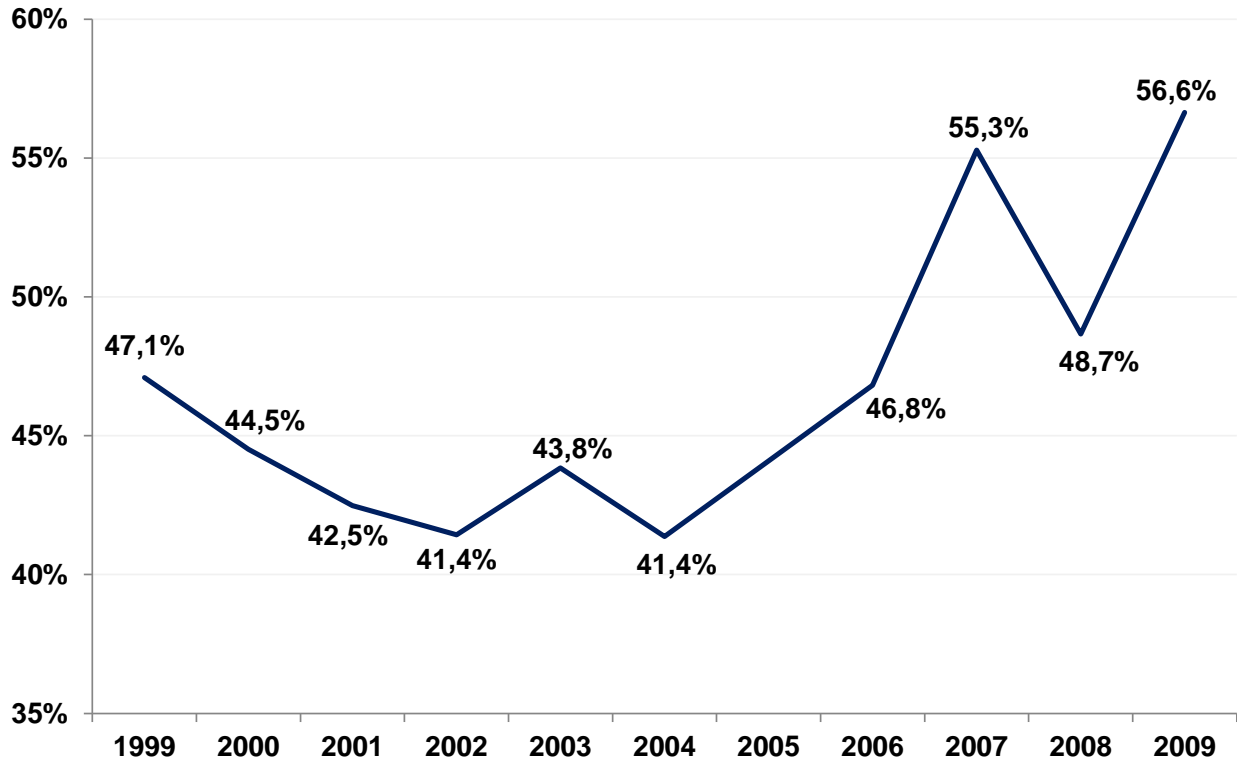
Ilustración 10 – Proporción de población excluida y con acceso a servicios de salud, 2009



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

Analizando la evolución del acceso a servicios de salud en las diferentes encuestas de hogares desde el año 1999, se constata que la tasa de acceso a servicios institucionales reportada en el año 2009 es la más alta en todo el periodo 1999-2009. En efecto, con la excepción del año 2007, en el cual el 55,3% de la población con necesidad de atención reportó haber accedido a servicios de salud institucionales, el acceso en las encuestas de hogares anteriores al año 2009 siempre mostraron un acceso inferior al 50% de la población enferma, significando que más de la mitad de la población no podía acceder a servicios de salud institucionales habiendo percibido alguna necesidad en salud y por lo tanto, se encontraba excluida (ilustración 11 y cuadro 20).

Ilustración 11 – Proporción de población enferma que accedió a servicios de salud institucionales en las cuatro semanas anteriores a encuesta, 1999 a 2009



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

Cuadro 20 – Proporción de población enferma con acceso y excluida de los servicios de salud institucionales en las cuatro semanas anteriores a encuesta, 1999 a 2009

Acceso	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009
Acceso Institucional	47,1%	44,5%	42,5%	41,4%	43,8%	41,4%	46,8%	55,3%	48,7%	56,6%
Excluidos	52,9%	55,5%	57,5%	58,6%	56,2%	58,6%	53,2%	44,7%	51,3%	43,4%
<i>At. no institucional</i>	41,1%	37,9%	37,2%	39,4%	34,8%	39,0%	35,1%	30,4%	35,2%	28,0%
<i>No atendidos</i>	11,8%	17,6%	20,4%	19,2%	21,4%	19,7%	18,1%	14,4%	16,1%	15,4%

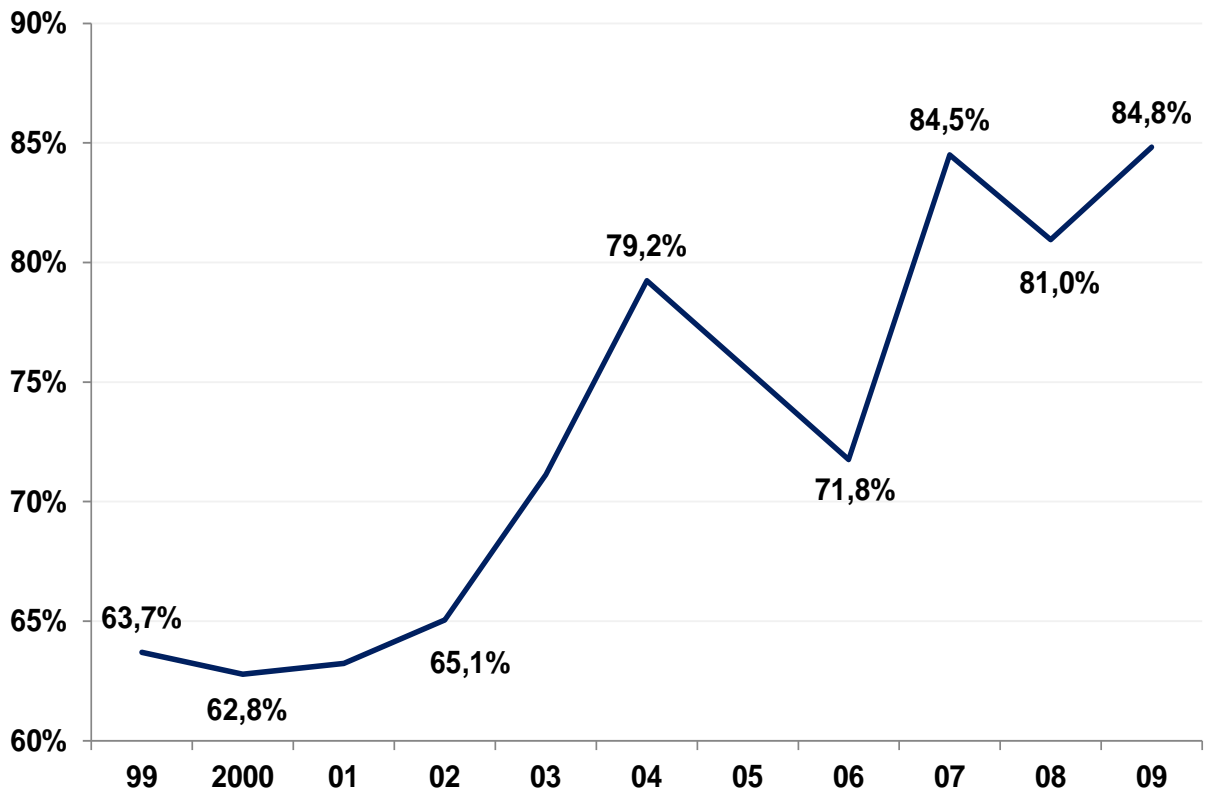
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2000, 2001, 2002b, 2005, 2007, 2008, 2011a y 2011b)

IV.1.2. Acceso general a servicios de salud para atención del parto

Además del acceso a servicios de salud para atención de la enfermedad, las encuestas de hogares permiten conocer el acceso a servicios de salud para la atención del parto, calculada de la misma forma que para la enfermedad percibida (atención por parte de personal institucional capacitado). De acuerdo con los datos de la encuesta de hogares 2009, 188.963 mujeres (utilizando el factor de expansión) reportaron haber tenido un parto en el año (hasta mediados de noviembre), de las cuales el 84,8% tuvo una atención institucional, proporcionada por un médico o una auxiliar de enfermería (ilustración 12). El 25,2% de los partos restantes se reparten entre atención no institucional (24,1% de los partos ocurridos en el año 2009) y falta de atención (mujeres que atendieron ellas mismas su parto) en 1,1% de los casos. Si se toma en cuenta los partos ocurridos en un año, es decir entre noviembre 2008 y noviembre 2009, el 83,7% de las 233.771 mujeres que tuvieron un parto durante este periodo lograron acceder a una atención institucional.

La evolución del acceso a servicios de salud para la atención del parto reportado desde el año 1999 muestra una evolución positiva en particular a partir del año 2003 y la implementación del SUMI, siendo el valor del año 2009 el más alto del periodo. Si bien las encuestas de hogares 2006 y 2008 muestran una disminución de la tasa de atención institucional del parto, nunca se ha reportado de nuevo los niveles observados antes del año 2003, entre 63 y 65% de los partos con atención institucional (ilustración 12). En relación a la atención no institucional, esta corresponde generalmente a la atención de un familiar, mientras que las mujeres no atendidas, es decir las que atendieron su parto ellas mismas, representan generalmente alrededor del 1% de los partos en todas las encuestas desde el año 1999 (1,1% en el año 2009).

Ilustración 12 – Proporción de mujeres que accedió a servicios de salud institucionales para atención de su parto, 1999 a 2009



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

IV.1.3. Acceso general a servicios de salud según personal de atención

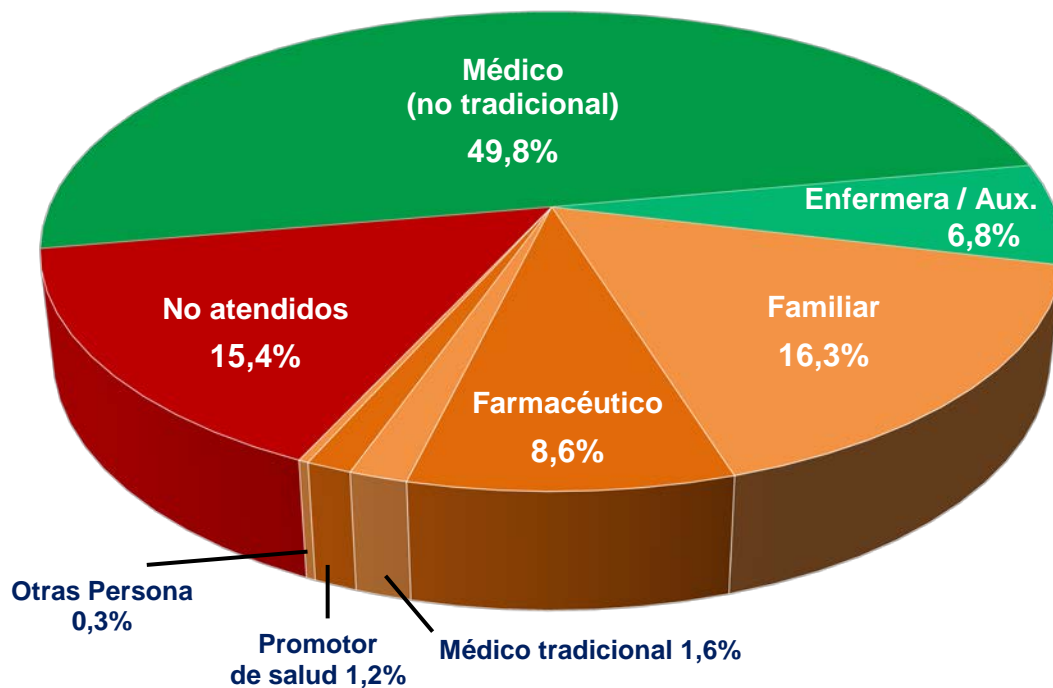
En relación a la persona que atendió a la enfermedad percibida, se reporta en la encuesta de hogares 2009 que en casi la mitad de las personas (49,8%), la atención fue proporcionada por un médico; la segunda categoría de persona a la cual se acude es un familiar (16,3% de los casos), seguidos por el farmacéutico (8,6%), la enfermera o auxiliar de enfermería (6,8%), el médico tradicional (1,6%), el promotor de la salud (1,2%) y finalmente otra persona (0,3%), que son generalmente vecinos o amigos (cuadro 21 e ilustración 13).

Cuadro 21 – Acceso a servicios de salud según personal de atención, 2009

Personal que atendió enfermedad	Población	% Población enferma que fue atendida
Atención Institucional	1.294.571	56,6%
médico	1.138.444	49,8%
enfermera / auxiliar de enfermería	156.127	6,8%
Atención no institucional	639.817	28,0%
un familiar	372.662	16,3%
farmacéutico	197.363	8,6%
médico tradicional	35.556	1,6%
responsable o promotor de salud	27.993	1,2%
otra persona	6.243	0,3%
No atendidos (auto-excluidos)	351.225	15,4%

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

Ilustración 13 – Acceso a servicios de salud según personal de atención, 2009



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

Cabe recordar que al contrario del primer estudio sobre exclusión en salud realizado en el año 2004 (UDAPE y OPS 2004), no se consideran en el presente análisis a los promotores de salud dentro de la atención institucional ya que su rol no es de atender la enfermedad. Tampoco se consideran a los médicos tradicionales como institucionales ya que estos no están siempre incluidos en el sistema de salud formal, y tampoco están contemplados en el Anteproyecto de Ley del Sistema Único de Salud (solamente los que pertenecen al subsistema público, y no a los médicos independientes). Sin embargo, estas dos categorías de personal representan una proporción muy pequeña de la atención y considerarlos o no dentro de la atención institucional no impacta significativamente en los resultados del análisis: de acuerdo con la encuesta de hogares 2009, solamente el 1,6% de las personas enfermas fueron atendidas por médico tradicional y el 1,2% por promotores de la salud.

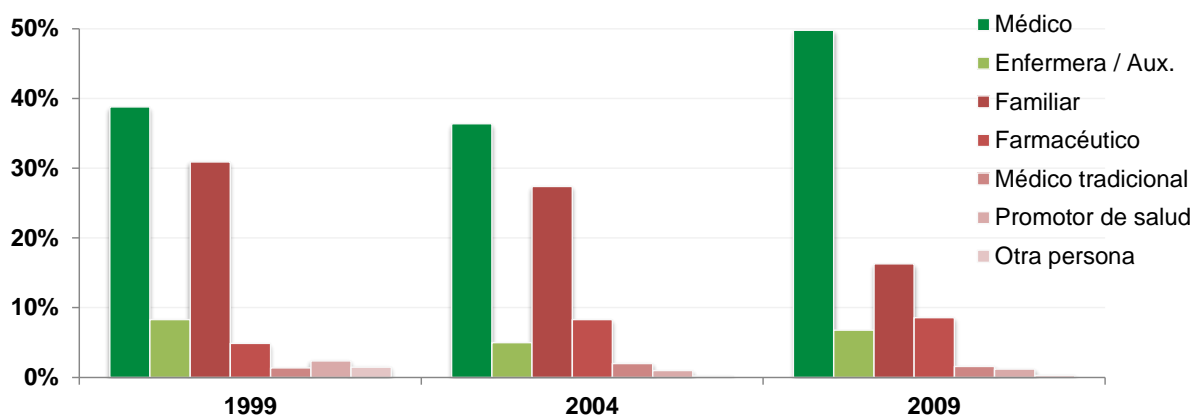
La evolución temporal del tipo de personal que atendió la enfermedad muestra un fuerte incremento de la proporción de personas atendidas por un médico a partir de los años 2006-2007, encima del 40% de los enfermos, mientras que disminuye la proporción de personas atendidas por un familiar, principalmente a partir del año 2007 (cuadro 22 e ilustración 14).

Cuadro 22 – Proporción de población enferma con acceso y excluida de los servicios de salud, según tipo de persona que atendió la enfermedad, 1999 a 2009

Personal que atendió enfermedad	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009
Institucional	47,1%	44,5%	42,5%	41,4%	43,8%	41,4%	46,8%	55,3%	48,7%	56,6%
Médico	38,8%	37,3%	36,8%	35,6%	36,3%	36,4%	40,2%	47,2%	43,4%	49,8%
Enfermera / Aux.	8,3%	7,2%	5,7%	5,9%	7,6%	5,0%	6,6%	8,1%	5,3%	6,8%
No Institucional	41,1%	37,9%	37,2%	39,4%	34,8%	39,0%	35,1%	30,4%	35,2%	28,0%
Familiar	30,9%	30,8%	24,2%	30,8%	27,2%	27,4%	26,5%	20,6%	19,1%	16,3%
Farmacéutico	4,9%	3,7%	4,3%	5,5%	3,8%	8,3%	6,3%	7,4%	10,2%	8,6%
Médico tradicional	1,4%	0,9%	1,2%	0,8%	1,4%	2,0%	0,8%	1,0%	2,1%	1,6%
Promotor de salud	2,4%	1,9%	7,1%	1,9%	1,3%	1,0%	0,9%	1,1%	3,7%	1,2%
Otra persona	1,5%	0,6%	0,4%	0,4%	1,0%	0,2%	0,6%	0,3%	0,1%	0,3%
No atendidos	11,8%	17,6%	20,4%	19,2%	21,4%	19,7%	18,1%	14,4%	16,1%	15,4%

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

Ilustración 14 – persona que atendió la enfermedad, años 1999, 2004 y 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2000, 2005, y 2011b)

Los farmacéuticos son la otra categoría de profesional que vio incrementar de manera sustantiva su proporción de atención de personas con necesidad percibida, pasando de 3,7% de las personas enfermas en el año 2000 a 8,6% en el año 2009 (10,2% en el año 2008), lo que puede relacionarse con el crecimiento descontrolado de las farmacias privadas en el área urbana. Por otra parte, se constata que la proporción de personas atendidas por una enfermera es muy baja, entre 5 y 8% entre 1999 y 2009, demostrando la falta de este tipo de personal para la atención de enfermedades simples que no necesitan la intervención de un médico (cuadro 22 e ilustración 14).

IV.1.4. Acceso general a servicios de salud según lugar de atención

En relación al lugar en el cual se atendió a las personas que reportaron alguna enfermedad, la encuesta de hogares 2009 muestra que es en la propia casa de la persona enferma que ocurren la mayor cantidad de atenciones (19%) (cuadro 23 e ilustración 15), principalmente no institucionales: el 95,8% de las personas atendidas en casa lo fueron de manera no institucional, casi siempre por un familiar, mientras que la atención institucional por un médico o enfermera o auxiliar de enfermería solo concierne el 4,2% de las personas atendidas en su casa.

El segundo lugar en el cual se hacen atender las personas enfermas está constituido por los hospitales públicos, que acogen al 16,5% de las personas con necesidad percibida, seguido por los centros de salud públicos (11,5%), los puestos de salud públicos (8,4%), las farmacias (8,2%), las clínicas privadas (7,1%) y los consultorios privados (4,1%) (cuadro 23 e ilustración 15).

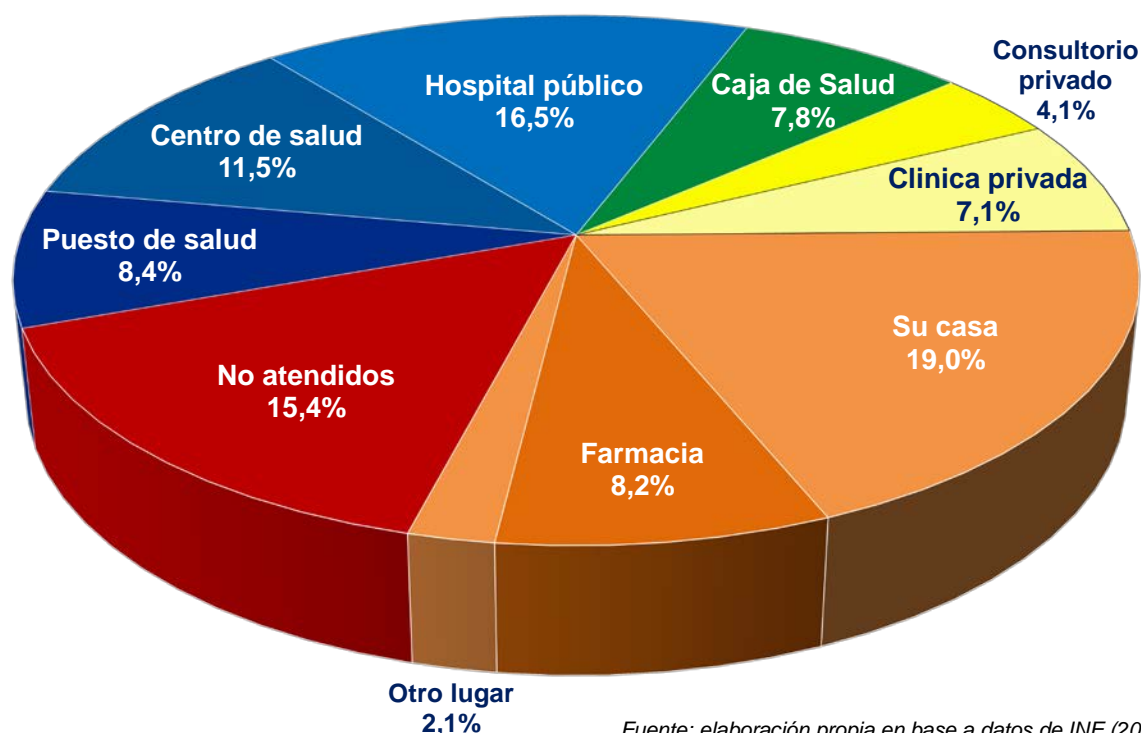
Cuadro 23 – Acceso a servicios de salud según lugar de atención, 2009

Lugar de atención	Población	% Población atendida
Subsector Público	831.041	36,4%
<i>Puesto de salud</i>	191.111	8,4%
<i>Centro de salud</i>	261.761	11,5%
<i>Hospital público</i>	378.169	16,5%
Seguridad Social (Caja de Salud)	177.501	7,8%
Subsector privado	255.081	11,2%
<i>Consultorio privado</i>	93.593	4,1%
<i>Clínica privada</i>	161.488	7,1%
Otros lugares	670.765	29,3%
<i>Su casa</i>	435.070	19,0%
<i>Farmacia</i>	186.999	8,2%
<i>Otro lugar</i>	48.696	2,1%
No atendidos (auto-excluidos)	351.225	15,4%

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

En forma consolidada, las infraestructuras del subsector público acogen al 36,4% de las personas con necesidad percibida, los demás lugares (incluyendo las farmacias), 29,3%, el subsector privado 11,2% y la Seguridad Social 7,8%. Cabe señalar que debido a la estructura de las encuestas, no se desagrega el lugar de atención dentro de la seguridad social. Por otra parte, si solo se toma en cuenta las personas que accedieron a infraestructuras formales, el 65,8% de los pacientes acudió al subsector público, el 14,0% a las Cajas de salud y el 20,2% al subsector privado.

Ilustración 15 – Acceso a servicios de salud según lugar de atención, 2009



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

La evolución temporal del lugar de atención muestra un incremento de la proporción de enfermos atendidos en establecimientos de salud (públicos, de la seguridad social privados), de 46,1% en el año 1999 a 55,4% en el año 2009, mientras que disminuyó en gran magnitud la proporción de personas atendidas en su propia casa, de 36,5% en el año 1999 a 19% en el año 2009 (cuadro 24).

Cuadro 24 – Lugar de atención de la población con necesidad percibida en salud, 1999 a 2009

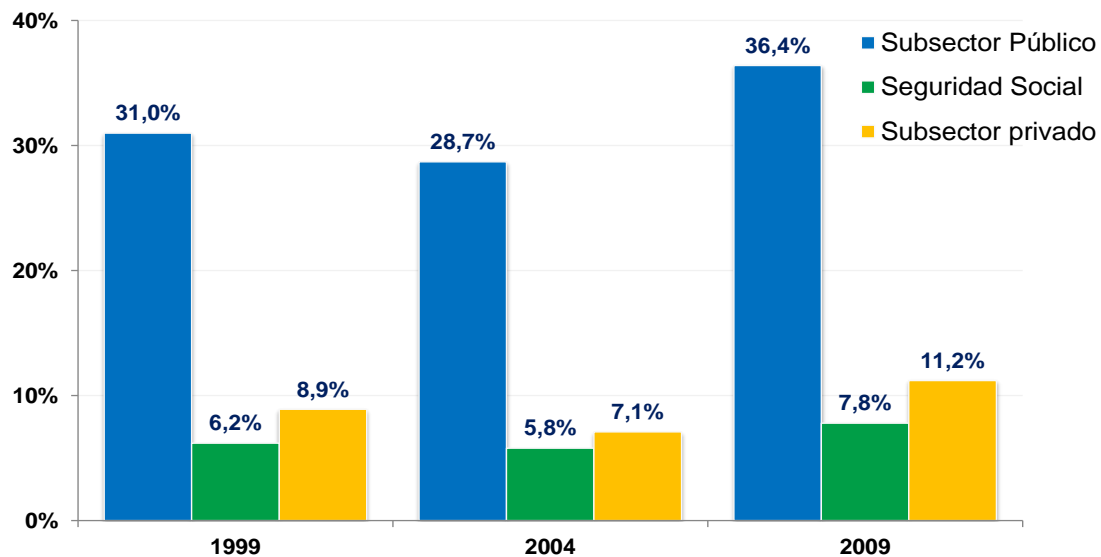
Lugar de atención	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2006	2007	2008	2009
Subsector Público	31,0%	28,5%	26,3%	27,7%	30,9%	28,7%	32,3%	36,4%	33,1%	36,4%
<i>Puesto de salud</i>	8,4%	9,6%	8,0%	7,6%	11,2%	8,6%	8,5%	7,1%	11,0%	8,4%
<i>Centro de salud</i>	8,6%	6,2%	7,0%	8,5%	7,5%	8,3%	8,0%	11,2%	7,9%	11,5%
<i>Hospital público</i>	13,9%	12,7%	11,3%	11,6%	12,2%	11,8%	15,8%	18,1%	14,2%	16,5%
Seguridad Social	6,2%	7,1%	9,0%	6,0%	6,2%	5,8%	6,4%	8,0%	8,1%	7,8%
Subsector privado	8,9%	8,2%	6,4%	7,8%	6,9%	7,1%	6,8%	9,9%	9,5%	11,2%
<i>Consultorio privado</i>	4,0%	3,7%	3,2%	3,5%	3,7%	3,7%	3,1%	4,1%	4,1%	4,1%
<i>Clinica privada</i>	4,9%	4,5%	3,2%	4,3%	3,1%	3,4%	3,7%	5,8%	5,4%	7,1%
Otros lugares	42,2%	38,7%	38,0%	39,4%	34,6%	38,7%	36,4%	31,3%	33,2%	29,3%
<i>Su casa</i>	36,5%	34,2%	32,5%	33,2%	29,9%	29,7%	28,2%	23,1%	21,9%	19,0%
<i>Farmacia</i>	4,0%	3,4%	3,9%	5,4%	3,9%	8,0%	6,2%	7,3%	10,0%	8,2%
<i>Otro lugar</i>	1,7%	1,1%	1,6%	0,8%	0,9%	1,1%	2,0%	0,9%	1,3%	2,1%
No atendidos	11,8%	17,6%	20,4%	19,2%	21,4%	19,7%	18,1%	14,4%	16,1%	15,4%

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

Cabe señalar que la proporción de personas atendidas en establecimientos de salud no corresponde exactamente a la proporción de personas atendidas institucionalmente, ya que el personal institucional puede atender en casa u otros lugares. También se puede dar algunos casos de atención no institucional en establecimientos de salud, por parte de promotores por ejemplo.

Analizando la evolución de la repartición del acceso según subsector, cada subsector vio incrementar su captación de la población con necesidad en salud entre 1999 y 2009. Así, el 31% de las personas enfermas en el año 1999 fueron atendidas en el subsector público contra 36,4% en el año 2009; el subsector privado (sin farmacias, que no son lugares de atención o diagnóstico en salud) pasó de 8,9% de las personas enfermas en 1999 a 11,2% en 2009; el subsector de la Seguridad Social atendía el 6,2% de las personas enfermas en el año 1999, 7,8% en el año 2009 (cuadro 24 e ilustración 16). Sin embargo, no se puede afirmar a partir de las encuestas de hogares que algún subsector fue más favorecido que el otro: en efecto, la repartición de los pacientes que accedieron a infraestructuras formales en el año 2009 (65,8% subsector público, 14,0% Seguridad Social y 20,2% subsector privado) es sensiblemente la misma que en el año 1999 (67,3% subsector público, 13,5% Seguridad Social y 19,2% subsector privado).

Ilustración 16 – Acceso a servicios de salud según subsector de atención, 1999, 2004 y 2009



Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2000, 2005 y 2011b)

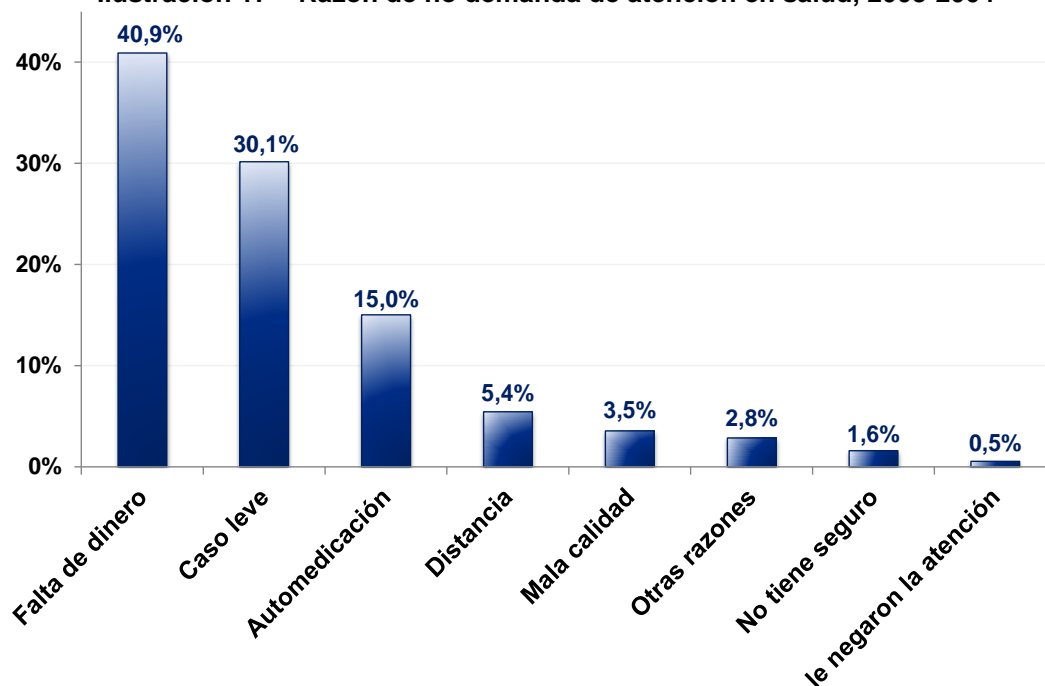
IV.1.5. Razón de no demanda de servicios de salud (auto-exclusión)

Dentro de la población con necesidad percibida en salud, el 10 a 20%, dependiendo del año de la encuesta (15,4% en el año 2009) está categorizado como “auto-excluido”, es decir que no demandó atención en salud a pesar de haber identificado una necesidad en salud. Se puede identificar las razones de auto-exclusión gracias a las encuestas de hogares 2000 y continua 2003-04. Sin embargo, no se incluyó la pregunta sobre razón de no demanda en las encuestas posteriores; tampoco se puede identificar las razones de acudir a una atención no institucional en lugar de buscar atención de un profesional médico o enfermera / auxiliar de enfermería.

De acuerdo con los datos de la encuesta de hogares continua 2003-2004, la población que tuvo demanda contenida (auto-excluida) mencionó entre las principales razones de esta situación factores económicos, geográficos, relacionados con la calidad o simplemente que no necesitaba atención en salud porque se trataba de un caso leve o se automedicó (ilustración 17 y cuadro 25).

Así la principal razón de no demanda es la falta de dinero, en 40,9% de los casos de demanda contenida, seguido por el hecho de que se trate de un caso leve (30,1%) y la automedicación (15%). Las demás razones de no demanda representan menos del 10% de los casos, mostrando el mismo esquema que en el año 2000 (única otra fuente disponible). En conjunto, los factores económicos (42,5% de los casos de auto-exclusión) y la ausencia de necesidad de atención (45,2%) representan casi el 90% de la no atención. Las barreras de acceso (económicas, geográficas y de calidad) representan el 52% de las causas de no-atención (ilustración 17 y cuadro 25).

Ilustración 17 – Razón de no demanda de atención en salud, 2003-2004



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

Cuadro 25 – Razón de no demanda de atención en salud, 2003-2004

Razón de no demanda	Población	% autoexcluidos
Factores económicos	195.164	42,5%
<i>falta de dinero</i>	187.855	40,9%
<i>no tiene seguro</i>	7.309	1,6%
Factores geográficos	24.962	5,4%
Calidad de atención	18.768	4,1%
<i>el servicio es malo</i>	16.286	3,5%
<i>le negaron la atención</i>	2.482	0,5%
No necesitó atención	207.440	45,2%
<i>caso leve</i>	138.454	30,1%
<i>se automedicó</i>	68.986	15,0%
Otras razones	13.055	2,8%

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

IV.2. Acceso a servicios de salud según grupos de población

A partir de los datos de la encuesta de hogares 2009, se puede determinar cuáles son los grupos de población que tienen más probabilidad de ser excluidos de los servicios de salud cuando percibieron alguna necesidad de atención. Sin embargo, estos resultados siempre deben ser analizados recordando los limitantes inherentes a este tipo de encuesta, así como el hecho de que no se conoce ni el tipo ni la gravedad de la enfermedad reportada, significando que se puede reportar como excluida a una persona que se enfermó pero que no necesitó atención en salud.

IV.2.1. Acceso a servicios de salud según criterios geográficos

IV.2.1.1. Acceso institucional y exclusión según criterios geográficos

En relación a la primera variable geográfica (el área de residencia), se constata que se reporta un mayor acceso a servicios de salud institucionales en el área urbana, en la cual el 60,2% de las personas con necesidad percibida en salud lograron hacerse atender por un médico o una enfermera / auxiliar de enfermería. En cambio, la atención institucional en el área rural concierne solamente el 51% de las personas que reportaron enfermedad en el mes anterior a la encuesta, significando una tasa de exclusión del 49% de la población, encima del promedio nacional, que es de 43,4% de enfermos que no pudieron acceder a servicios institucionales (cuadro 26).

Desagregando por Departamentos (datos indicativos), se constata que el acceso a servicios sería mayor en Pando (71,2%), Beni (69,1%), Tarija (68,1%) y Cochabamba (65,2%), mientras que los Departamentos con menor acceso serían los de La Paz (45,7%) y Oruro (52,7%) (cuadro 26).

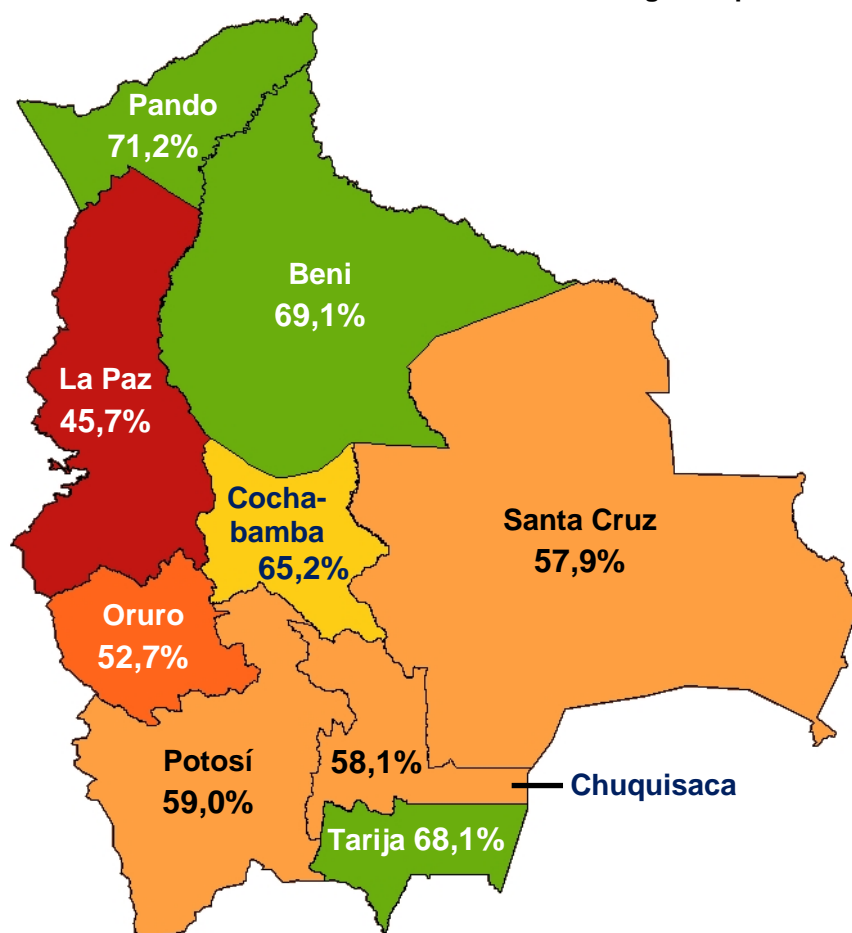
Cuadro 26 – Exclusión y acceso a servicios de salud según criterios geográficos, 2009

Área / Departamento	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Exclusión y acceso a servicios según área de residencia					
Rural	25,2%	51,0%	29,3%	19,8%	49,0%
Urbana	20,6%	60,2%	27,2%	12,6%	39,8%
Exclusión y acceso a servicios según Departamento de residencia					
Beni	25,3%	69,1%	21,1%	9,8%	30,9%
Chuquisaca	23,3%	58,1%	21,2%	20,7%	41,9%
Cochabamba	20,2%	65,2%	22,2%	12,6%	34,8%
La Paz	21,9%	45,7%	33,7%	20,6%	54,3%
Oruro	33,9%	52,7%	29,6%	17,7%	47,3%
Pando	23,6%	71,2%	21,6%	7,2%	28,8%
Potosí	22,1%	59,0%	23,9%	17,1%	41,0%
Santa Cruz	21,6%	57,9%	31,5%	10,6%	42,1%
Tarija	19,6%	68,1%	17,3%	14,6%	31,9%
Total BOLIVIA	22,2%	56,6%	28,0%	15,4%	43,4%

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

Analizando el tipo de exclusión, se puede constatar que la brecha en el acceso a servicios de salud institucionales entre área urbana y rural se debe principalmente a la auto-exclusión en el área rural (19,8% de las personas con necesidad percibida). Según Departamento, La Paz y Chuquisaca son los que presentan mayor proporción de auto-exclusión (superior a 20%), mientras que en Beni y Pando, la demanda contenida concierne menos del 10% de las personas enfermas en el mes anterior a la encuesta de hogares 2009 (respectivamente 9,8% y 7,2%). La atención no institucional es más importante en los Departamentos de La Paz (33,7% de los enfermos), Santa Cruz (31,5%) y Oruro (29,6%) mientras que es en el Departamento de Tarija que habría la menor proporción de atención no institucional, representando solamente 17,3% de la población con necesidad en salud identificada, o sea personas que reportaron haberse enfermado (cuadro 26 e ilustración 18).

Ilustración 18 – Acceso a servicios de salud institucionales según Departamento, 2009



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

IV.2.1.2. Personal de atención de la enfermedad según criterios geográficos

Analizando más a detalle los resultados según el tipo de personal que proporcionó atención en salud (institucional o no), se constata que además de presentar un mayor grado de exclusión (atención no institucional y auto-exclusión), el área rural no beneficia de atención en salud por parte de médicos como es el caso en el área urbana: mientras que en el área urbana el 58,2% de las personas están atendidas por un médico, el ratio para el área rural es de 36,5% (cuadro 27). En el área urbana, el 96,6% de las atenciones institucionales está realizado por un médico, y el 3,4%

restante por enfermeras o auxiliares de enfermería. En cambio, en el área rural, solamente el 71,6% de las personas que logran acceder a un servicio institucional son atendidas por un médico, mientras que el 28,4% restante está atendido por una enfermera / auxiliar de enfermería. Por otra parte, dentro de la atención no institucional, se constata también que hay mayor proporción de enfermos atendidos por farmacéuticos en el área urbana, y mayor proporción de personas atendidas por familiares, médicos tradicionales y promotores de la salud en el área rural (cuadro 27).

Cuadro 27 – % de personas enfermas atendidas según tipo de personal que atendió a la enfermedad y según área geográfica, 2009

Área / Departamento	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farmacéutico	Médico tradic.	Promotor	Familiar	Otro
Personal de atención de la enfermedad según área de residencia							
Rural	36,5%	14,5%	3,7%	2,4%	3,0%	19,8%	0,4%
Urbana	58,2%	2,0%	11,7%	1,0%	0,1%	14,1%	0,2%
Personal de atención de la enfermedad según Departamento de residencia							
Beni	67,7%	1,5%	1,2%	0,3%	0,4%	19,2%	0,0%
Chuquisaca	40,4%	17,7%	0,0%	0,4%	9,0%	11,9%	0,0%
Cochabamba	62,2%	3,1%	3,9%	0,9%	0,0%	17,2%	0,2%
La Paz	41,2%	4,4%	10,4%	3,4%	1,2%	18,4%	0,2%
Oruro	42,7%	10,0%	7,2%	0,1%	0,1%	21,6%	0,6%
Pando	71,2%	0,0%	15,3%	0,0%	0,0%	3,9%	2,4%
Potosí	34,4%	24,6%	6,5%	1,3%	0,4%	14,5%	1,1%
Santa Cruz	53,5%	4,4%	13,7%	1,0%	0,8%	15,9%	0,1%
Tarija	62,7%	5,4%	11,2%	2,0%	0,7%	3,3%	0,0%
Total BOLIVIA	49,8%	6,8%	8,6%	1,6%	1,2%	16,3%	0,3%

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

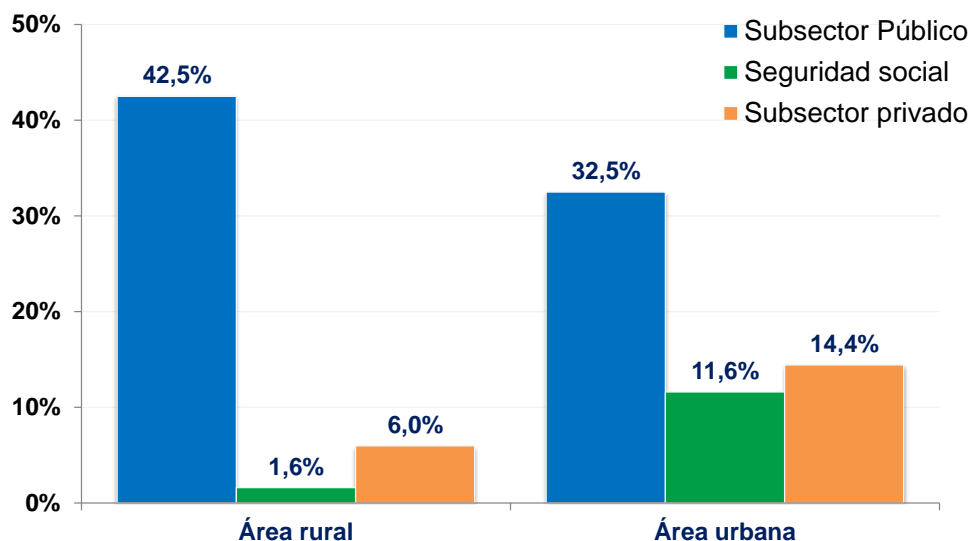
En relación al personal de atención de la enfermedad según Departamento, se puede observar bastante heterogeneidad en el tipo de atención recibida: en los Departamentos de Beni, Cochabamba, La Paz, Pando, Santa Cruz y Tarija, más del 90% de la atención institucional estaría proporcionada por un médico; en cambio, en los Departamentos de Oruro, Chuquisaca y Potosí, una mayor proporción de la población está atendida por enfermera o auxiliar de enfermería cuando accede a servicios institucionales. En Potosí, el 24,6% de la población enferma se hizo atender por una enfermera / auxiliar (cuadro 27), representando el 41,8% de la población atendida de manera institucional. Asimismo, si Potosí y Chuquisaca no son los Departamentos con mayor exclusión, son los en los cuales existe la menor proporción de población atendida por médico (cuadro 27).

En relación a la atención no institucional, también se observan esquemas de atención diferentes según Departamento: la atención por parte de un farmacéutico es más común en los Departamentos de Pando, Tarija, Santa Cruz y La Paz; por ejemplo, en el Departamento de Pando, el 70,8% de la atención no institucional estaría proporcionada por un farmacéutico. La atención por parte de un promotor de la salud es significativa solamente en el Departamento de Chuquisaca (9% de la población enferma, o sea 42,4% de la atención no institucional) y la atención por médico tradicional es mayor en el Departamento de La Paz (3,4% de la población enferma). Finalmente, la atención por parte de un familiar es más común en Oruro, Beni, La Paz y Cochabamba (cuadro 27).

IV.2.1.3. Lugar de atención de la enfermedad según criterios geográficos

Por lugar de atención, se constata que los habitantes de área rural con necesidad en salud acuden en mayor proporción en el subsector público que los habitantes del área urbana, que, a su vez, tienen mayor acceso a los subsectores de la Seguridad Social y privado (ilustración 19 y cuadro 28).

Ilustración 19 – Subsector de atención de la enfermedad según Área geográfica, 2009



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

Cuadro 28 – % de personas atendidas según lugar de atención y criterios geográficos, 2009

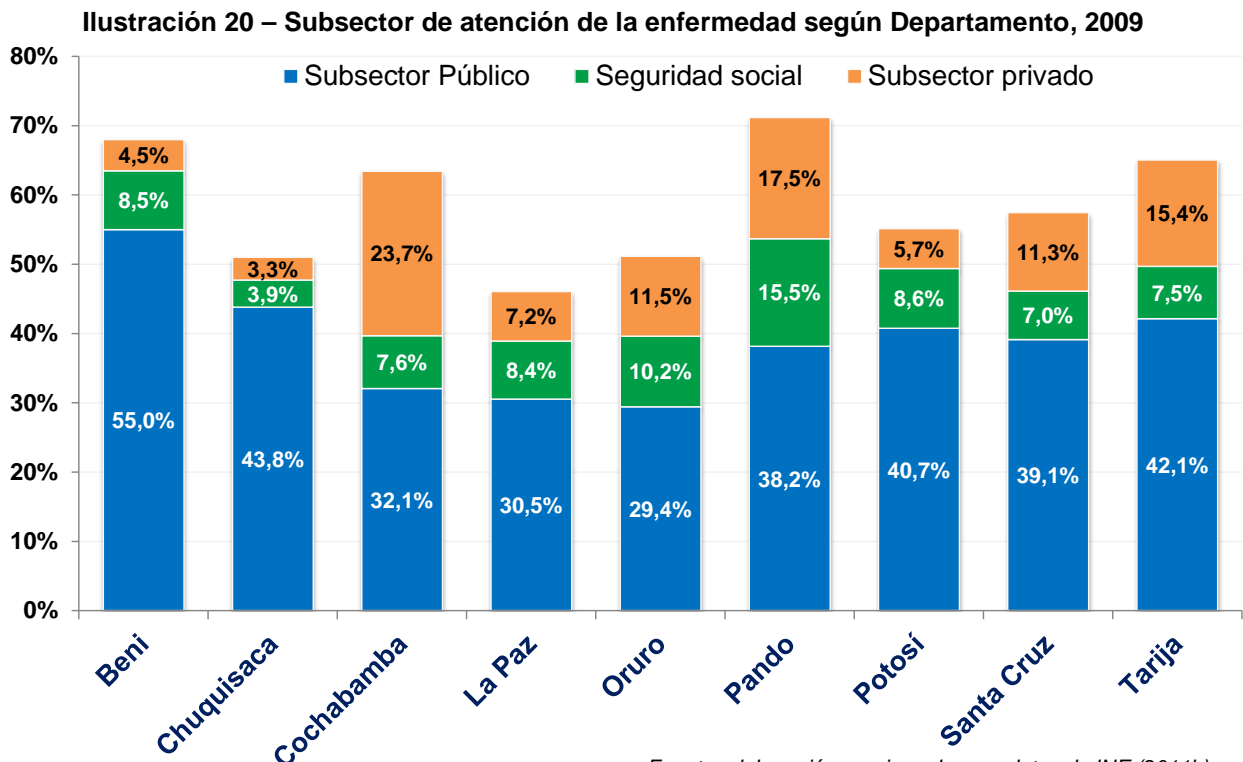
Área / Departamento	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consumitorio	Clínica	Farmacia	Casa	Otro
Lugar de atención de la enfermedad según área de residencia									
Rural	16,3%	11,1%	15,2%	1,6%	2,4%	3,6%	3,3%	23,6%	3,2%
Urbana	3,4%	11,7%	17,4%	11,6%	5,2%	9,3%	11,2%	16,2%	1,4%
Lugar de atención de la enfermedad según Departamento de residencia									
Beni	17,0%	5,0%	33,0%	8,5%	2,2%	2,3%	1,2%	21,1%	0,0%
Chuquisaca	11,2%	11,0%	21,6%	3,9%	0,0%	3,3%	0,0%	14,6%	13,7%
Cochabamba	4,5%	11,0%	16,5%	7,6%	6,5%	17,2%	3,9%	18,2%	1,9%
La Paz	5,1%	14,4%	11,1%	8,4%	3,2%	4,0%	8,8%	23,3%	1,2%
Oruro	9,7%	10,4%	9,4%	10,2%	6,8%	4,7%	7,2%	23,5%	0,5%
Pando	7,9%	7,8%	22,4%	15,5%	7,7%	9,8%	15,3%	3,9%	2,4%
Potosí	21,4%	8,9%	10,4%	8,6%	2,6%	3,2%	6,6%	19,1%	2,0%
Santa Cruz	7,0%	10,7%	21,3%	7,0%	4,1%	7,2%	13,5%	17,7%	0,7%
Tarija	12,1%	13,7%	16,4%	7,5%	6,9%	8,4%	11,2%	4,0%	5,1%
Total BOLIVIA	8,4%	11,4%	16,5%	7,8%	4,1%	7,1%	8,2%	19,0%	2,1%

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

Este esquema se explica principalmente por la actividad de los puestos de salud públicos en el área rural, lo que es consistente con el hecho de que haya mayor proporción de atención realizada por auxiliar de enfermería en el área rural. Por otra parte, el mayor acceso para poblaciones urbanas a la Seguridad Social, subsector privado y farmacias se explica por el hecho de que estos prestadores se encuentran casi exclusivamente en el área urbana y por lo tanto, las poblaciones rurales necesitan desplazarse y a veces recorrer distancias importantes para poder alcanzarlos: mientras que el 7,6% de la población rural se hizo atender en los subsectores de la Seguridad Social y privado, estos prestadores atendieron al 26% de la población urbana con necesidad en salud (ilustración 19 y cuadro 28). Por otra parte, la falta de acceso geográfico explica que una mayor proporción de población se hace atender en su casa en zonas rurales (cuadro 28).

El análisis del lugar de atención (tipo de establecimiento y subsector) de personas con necesidad percibida según Departamento también muestra inequidades importantes: en el Departamento de Beni, el 55% de la población con necesidad en salud habría sido atendida en el subsector público, principalmente en puestos de salud y en hospitales públicos. El acceso a servicios institucionales en este Departamento se explica en gran parte por el subsector público ya que los demás sectores representan una proporción muy pequeña de la atención. En cambio, en los Departamentos de Cochabamba, La Paz y Oruro, la proporción de personas enfermas que acceden al subsector público es muy baja, entre 29 y 32% (cuadro 28 e ilustración 20). En cuanto a los servicios de la Seguridad Social, acogen a mayor proporción de población enferma en los Departamentos de Pando (15,5%) y Oruro (10,2%) mientras que el subsector privado (sin farmacias, contabilizadas en "otros lugares") capta una mayor cantidad de población enferma en Cochabamba (23,7% de las personas con necesidad percibida) y Pando (17,5%) (cuadro 28 e ilustración 20).

Finalmente, se puede observar en la ilustración 20 que los Departamentos de Beni y Chuquisaca son los más dependientes del subsector público para la atención de la población, ya que más del 80% de la atención institucional se realiza en el ámbito público. Al inverso, en Cochabamba y Pando, solamente la mitad de la atención institucional se realiza en el subsector público.

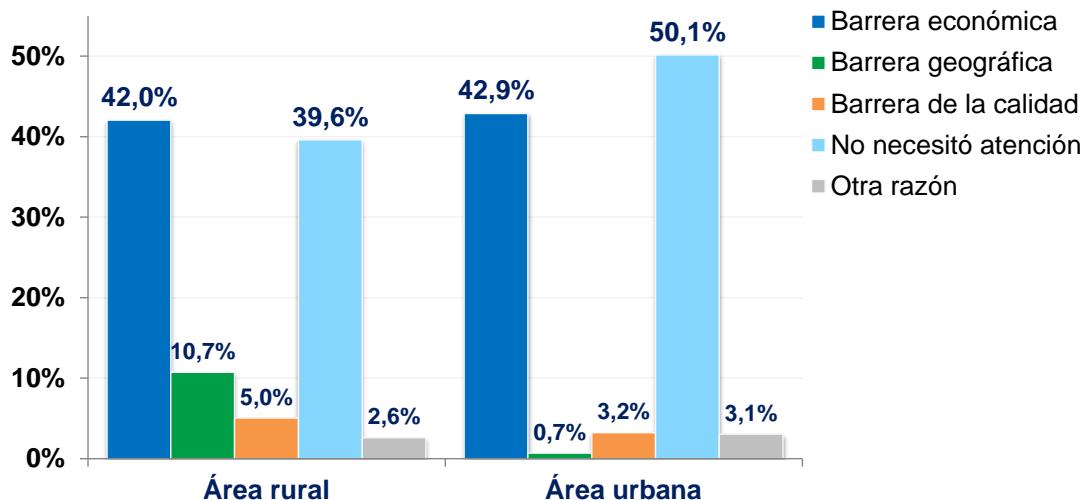


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

IV.2.1.4. Razón de no atención según criterios geográficos

De acuerdo con los datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004, la población del área rural que tuvo demanda contenida (auto-excluida) mencionó en las mismas proporciones que la población urbana la barrera económica (respuestas falta de dinero y falta de seguro) como principal causa por no haberse hecho atender (entre 42 y 43%) (ilustración 21 y cuadro 29).

Ilustración 21 – Razón de no atención por categoría, según área geográfica, 2003-04



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

Cuadro 29 – Razón de no atención según criterios geográficos, 2003-04

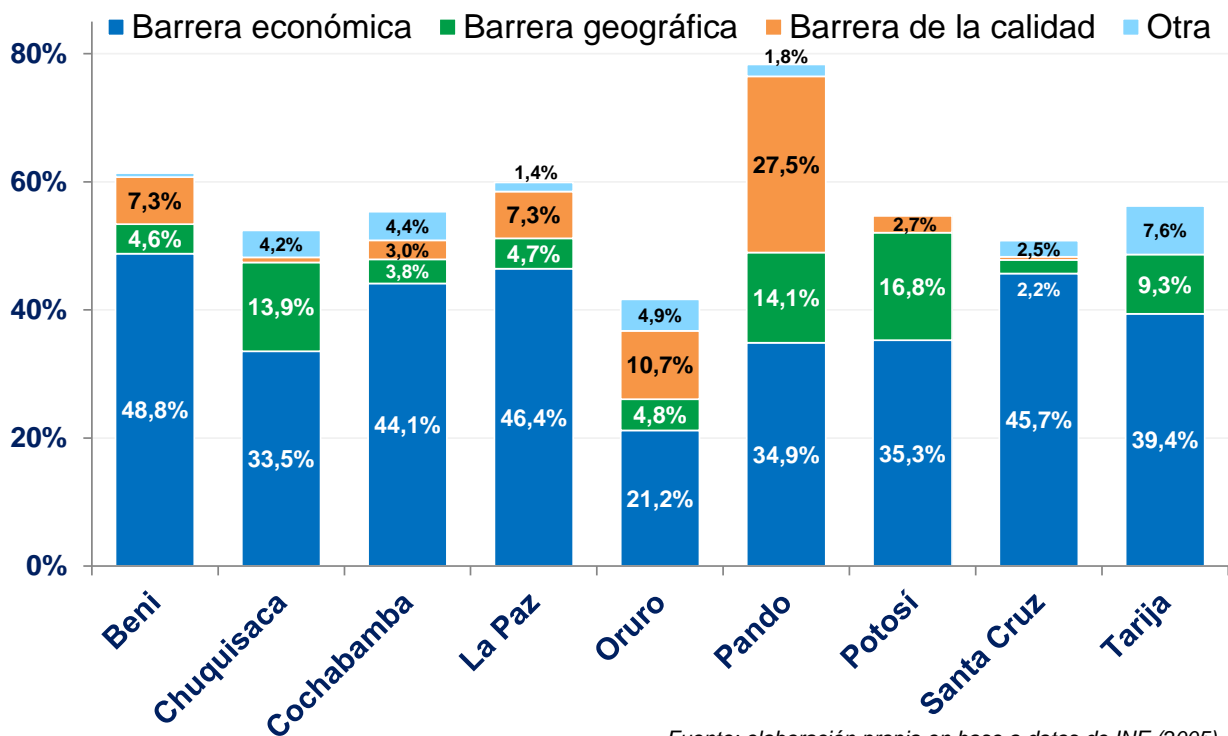
Área / Departamento	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Razón de no atención de la enfermedad según área de residencia								
Rural	40,0%	2,0%	10,7%	4,6%	0,4%	24,9%	14,7%	2,6%
Urbana	41,7%	1,2%	0,7%	2,6%	0,6%	34,8%	15,3%	3,1%
Razón de no atención de la enfermedad según Departamento de residencia								
Beni	48,8%	0,0%	4,6%	0,0%	7,3%	27,9%	10,7%	0,6%
Chuquisaca	33,5%	0,0%	13,9%	0,1%	0,7%	35,8%	11,8%	4,2%
Cochabamba	44,0%	0,1%	3,8%	2,7%	0,3%	35,3%	9,4%	4,4%
La Paz	43,5%	2,9%	4,7%	6,8%	0,5%	30,6%	9,5%	1,4%
Oruro	17,9%	3,3%	4,8%	9,6%	1,1%	40,3%	18,1%	4,9%
Pando	29,4%	5,4%	14,1%	25,5%	2,0%	15,4%	6,3%	1,8%
Potosí	30,7%	4,5%	16,8%	2,0%	0,6%	17,2%	27,9%	0,3%
Santa Cruz	45,0%	0,6%	2,2%	0,5%	0,0%	26,0%	23,2%	2,5%
Tarija	38,0%	1,4%	9,3%	0,0%	0,0%	17,5%	26,3%	7,6%
Total BOLIVIA	40,9%	1,6%	5,4%	3,5%	0,5%	30,1%	15,0%	2,8%

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

Las diferencias entre área rural y urbana se observan en primer lugar en las barreras geográficas, que fueron mencionadas como la principal causa de auto-exclusión por el 10,7% de la población del área rural, mientras que esta barrera es casi inexistente en el área urbana; en segundo lugar, una diferencia importante concierne las personas que no necesitaron atención (caso leve o automedicación), más numerosas en área urbana que en área rural (ilustración 21 y cuadro 29).

En cuanto a la razón de no atención por Departamento, los resultados de la encuesta continua de hogares 2003-04 muestran que es en el Departamento de Pando que se reportó la mayor cantidad de barreras de acceso como causa de exclusión (barreras económicas, geográficas, relacionadas con la calidad de atención y otras), considerando a las personas que no necesitaron atención (caso leve y automedicación) fuera de las barreras al acceso. En este sentido, Oruro es el Departamento para el cual se reportan menos barreras al acceso (41,7% de las personas con demanda contenida, significando que el 58,3% reportó no necesitar atención) (ilustración 22).

Ilustración 22 – Principales barreras a la atención (categoría), según Departamento, 2003-04



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

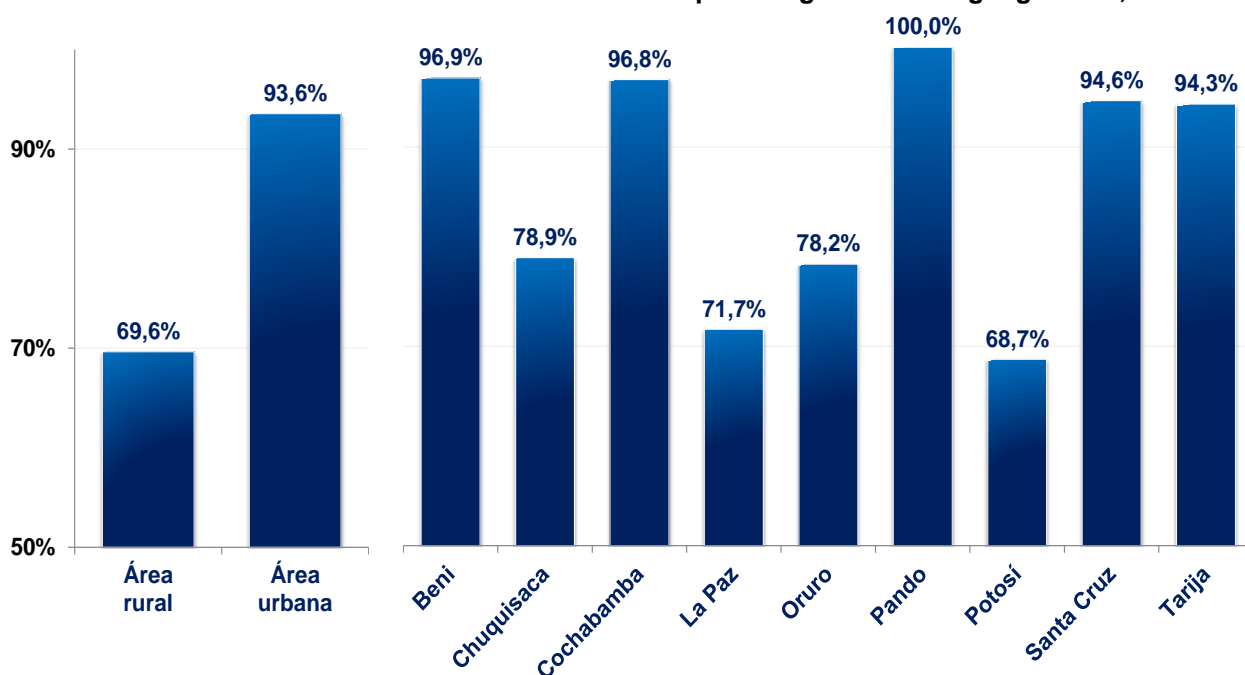
Según causa específica de demanda contenida, se constata que las barreras económicas (falta de dinero y ausencia de seguro) serían más importantes en los Departamentos de Beni (48,8% de los casos de demanda contenida), La Paz (46,4%), Santa Cruz (45,7%) y Cochabamba (44,1%), mientras que son menos importantes en el Departamento de Oruro (21,2%), en el cual una mayor proporción de la población no necesita atención (cuadro 29 e ilustración 22). La barrera geográfica (distancia del establecimiento de salud) se reportó en mayor magnitud en los Departamentos de Potosí (16,8% de los casos de demanda contenida), Pando (14,1%), Chuquisaca (13,9%) y Tarija (9,3%) y en menor magnitud en Santa Cruz (2,2%), Cochabamba (3,8%), Beni (4,6%), La Paz (4,7%) y Oruro (4,8%). Finalmente, la barrera de la calidad (mala calidad y negación de la atención) constituye una barrera importante en los Departamentos de Pando (principal causa de no demanda para el 27,5% de los autoexcluidos), Oruro (10,7%), Beni (7,3%) y La Paz (7,3%) mientras que es menor a 3% en los demás Departamentos (cuadro 29 e ilustración 22).

IV.2.1.5. Atención del parto según criterios geográficos

Para la atención del parto, el análisis bivariado se hace más dificultoso debido a la representatividad de los datos. En este sentido, como se mencionó en el marco metodológico, se toma en cuenta los partos ocurridos en el año 2008 y 2009, pero reportados en la encuesta 2009 para proceder al análisis, con el fin de contar con una muestra más grande. Como consecuencia, los resultados consolidados no corresponden a la tasa reportada en el acápite IV.1.2.

En relación a la primera variable geográfica (área de residencia), se reporta un mayor acceso a la atención institucional para el parto en el área urbana, en la cual el 93,6% de las mujeres que tuvieron un parto en los años 2008 y 2009 fueron atendidas institucionalmente. En cambio, en el área rural, solamente el 69,6% de las mujeres tuvieron un parto institucional, es decir atendido por un médico o una enfermera (ilustración 23). Por Departamentos, las tasas de parto institucional más bajas se reportaron en Potosí (68,7%) y La Paz (71,7%); sin embargo, el caso de esta última desagregación, se debe recordar el carácter no significativo de las encuestas de hogares desde el punto de vista estadística y considerar estos datos como indicativos, lo que explica que una tasa de parto institucional del 100% se observa en el Departamento de Pando (ilustración 23).

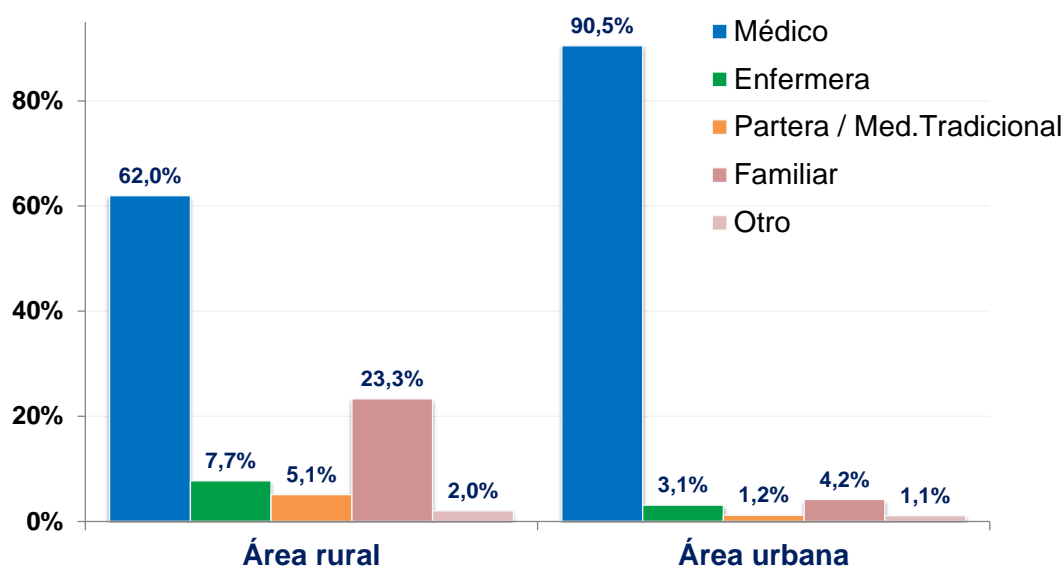
Ilustración 23 – Acceso a atención institucional del parto según criterios geográficos, 2008-09



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

Por tipo de personal y lugar de atención, el área rural y los Departamentos en los cuales la atención institucional es más baja también constituyen los lugares en los cuales la atención por parte de un familiar y dentro de la casa es la más importante, ya que la atención proporcionada por parteras, médicos tradicionales u otras personas es relativamente insignificante (4% de los partos a nivel nacional, 7,1% en área rural); así, en el área rural, el 23,3% de los partos en 2008 y 2009 fueron atendidos por un familiar (4,2% en área urbana); en los Departamentos de Potosí y La Paz, esta proporción también es superior a 20% (28,5% y 20,1% respectivamente) (ilustración 24). Además de mostrar menos acceso a un parto institucional, las mujeres del área rural benefician de una menor proporción de atención médica: así, del total de los partos institucionales en área rural, el 89% está atendido por parte de un médico, mientras que estos atienden al 96,7% de los partos institucionales en área urbana, representando el 69% del total de los partos (ilustración 24).

Ilustración 24 – Persona que proporcionó atención del parto, según área geográfica, 2008-09



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

En relación al lugar de atención, el subsector público es generalmente el más utilizado para atención del parto. Sin embargo, existe alta proporción de partos atendidos en casa en el área rural y en los Departamentos altiplánicos (La Paz, Oruro, Potosí) y Chuquisaca, mientras que el parto en el subsector privado estaría más común en Tarija, Oruro y Santa Cruz (cuadro 30).

Cuadro 30 – Lugar de atención del parto según criterios geográficos, 2008-09

Área / Departamento	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Lugar de atención del parto según área de residencia							
Rural	5,0%	7,9%	44,0%	56,9%	4,1%	5,0%	34,1%
Urbana	1,5%	19,0%	48,4%	69,0%	9,7%	15,0%	6,4%
Lugar de atención del parto según Departamento de residencia							
Beni	0,0%	0,0%	76,1%	76,1%	10,7%	7,5%	5,7%
Chuquisaca	2,5%	16,8%	41,8%	61,1%	5,9%	4,6%	28,4%
Cochabamba	0,3%	22,0%	51,2%	73,4%	9,9%	13,6%	3,1%
La Paz	0,2%	20,0%	38,2%	58,4%	5,9%	6,0%	29,7%
Oruro	2,1%	5,2%	42,5%	49,8%	9,4%	19,1%	21,8%
Pando	17,5%	0,0%	65,5%	83,0%	9,1%	7,9%	0,0%
Potosí	6,4%	9,4%	29,1%	44,9%	14,2%	4,6%	36,3%
Santa Cruz	4,6%	14,5%	52,9%	72,0%	6,6%	16,7%	4,7%
Tarija	7,3%	0,0%	61,5%	68,8%	0,0%	25,5%	5,7%
Total BOLIVIA	2,8%	15,0%	46,8%	64,6%	7,7%	11,4%	16,3%

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

IV.2.2. Acceso a servicios de salud según criterios de edad y de género

IV.2.2.1. Acceso institucional y exclusión según criterios de edad y de género

En relación a la variable de sexo de la persona enferma, se constata que se reporta un mayor acceso a servicios de salud institucionales para las mujeres que para los hombres, pero no de manera muy significativa, ya que el 57,9% de las mujeres accedió a servicios institucionales (es decir atendidas por un médico o enfermera) para atención de la enfermedad, contra el 55,2% de los hombres. Por otra parte, existe una diferencia entre hombres y mujeres según el tipo de exclusión: en efecto, mientras que se reporta mayor auto-exclusión (personas que no recibieron atención) en mujeres (16,1% de las mujeres con necesidad percibida) que en hombres (14,5%), la atención no-institucional concierne en mayor proporción hombres (30,3%) que mujeres (26%) (cuadro 31).

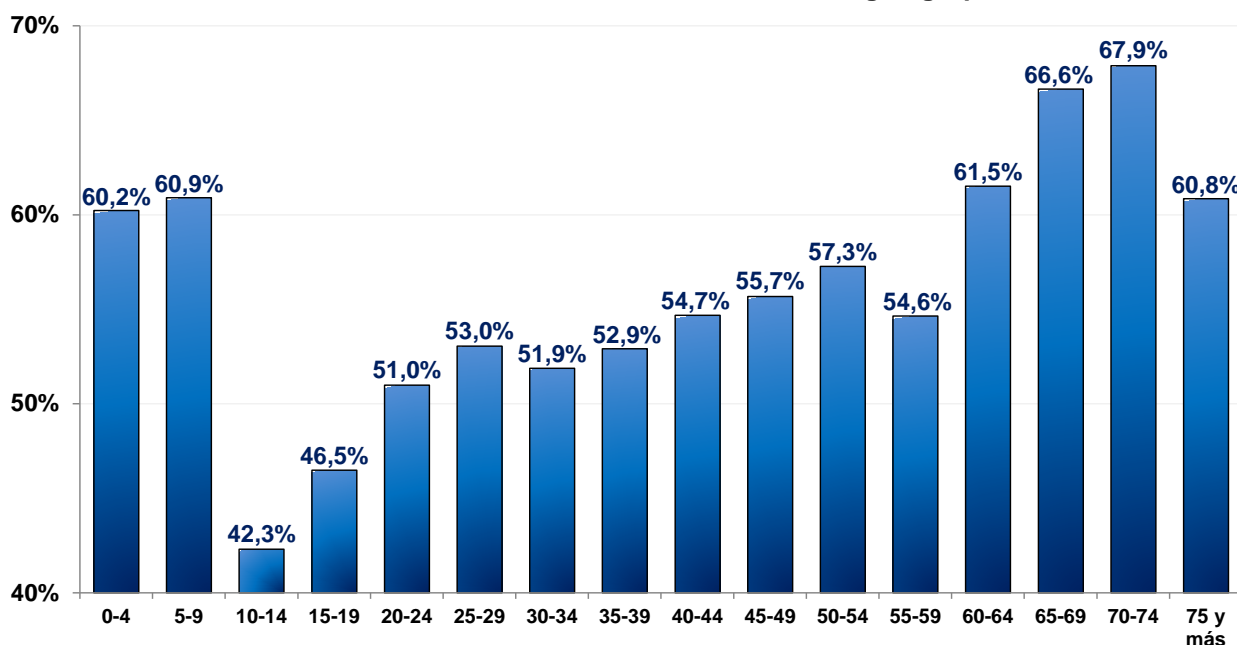
Cuadro 31 – Exclusión y acceso a servicios de salud según sexo, 2009

Sexo	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Hombre	21,1%	55,2%	30,3%	14,5%	44,8%
Mujer	23,2%	57,9%	26,0%	16,1%	42,1%
Total BOLIVIA	22,2%	56,6%	28,0%	15,4%	43,4%

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

El acceso a servicios de salud según grupo de edad muestra diferencias importantes, siendo los adultos mayores que tienen mayor acceso institucional (superior a 60% de los enfermos a partir de los 60 años), conjuntamente con los niños hasta 9 años de edad. En cambio, los grupos con mayor exclusión son los niños y adolescentes entre 10 y 19 años de edad (ilustración 25 y cuadro 32).

Ilustración 25 – Acceso a servicios de salud institucionales según grupo de edad, 2009



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

Si bien este esquema de acceso / exclusión de los servicios de salud según edad se relaciona claramente con el esquema de cobertura por edad de los Seguros Públicos de Salud, también se debe relacionar con la probabilidad de enfermarse. Considerando que la población de 10 a 19 años es la que tienen menor probabilidad de enfermarse, es también muy probable que sea la que está afectada por enfermedades de menor gravedad que no necesitan atención institucional, pudiendo explicar en parte la menor tasa de acceso a servicios institucionales en estos grupos de edad.

Esta hipótesis está apoyada por el análisis del tipo de exclusión de los servicios institucionales, siendo estos niños y adolescentes que presentan la mayor tasa de atención no institucional, encima del 40% de los niños y adolescentes de 10 a 19 años de edad con necesidad percibida en salud, mientras que los adultos mayores son los que acuden en menor proporción a servicios no institucionales, debajo del 20% de personas de 60 años y más con necesidad percibida (cuadro 32).

Cuadro 32 – Exclusión y acceso a servicios de salud según grupos de edad, 2009

Grupo de edad	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
0-4	54,2%	60,2%	28,6%	11,1%	39,8%
5-9	13,7%	60,9%	29,4%	9,7%	39,1%
10-14	10,3%	42,3%	44,9%	12,8%	57,7%
15-19	10,0%	46,5%	41,4%	12,2%	53,5%
20-24	13,6%	51,0%	28,7%	20,3%	49,0%
25-29	15,5%	53,0%	30,6%	16,4%	47,0%
30-34	16,5%	51,9%	27,9%	20,2%	48,1%
35-39	17,5%	52,9%	25,8%	21,3%	47,1%
40-44	22,6%	54,7%	26,4%	19,0%	45,3%
45-49	22,7%	55,7%	30,4%	14,0%	44,3%
50-54	23,7%	57,3%	21,8%	21,0%	42,7%
55-59	31,9%	54,6%	27,0%	18,4%	45,4%
60-64	37,0%	61,5%	22,7%	15,8%	38,5%
65-69	41,2%	66,6%	16,7%	16,6%	33,4%
70-74	39,7%	67,9%	15,7%	16,4%	32,1%
75 y más	52,5%	60,8%	15,3%	23,9%	39,2%
Total BOLIVIA	22,2%	56,6%	28,0%	15,4%	43,4%

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

IV.2.2.2. Personal de atención de la enfermedad según criterios de edad y de género

Los resultados de exclusión / atención según el tipo de personal que proporcionó la atención en salud (institucional o no) no muestran grandes desigualdades entre hombres y mujeres; las pocas diferencias se pueden observar en el hecho de que las mujeres tienen una probabilidad ligeramente mayor de hacerse atender para enfermedad con un médico (51% de las mujeres contra 48,4% de los hombres), mientras que los hombres se hacen atender en mayor proporción que las mujeres por farmacéuticos, promotores de la salud y familiares, con respectivamente 9,5%, 1,6% y 17,6% de los hombres con necesidad en salud, contra 7,8%, 0,9% y 15,1% de las mujeres (cuadro 33).

Cuadro 33 – % de personas enfermas atendidas según tipo de personal que atendió a la enfermedad y según criterios de edad y género, 2009

Sexo / Grupo de edad	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Personal de atención de la enfermedad según sexo							
Hombre	48,4%	6,8%	9,5%	1,2%	1,6%	17,6%	0,3%
Mujer	51,0%	6,8%	7,8%	1,9%	0,9%	15,1%	0,3%
Personal de atención de la enfermedad según grupo de edad							
0-4	48,8%	11,4%	7,3%	0,2%	1,1%	20,1%	0,0%
5-9	52,1%	8,8%	8,4%	0,5%	3,2%	17,3%	0,0%
10-14	39,0%	3,3%	13,7%	0,9%	2,6%	27,7%	0,0%
15-19	41,3%	5,2%	13,2%	1,3%	1,2%	25,7%	0,0%
20-24	45,7%	5,3%	13,8%	1,8%	0,0%	12,4%	0,7%
25-29	48,4%	4,7%	9,4%	3,4%	0,5%	16,8%	0,4%
30-34	45,6%	6,3%	13,3%	2,6%	1,1%	10,3%	0,7%
35-39	44,1%	8,8%	11,7%	0,9%	2,0%	11,2%	0,0%
40-44	49,0%	5,7%	8,6%	1,0%	1,5%	14,5%	0,7%
45-49	55,1%	0,6%	11,2%	3,4%	1,7%	13,7%	0,4%
50-54	55,6%	1,7%	6,0%	2,1%	0,4%	12,8%	0,4%
55-59	49,1%	5,5%	4,0%	8,0%	0,0%	14,9%	0,0%
60-64	53,4%	8,1%	5,3%	1,5%	0,4%	15,4%	0,0%
65-69	64,2%	2,4%	4,4%	0,6%	1,0%	9,5%	1,2%
70-74	62,0%	5,9%	3,1%	1,8%	1,0%	9,1%	0,7%
75 y más	57,6%	3,2%	5,6%	1,9%	1,1%	6,0%	0,7%
Total BOLIVIA	49,8%	6,8%	8,6%	1,6%	1,2%	16,3%	0,3%

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

En relación al personal de atención de la enfermedad según grupos de edad, se puede observar esquemas claros de atención diferenciada por edad: la atención por parte de un médico es mayor en adultos mayores, con más del 60% de las personas de 60 años y más que reciben atención por parte de un médico mientras que esta proporción es alrededor de 40% en niños y adolescentes entre 10 y 19 años de edad. En cambio, la atención por parte de un familiar es decreciente con la edad, siendo mayor en el periodo de la niñez y adolescencia, hasta los 19 años de edad (más del 20% de los enfermos atendidos por familiares) y menor en el periodo de la tercera edad, en el cual se privilegia la atención por parte de un médico: así, menos del 10% de las personas de 65 años y más con necesidad percibida se hacen atender por un familiar (cuadro 33).

Estos esquemas de atención según grupos de edades confirman que el mayor grado de atención institucional en niños menores de 10 años y en adultos mayores se puede en parte explicar por la mayor probabilidad de enfermarse y por la mayor probabilidad de presentar enfermedades graves en estos grupos de edad, razón por la cual necesitan en mayor proporción atención más especializada y profesional (médicos) y menor atención no profesional y no institucional.

IV.2.2.3. Lugar de atención de la enfermedad según criterios de edad y de género

Por lugar de atención, se constata que las mujeres acuden generalmente a los mismos lugares que los hombres, con algunas diferencias poca significativas, como el hecho de que en comparación con el esquema de atención de los hombres, una mayor proporción de mujeres con necesidad en salud acuden a hospitales públicos y cajas de salud, mientras que los hombres acuden en mayor proporción que mujeres a puestos de salud y farmacias (cuadro 34).

Cuadro 34 – Lugar de atención de personas enfermas según criterios de edad y género, 2009

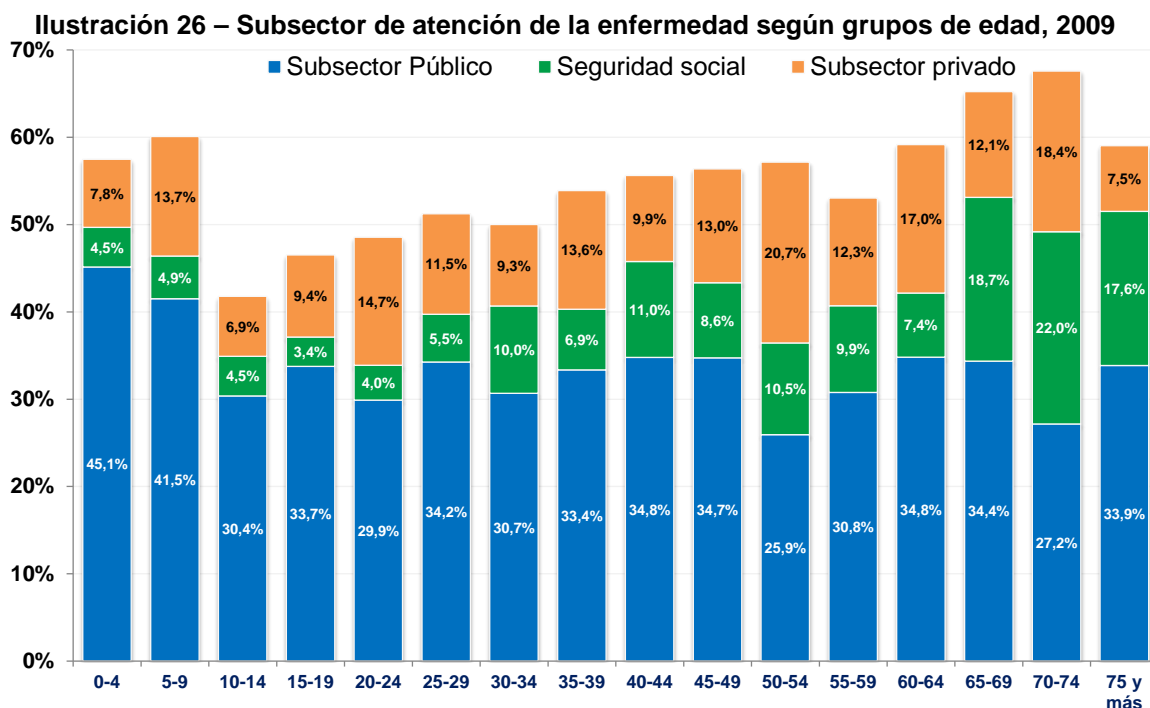
Sexo / Grupo de edad	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consumitorio	Clínica	Farmacia	Casa	Otro
Lugar de atención de la enfermedad según sexo									
Hombre	9,0%	11,1%	15,7%	7,4%	4,0%	7,1%	9,1%	19,8%	2,3%
Mujer	7,8%	11,8%	17,3%	8,1%	4,2%	7,1%	7,3%	18,4%	2,0%
Lugar de atención de la enfermedad según grupo de edad									
0-4	12,1%	17,7%	15,3%	4,5%	3,2%	4,6%	7,0%	22,1%	2,2%
5-9	12,1%	12,9%	16,6%	4,9%	8,7%	5,0%	7,1%	19,9%	3,2%
10-14	4,3%	11,8%	14,3%	4,5%	1,6%	5,3%	12,7%	29,6%	3,1%
15-19	14,6%	9,5%	9,6%	3,4%	4,2%	5,2%	11,6%	28,1%	1,6%
20-24	8,3%	6,5%	15,1%	4,0%	3,4%	11,2%	12,2%	16,2%	2,7%
25-29	8,5%	9,2%	16,6%	5,5%	3,4%	8,1%	10,7%	19,1%	2,6%
30-34	5,1%	6,5%	19,1%	10,0%	3,6%	5,7%	12,3%	15,4%	2,1%
35-39	7,4%	8,5%	17,4%	6,9%	2,2%	11,4%	11,7%	11,9%	1,2%
40-44	4,8%	7,6%	22,4%	11,0%	2,6%	7,2%	7,4%	16,9%	1,1%
45-49	4,4%	8,8%	21,5%	8,6%	4,8%	8,2%	10,5%	17,9%	1,3%
50-54	2,8%	9,4%	13,7%	10,5%	10,4%	10,3%	6,0%	12,8%	3,0%
55-59	5,1%	10,3%	15,4%	9,9%	5,0%	7,4%	4,0%	21,3%	3,2%
60-64	5,2%	9,5%	20,1%	7,4%	4,9%	12,1%	5,3%	16,7%	3,0%
65-69	7,3%	8,5%	18,5%	18,7%	4,6%	7,5%	4,4%	12,8%	0,9%
70-74	4,0%	8,9%	14,2%	22,0%	3,4%	15,0%	3,1%	12,9%	0,0%
75 y más	7,2%	8,1%	18,6%	17,6%	2,1%	5,4%	5,6%	11,0%	0,6%
Total BOLIVIA	8,4%	11,4%	16,5%	7,8%	4,1%	7,1%	8,2%	19,0%	2,1%

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

Según grupos de edad, se puede constatar un esquema en el cual los niños menores de 9 años se hacen atender en mayor proporción que el resto de la población en el subsector público, y más específicamente en puestos y centros de salud públicos: así, mientras que el 28,8% de los niños de 0 a 9 años de edad con necesidad en salud se hacen atender en el primer nivel del subsector público (puestos o centros de salud), solamente el 15,2% de la población de 10 años y más se hace atender en estos lugares (cuadro 34). En niños de 10 a 19 años de edad, el lugar de atención más común es su propia casa, lo que se relaciona con la gran proporción de atención por parte de un familiar que reciben estos niños y adolescentes. En cuanto a personas adultas de 20 a 59 años de edad, se puede constatar que el lugar que privilegian para la atención de su enfermedad es el hospital público (17,8% de las personas de 20 a 59 años con necesidad percibida en salud), seguido

por la casa (16,5%), farmacias (9,5%), hospitales privados (8,6%), centros de salud (8,3%) y Cajas de salud (8,2%). En cambio, los mayores de edad se hacen atender en mayor proporción en establecimientos, principalmente en hospitales públicos y en las Cajas de salud (cuadro 34).

Finalmente, consolidando la información por subsector, se constata que los niños menores de 10 años se hacen atender en mayor proporción que los demás grupos de edad en el subsector público, mientras que la proporción de población atendida en establecimientos de la Seguridad Social se incrementa a partir de los 25 años de edad, para alcanzar sus niveles más altos en la población de 65 años y más. Finalmente, los grupos de población que se hacen atender en mayor proporción en el subsector privado son las poblaciones a partir de 50 años de edad (cuadro 34 e ilustración 26).



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

IV.2.2.4. Razón de no atención según criterios de edad y género

De acuerdo con los datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004, no existiría diferencia significativa entre hombres y mujeres sobre la causa de demanda contenida (cuadro 35).

Cuadro 35 – Razón de no atención según sexo, 2003-04

Sexo	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Hombre	40,9%	1,7%	5,3%	3,4%	0,5%	31,2%	14,0%	3,1%
Mujer	40,9%	1,5%	5,6%	3,7%	0,6%	29,3%	15,7%	2,6%
Total BOLIVIA	40,9%	1,6%	5,4%	3,5%	0,5%	30,1%	15,0%	2,8%

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

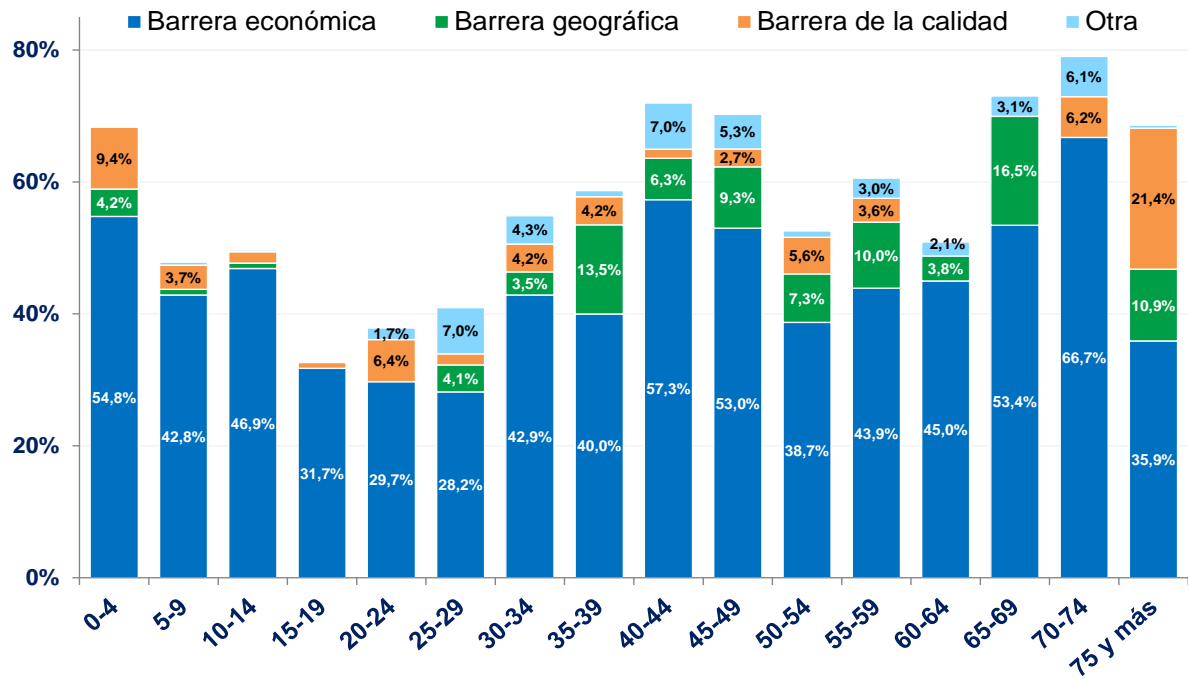
Analizando las razones de demanda contenida por grupos de edades, se constata algunas diferencias demostrando que las barreras que impidieron el acceso a servicios de salud no son las mismas según la edad. Para más claridad, se agrupó en el cuadro 36 los diferentes grupos de edad utilizados hasta ahora en cuatro grupos grandes, de 0 a 9 años, de 10 a 24 años, de 25 a 59 años y de 60 años y más. En este cuadro, se muestra que la falta de dinero es una causa más frecuente en menores de 10 años y en personas de 60 años y más, mientras que las barreras geográficas afectan en mayor magnitud a las personas de 25 años y más, y que la mala calidad del servicio está mayormente reportada por personas de 60 años y más. En cuanto a las personas que no necesitaron atención, la proporción de casos leves disminuye con la edad (cause de no demanda en 40 % de los casos hasta los 25 años, en solamente 15,8% de las casos después de los 60 años) mientras que la automedicación es mayor en adultos (cuadro 36). En totalidad, los grupos de edad que presentan mayor grado de barreras al acceso (de todo tipo, sin contar los que no necesitaron atención) son las personas de 40 a 49 años de edad y de 65 años y más (ilustración 27).

Cuadro 36 – Razón de no atención según grupos de edad, 2003-04

Grupo De edad	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
0-9	45,6%	0,3%	1,7%	2,9%	2,2%	40,7%	6,3%	0,3%
10-24	35,8%	0,4%	0,3%	2,6%	0,6%	40,1%	19,5%	0,8%
25-59	41,3%	1,3%	7,5%	2,9%	0,4%	28,2%	14,2%	4,2%
60 años y más	44,4%	5,0%	8,0%	7,5%	0,1%	15,8%	16,3%	2,8%
Total BOLIVIA	40,9%	1,6%	5,4%	3,5%	0,5%	30,1%	15,0%	2,8%

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

Ilustración 27 – Principales barreras a la atención (categoría), según Departamento, 2003-04

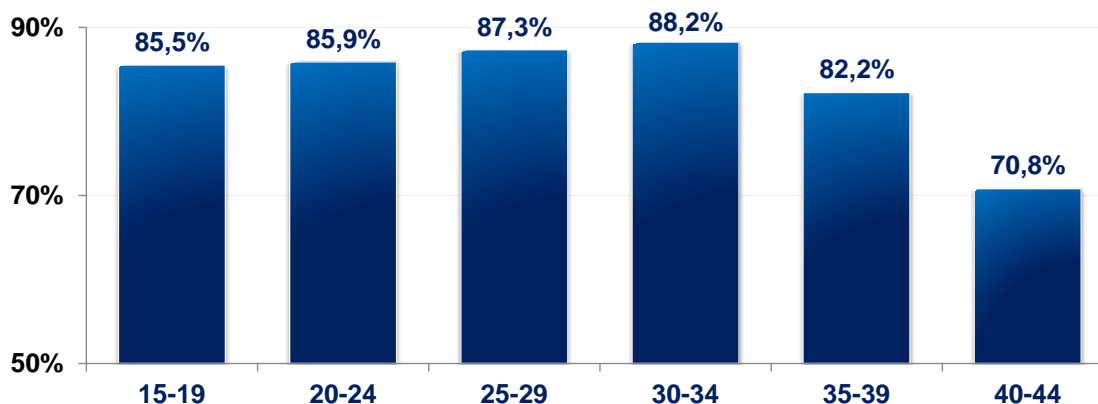


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2005)

IV.2.2.5. Atención del parto según criterios de edad

El análisis de la atención de los partos ocurridos en los años 2008 y 2009 muestra que la tasa de atención institucional disminuye después de los 34 años de edad: mientras que el grupo de edad de 30 a 34 años de edad es el que muestra la mayor tasa de atención institucional (88,2% de los partos), solamente el 70,8% de las mujeres de 40 a 44 años de edad accedió a atender institucionalmente su parto (ilustración 28). Cabe señalar que si bien la encuesta 2009 reporta algunos partos en mujeres menores de 15 años y mayores de 44 años, estos son demasiado escasos para poder proceder a un análisis bivariado.

Ilustración 28 – Acceso a atención institucional del parto según edad de la madre, 2008-09



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

Por tipo de personal que atendió al parto, se constata que de manera general el 95% de los partos institucionales están atendidos por médicos en la mayor parte de los grupos de edad. También se observa que las mujeres a partir de los 30 años de edad son las que tienen mayor probabilidad de hacerse atender de manera tradicional: 4,1% de los partos en mujeres de 30 años y más son atendidos por partera o médico tradicional, contra solo el 1,6% en mujeres menores de 30 años. En relación al lugar de atención del parto, se constata que las mujeres de 35 a 44 años tienen dos veces más probabilidad de tener parto en su propia casa (26,1% de los partos contra 13,5% en mujeres menores de 35 años). El subsector público acoge en mayor proporción las mujeres jóvenes, de 15 a 24 años de edad, mientras que después de los 25 años de edad, hay una mayor proporción de mujeres que se hacen atender en la Seguridad Social o en clínicas privadas (cuadro 37).

Cuadro 37 – Lugar de atención del parto según grupo de edad de la madre, 2008-09

Grupo de edad de la madre	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
15-19	4,0%	11,7%	55,0%	70,7%	2,7%	12,1%	14,5%
20-24	3,1%	13,9%	56,5%	73,6%	3,1%	7,7%	15,7%
25-29	1,5%	20,6%	46,3%	68,4%	7,4%	11,1%	13,1%
30-34	1,8%	13,9%	42,0%	57,6%	17,9%	12,7%	11,8%
35-39	6,2%	10,7%	35,6%	52,4%	4,6%	18,6%	24,5%
40-44	0,0%	14,6%	33,7%	48,3%	12,2%	9,5%	30,1%
Total BOLIVIA	2,8%	15,0%	46,8%	64,6%	7,7%	11,4%	16,3%

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

IV.2.3. Acceso a servicios de salud según pertenencia Indígena Originaria

IV.2.3.1. Acceso institucional y exclusión según pertenencia Indígena Originaria

El análisis del acceso a servicios de salud según pertenencia declarada en la encuesta 2009 a algún pueblo Indígena Originario (solo en personas de 12 años y más) muestra que existe un mayor grado de exclusión en Pueblos Indígenas, en los cuales solamente 51,5% de las personas con necesidad percibida en salud lograron acceder a servicios de salud institucionales, cuando el 60,9% de las personas que declararon no pertenecer a ningún Pueblo Indígena acceden a servicios de salud en forma institucional. Si bien no existe gran diferencia entre Indígenas Originarios y no Indígenas en la atención no institucional, la demanda contenida (o autoexclusión), concierne el 20,7% de las personas que reportaron pertenecer a algún pueblo Indígena Originario, mientras que solamente el 13,4% de los no-indígenas con necesidad en salud reportaron auto-exclusión (cuadro 38).

Cuadro 38 – Exclusión y acceso a servicios de salud según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2009

Pueblos Indígenas Originarios	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Total indígenas	22,9%	51,5%	27,8%	20,7%	48,5%
Quechuas	21,5%	58,1%	22,9%	19,0%	41,9%
Aymaras	24,1%	40,3%	34,8%	24,9%	59,7%
Chiquitanos	31,9%	85,6%	12,1%	2,4%	14,4%
Guaranís	21,0%	58,6%	28,8%	12,6%	41,4%
Mojeños	21,1%	81,3%	14,1%	4,6%	18,7%
Otros Pueblos	27,3%	90,6%	9,4%	0,0%	9,4%
No Indígenas	15,9%	60,9%	25,8%	13,4%	39,1%
TOTAL (12 años y más)	19,5%	55,1%	27,0%	17,8%	44,9%

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

Sin embargo, existen grandes inequidades entre los diferentes Pueblos Indígenas Originarios: los Aymaras son los que reportaron mayor exclusión (59,7% de la población con necesidad en salud), ya que son el pueblo que presenta a la vez el mayor grado de atención no institucional (34,8% de las personas enfermas) y el mayor grado de auto-exclusión (24,9%); en cambio, los Chiquitanos, Mojeños y otros Pueblos (Movimas, Chimanes, Tacanas, Ayoreos, entre otros) presentan altas tasas de acceso institucional, encima del 85%, ya que presentan baja magnitud tanto de auto-exclusión como de atención no institucional (cuadro 38).

En cuanto al análisis de la otra variable de pertenencia a Pueblos indígenas Originarios, el idioma hablado (idioma principal y secundario), se constata en coherencia con los resultados anteriores que las personas que hablan algún idioma nativo como idioma principal son las personas que presentan el mayor grado de exclusión (57,4% de individuos con necesidad percibida en salud), debido a que una alta proporción de estas personas se hacen atender de manera no institucional (33,2%), pero sobre todo porque el 24,3% se auto-excluyen de la atención en salud (cuadro 39). Por otro lado, las personas que utilizan el castellano como idioma principal son las que presentan el menor grado de exclusión (39,9%), lo que se relaciona con la declaración de pertenencia a Pueblos Indígenas Originarios analizada en el cuadro 38. De manera general, se constata entonces que los Pueblos Indígenas Originarios son por una parte los grupos de población con mayor necesidad percibida en salud, y por otra parte los grupos de población más excluidos (cuadro 38 y 39).

Cuadro 39 – Exclusión y acceso a servicios de salud según idioma hablado, 2009

Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Monolingüe nativo	31,0%	45,8%	25,6%	28,6%	54,2%
<i>Quechua</i>	29,6%	48,7%	25,0%	26,3%	51,3%
<i>Aymara</i>	34,4%	37,3%	27,6%	35,0%	62,7%
Bilingüe Castel. / nativo	21,9%	50,8%	29,8%	19,3%	49,2%
<i>Bilingüe (1: castellano)</i>	20,9%	58,1%	25,1%	16,7%	41,9%
<i>Bilingüe (1: idioma nativo)</i>	23,5%	41,4%	35,9%	22,7%	58,6%
Monolingüe castellano	18,0%	61,0%	26,9%	12,1%	39,0%
Idioma 1: castellano	18,8%	60,1%	26,4%	13,6%	39,9%
Idioma 1: nativo	25,1%	42,6%	33,2%	24,3%	57,4%
Idioma 1: extranjero	8,7%	43,8%	53,5%	2,7%	56,2%
TOTAL (personas que pueden hablar)	20,0%	55,6%	28,1%	16,2%	44,4%

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

IV.2.3.2. Personal de atención de la enfermedad según pertenencia indígena originaria

Analizando a detalle los resultados según el tipo de personal que proporcionó la atención en salud (institucional o no), se constata que además de presentar un mayor grado de exclusión, las personas que se identifican con algún Pueblo Indígena Originario no benefician de atención médica en las mismas proporciones que los no-indígenas cuando acceden a servicios institucionales: mientras que el 95,7% de las atenciones institucionales a personas no-indígenas está realizada por un médico, es el caso por solamente el 87,6% de los Indígenas Originarios. Los no-indígenas también tienen mayor posibilidad de hacerse atender por un farmacéutico (10,3% de las personas

Cuadro 40 – % de personas enfermas atendidas según tipo de personal de atención y según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2009

Pueblos Indígenas Originarios	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Total indígenas	45,1%	6,4%	8,2%	2,7%	1,3%	15,1%	0,5%
<i>Quechuas</i>	50,1%	7,9%	5,6%	1,4%	1,2%	14,2%	0,6%
<i>Aymaras</i>	34,8%	5,5%	10,6%	4,4%	1,6%	17,8%	0,4%
<i>Chiquitanos</i>	83,3%	2,3%	8,9%	0,3%	0,0%	2,9%	0,0%
<i>Guaranís</i>	57,9%	0,7%	22,9%	4,6%	0,0%	1,3%	0,0%
<i>Mojeños</i>	81,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	14,1%	0,0%
<i>Otros Pueblos</i>	90,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	9,4%	0,0%
No Indígenas	58,3%	2,6%	10,3%	1,4%	0,5%	13,2%	0,4%
TOTAL (12 años y más)	50,2%	4,9%	9,0%	2,2%	1,0%	14,4%	0,4%

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

con necesidad percibida en salud contra 8,2% en indígenas Originarios) mientras que los Pueblos Indígenas Originarios tienen mayor probabilidad que los no-indígenas de hacerse atender por un familiar. Por otra parte, si bien la atención proporcionada por un médico tradicional o naturista es más común en Pueblos Indígenas (2,7% de los enfermos) que en no-indígenas (1,4%), sigue siendo una atención relativamente escasa en comparación con los demás tipos de personal (cuadro 40).

Según Pueblos Indígenas Originarios, se constata que los Chiquitanos, Mojeños y otros pueblos tienen una alta proporción de atención por médicos, mientras que solamente un tercio de las personas que reportaron pertenecer al pueblo Aymara se han hecho atender por un médico. Otra observación interesante concierne los Guaranís, que no reportaron casi ninguna atención por parte de un familiar, pero tienen una proporción de atenciones por parte de farmacéuticos y de médicos tradicionales respectivamente 2,5 veces y 2,1 veces más elevada que el promedio nacional. En cambio, los Aymaras son los que reportaron mayor atención por parte de un familiar (17,8% de los enfermos) además de presentar altas tasas de atención por farmacéuticos (10,6%) y médicos tradicionales o naturistas (4,4%) (cuadro 40).

Por otra parte, el análisis bivariado entre el tipo de personal que atendió la enfermedad y el idioma hablado (principal y secundario) muestra que personas que hablan un idioma nativo como idioma principal (es decir que solamente hablan un idioma nativo o hablan castellano como idioma secundaria) son los que tienen menor probabilidad de hacerse atender por un médico (33,7% de las personas con necesidad percibida) y por un farmacéutico (5,2%), pero al mismo tiempo, tienen mayor probabilidad que las demás personas de hacerse atender por una enfermera o auxiliar (9,3%), un promotor de salud (4,1%) o un familiar (19,6%). En cambio, los hispano-hablantes (como idioma principal) son los que tienen mayor probabilidad de acceder a una atención médica (55% de los casos) y farmacéutica (10,2%), pero se hacen atender en menor proporción que las demás personas por familiares (14,4%), médicos tradicionales (1,1%) y promotores (0,4%) (cuadro 41).

En el mismo sentido, existe una gran inequidad en el tipo de atención institucional recibida: mientras que el 91,5% de las personas que hablan castellano como idioma principal logran hacerse atender por un médico cuando reciben atención institucional, solamente el 73,6% de las atenciones institucionales a personas que solo hablan un idioma nativo está proporcionado por un médico.

Cuadro 41 – % de personas enfermas atendidas según tipo de personal de atención de la enfermedad y según idioma hablado (principal y secundaria), 2009

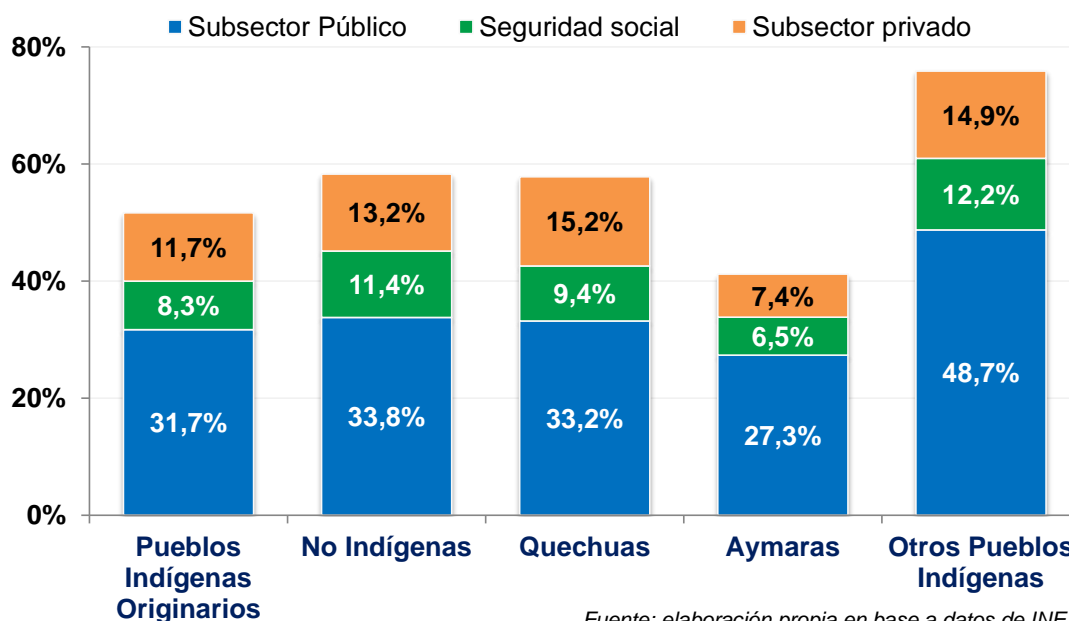
Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma- céutico	Médico tradic.	Promo- tor	Familiar	Otro
Monolingüe nativo	33,7%	12,1%	0,6%	2,6%	3,6%	18,8%	0,0%
<i>Quechua</i>	34,0%	14,7%	0,2%	1,7%	4,1%	19,1%	0,0%
<i>Aymara</i>	32,2%	5,2%	1,5%	4,8%	2,5%	18,8%	0,0%
Bilingüe Castel. / nativo	44,6%	6,2%	8,4%	2,9%	2,1%	16,0%	0,4%
<i>Bilingüe (1: castellano)</i>	53,5%	4,6%	9,6%	1,9%	0,5%	13,0%	0,2%
<i>Bilingüe (1: idioma nativo)</i>	33,1%	8,3%	6,8%	4,2%	4,2%	19,8%	0,8%
Monolingüe castellano	55,6%	5,3%	10,4%	0,8%	0,4%	15,1%	0,3%
Idioma 1: castellano	55,0%	5,1%	10,2%	1,1%	0,4%	14,4%	0,2%
Idioma 1: nativo	33,3%	9,3%	5,2%	3,8%	4,1%	19,6%	0,6%
Idioma 1: extranjero	43,8%	0,0%	28,3%	4,8%	2,7%	17,7%	0,0%
TOTAL (pueden hablar)	49,5%	6,1%	9,0%	1,8%	1,3%	15,7%	0,3%

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

IV.2.3.3. Lugar de atención de la enfermedad según pertenencia indígena originaria

Por lugar de atención, se constata que los no indígenas acuden en mayor proporción que los Pueblos Indígenas Originarios a los tres subsectores de salud (público, privado y Seguridad Social), debido a su mayor acceso institucional, pero cuando se compara solamente las personas que accedieron a atención institucional, se observa que los Pueblos Indígenas que lograron atención institucional acceden en las mismas proporciones a servicios privados, y ligeramente menos a la Seguridad Social (y entonces más al subsector público) que los no-indígenas. En cambio, los Aymaras y otros Pueblos Indígenas que acceden a atención institucional privilegian generalmente en mayor proporción el subsector público que las demás personas (ilustración 29).

Ilustración 29 – Subsector de atención de la enfermedad según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2009



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

Cuadro 42 – % de personas enfermas atendidas según lugar de atención y según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2009

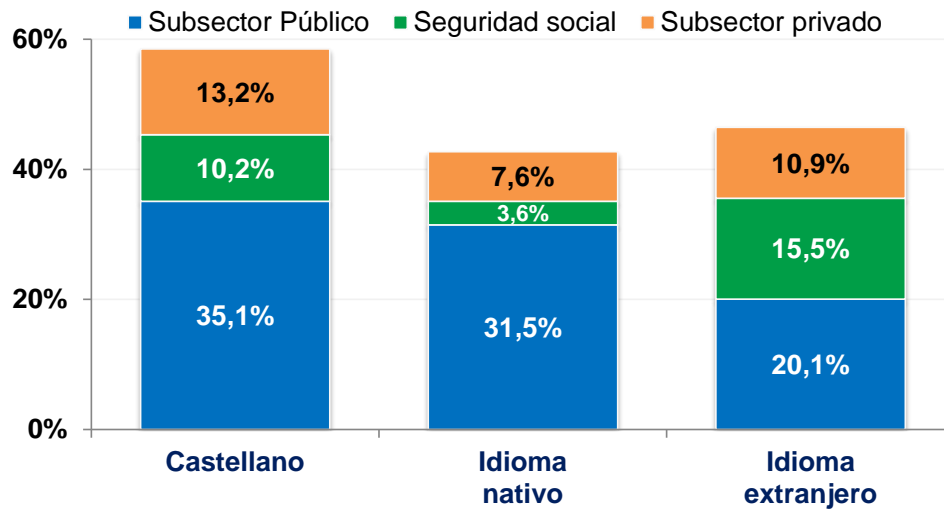
Pueblos Indígenas Originarios	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consumitorio	Clínica	Farmacia	Casa	Otro
Total indígenas	7,6%	8,7%	15,4%	8,3%	3,9%	7,7%	7,4%	18,7%	1,5%
Quechuas	9,0%	7,7%	16,5%	9,4%	6,1%	9,1%	5,6%	16,1%	1,6%
Aymaras	6,0%	10,7%	10,7%	6,5%	2,0%	5,3%	8,8%	23,8%	1,3%
Chiquitanos	13,0%	0,0%	49,2%	4,3%	0,3%	18,8%	8,9%	3,2%	0,0%
Guaranís	5,8%	2,5%	10,8%	31,2%	0,0%	6,1%	22,9%	1,3%	6,8%
Mojeños	8,5%	10,9%	42,8%	4,3%	0,0%	14,8%	0,0%	14,1%	0,0%
Otros Pueblos	0,0%	0,0%	48,0%	6,2%	19,7%	4,0%	0,0%	9,4%	12,7%
No Indígenas	5,0%	8,9%	19,9%	11,4%	3,6%	9,5%	10,3%	15,5%	2,5%
TOTAL (12 años y más)	6,6%	8,7%	17,1%	9,5%	3,8%	8,4%	8,5%	17,5%	1,9%

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

Según tipo específico de lugar de atención, se constata que los Pueblos Indígenas Originarios se hacen atender en mayores proporciones que los no-indígenas en puestos de salud y en casa, mientras que los no-indígenas tienen mayores probabilidad que los Indígenas originarios de hacerse atender en hospitales públicos, cajas de salud, clínicas privadas y farmacias.

Según idioma hablado, se observa que las personas que hablan algún idioma nativo como lengua principal, además de mostrar un mayor grado de exclusión, son igualmente los más dependientes del subsector público: mientras que el 59,9% de los no indígenas que logran acceso institucional acuden al subsector público, es el caso para el 73,7% de los Indígenas Originarios que lograron hacerse atender institucionalmente, ya que estos tienen poco acceso al sector privado y un acceso muy confidencial a la Seguridad Social (ilustración 30 y cuadro 43).

Ilustración 30 – Subsector de atención de la enfermedad según idioma principal, 2009



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

Cuadro 43 – % de personas atendidas según lugar de atención y según idioma hablado, 2009

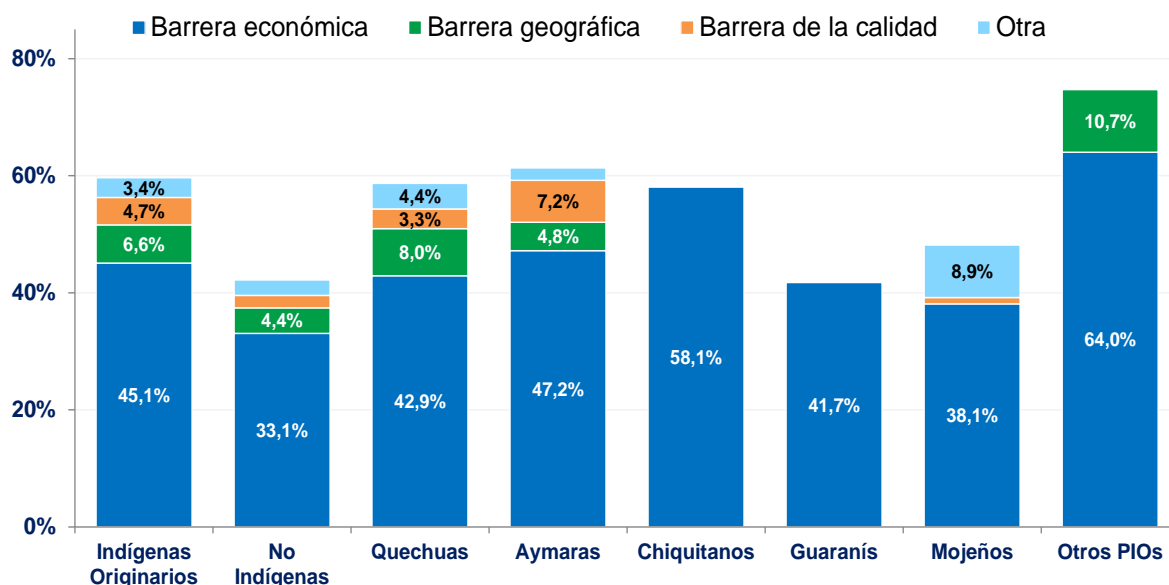
Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- ltorio	Clínica	Farma- -cia	Casa	Otro
Monolingüe nativo	12,0%	10,6%	10,8%	2,5%	0,4%	7,7%	0,6%	23,0%	3,7%
Quechua	13,9%	8,8%	9,5%	1,8%	0,6%	10,4%	0,2%	23,5%	4,9%
Aymara	6,9%	14,1%	14,2%	4,0%	0,0%	0,7%	1,5%	22,6%	1,0%
Bilingüe Castel. / nativo	6,8%	9,8%	13,7%	8,1%	5,2%	7,6%	7,7%	19,8%	2,0%
Bilingüe (1: castellano)	5,5%	9,8%	14,6%	11,2%	6,5%	10,4%	9,2%	15,0%	1,2%
Bilingüe (1: idioma nativo)	8,5%	9,7%	12,6%	4,0%	3,5%	3,9%	5,8%	26,0%	3,1%
Monolingüe castellano	8,4%	9,8%	19,3%	9,8%	4,0%	7,6%	9,9%	17,0%	2,1%
Idioma 1: castellano	7,4%	9,8%	17,8%	10,2%	4,8%	8,5%	9,7%	16,4%	1,8%
Idioma 1: nativo	9,4%	9,9%	12,1%	3,6%	2,7%	4,9%	4,4%	25,2%	3,3%
Idioma 1: extranjero	9,4%	9,6%	1,2%	15,5%	5,4%	5,4%	28,3%	22,5%	0,0%
TOTAL (pueden hablar)	7,9%	9,8%	16,4%	8,6%	4,2%	7,6%	8,5%	18,6%	2,2%

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

IV.2.3.4. Razón de no atención según pertenencia indígena originaria

De acuerdo con los datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004, los Indígenas Originarios tienen una mayor proporción de barrera al acceso que los no-indígenas (los que reportaron en mayor proporción no necesitar atención): la barrera económica es la principal razón de no-acceso para el 45,1% de los Indígenas Originarios (33,1% para los no-indígenas). Según Pueblos específicos, la barrera económica es mayor en otros pueblos (tacanas, ayoreos, etc.) y en Chiquitanos. La barrera geográfica es más importante en Pueblos indígenas (6,8%), y en particular en Quechuas y otros Pueblos Indígenas, mientras que la barrera de la calidad concierne más a los Indígenas que los no-indígenas y en particular a los Aymaras (ilustración 31 y cuadro 44).

Ilustración 31 – Principales barreras a la atención (categoría), según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2003-04



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

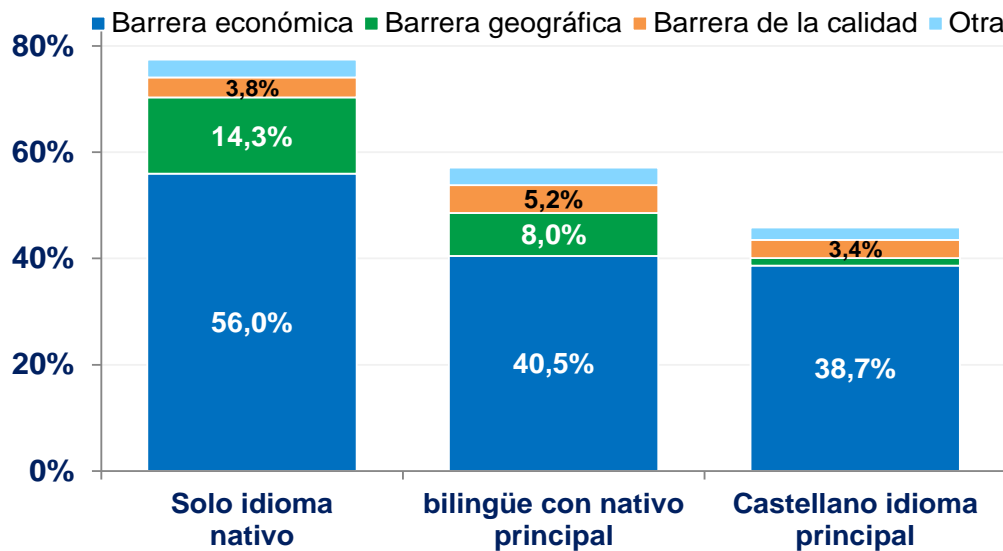
Cuadro 44 – Razón de no atención según pertenencia a Pueblo Indígena Originario en personas de 12 años y más, 2003-04

Pueblos Indígenas Originarios	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Total indígenas	43,0%	2,1%	6,6%	4,4%	0,3%	26,3%	14,1%	3,4%
Quechuas	41,8%	1,1%	8,0%	3,0%	0,3%	26,0%	15,3%	4,4%
Aymaras	43,8%	3,4%	4,8%	6,9%	0,3%	28,1%	10,6%	2,1%
Chiquitanos	39,5%	18,6%	0,0%	0,0%	0,0%	38,9%	3,0%	0,0%
Guaranís	41,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	27,0%	31,3%	0,0%
Mojeños	38,1%	0,0%	0,0%	1,1%	0,0%	10,0%	41,8%	8,9%
Otros Pueblos	64,0%	0,0%	10,7%	0,0%	0,0%	0,0%	25,3%	0,0%
No Indígenas	32,3%	0,7%	4,4%	1,5%	0,6%	35,6%	22,2%	2,7%
TOTAL (12 años y más)	40,2%	1,7%	6,0%	3,6%	0,4%	28,7%	16,2%	3,2%

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

Analizando la razón de demanda contenida según idioma hablado, se constata que las personas que solamente hablan un idioma nativo son las que presentan la mayor proporción de barreras al acceso (77,4%), significando que solamente una pequeña proporción de estas personas declaró no necesitar atención: en 56% de los casos, las personas que solamente hablan un idioma nativo declararon una barrera económica, seguida por la barrera geográfica (14,3%). En comparación, las personas que hablan castellano como idioma principal presentan en 38,7% de los casos la barrera económica como razón de demanda contenida, y presentan pocas otras barreras (ilustración 32). Por otra parte, se constata que el hecho de no hablar castellano implica una mayor incidencia de barreras, ya que las personas que utilizan un idioma nativo como idioma principal pero que hablan castellano presentan generalmente una menor cantidad de barreras que las personas que hablan solamente un idioma nativo (ilustración 32 y cuadro 45).

Ilustración 32 – Principales barreras a la atención (categoría), según idioma hablado, 2003-04



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

Cuadro 45 – Razón de no atención según idioma hablado, 2003-04

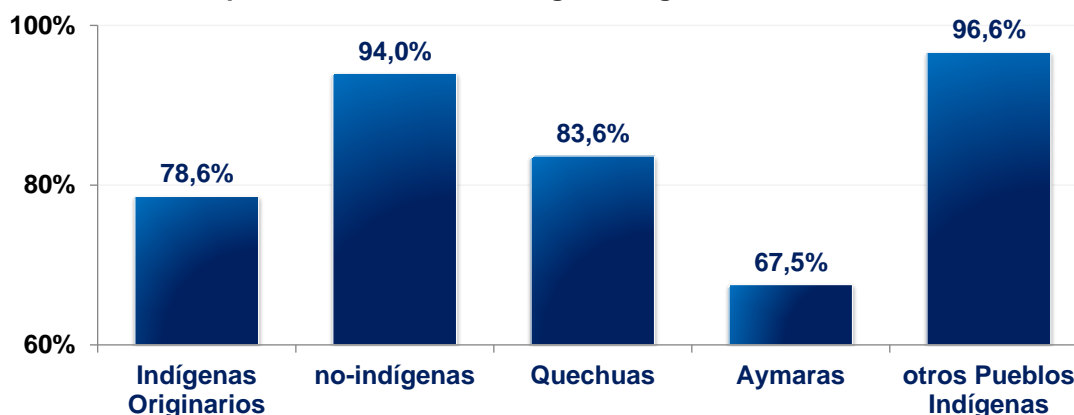
Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Autome-dicación	
Monolingüe nativo	51,8%	4,1%	14,3%	3,6%	0,2%	14,1%	8,5%	3,3%
Quechua	51,3%	0,4%	16,1%	2,3%	0,3%	14,0%	11,2%	4,4%
Aymara	52,4%	12,4%	10,8%	6,3%	0,0%	14,4%	2,7%	1,0%
Bilingüe Castel. / nativo	39,0%	1,2%	4,8%	4,4%	0,4%	32,0%	15,3%	2,8%
Bilingüe (1: castellano)	37,9%	1,9%	1,1%	4,1%	0,3%	37,0%	15,2%	2,3%
Bilingüe (1: idioma nativo)	39,9%	0,6%	8,0%	4,7%	0,5%	27,6%	15,3%	3,3%
Monolingüe castellano	36,9%	0,9%	1,7%	2,0%	0,7%	36,7%	18,9%	2,3%
Idioma 1: castellano	37,3%	1,3%	1,4%	2,9%	0,5%	36,8%	17,3%	2,3%
Idioma 1: nativo	44,6%	1,9%	10,5%	4,3%	0,4%	22,3%	12,6%	3,3%
TOTAL (pueden hablar)	40,5%	1,6%	5,5%	3,5%	0,5%	30,4%	15,2%	2,8%

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

IV.2.3.5. Atención del parto según pertenencia indígena originaria

El análisis de la atención del parto en los años 2008 y 2009 según pertenencia declarada de la madre a algún Pueblo Indígena Originario muestra una clara diferencia en el acceso institucional entre mujeres Indígenas Originarias (78,6%) y mujeres no-indígenas (94,0%). Por Pueblo Indígena Originario, se constata que son las mujeres Aymaras que presentaron la menor tasa de parto institucional de acuerdo con los datos de la encuesta de hogares 2009, con solamente 67,5% de partos atendidos por un médico, enfermera o auxiliar de enfermería, muy por debajo del promedio nacional reportado para 2008 y 2009 de 85,0%. En cuanto a las mujeres Quechuas, reportaron una tasa de parto institucional de 83,6%. Finalmente, en la categoría otros Pueblos Indígenas, que incluyen Guaranís, Chiquitanos, Mojeños y otros, se reporta una tasa de atención institucional de 96,6%, sin que sea significativo ya que concierne un número de partos muy bajo (ilustración 33).

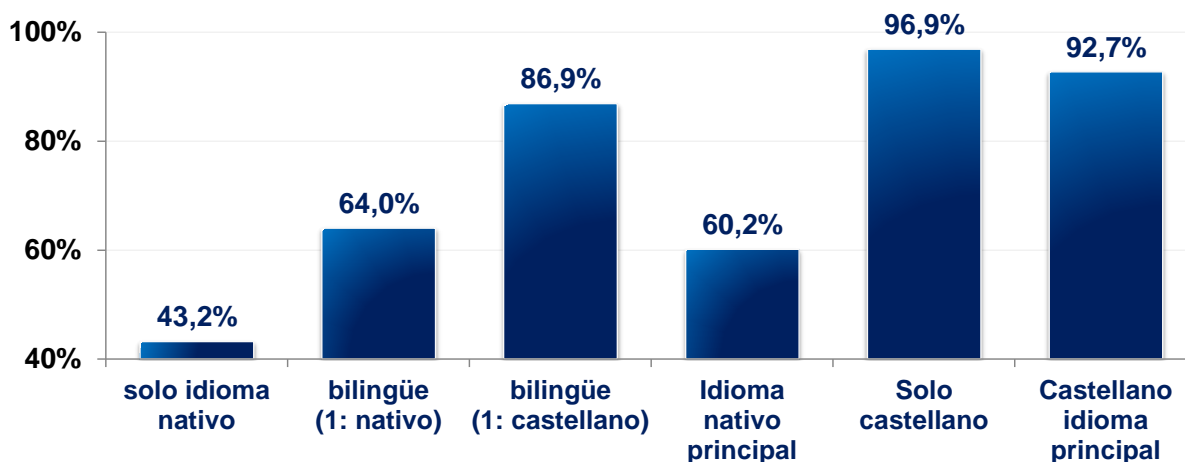
Ilustración 33 – Acceso a atención institucional del parto según pertenencia a Pueblo Indígena Originario, 2008-09



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

Según idioma hablado, se constata una exclusión de la atención institucional aún más importante: de las mujeres que solo hablan idioma nativo sin hablar castellano, solamente el 43,2% pudo hacer atender su parto institucionalmente; en cambio, las mujeres que hablan solamente castellano presentan una tasa de parto institucional estimada de 96,9% (ilustración 34).

Ilustración 34 – Acceso a atención institucional del parto según idioma hablado, 2008-09

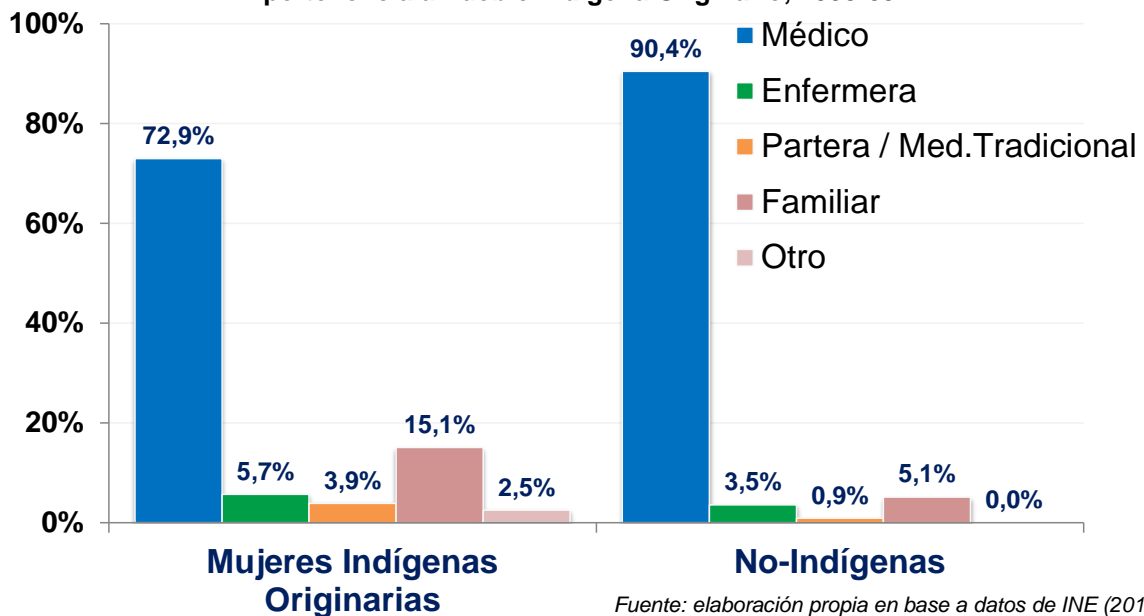


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

También se observan inequidades importantes en las poblaciones bilingües: mientras que mujeres bilingües que hablan un idioma nativo como idioma principal presentan una tasa de parto institucional de 64,0%, el 86,9% de las mujeres bilingües que hablan el castellano como idioma principal beneficiaron de una atención institucional de su parto. En forma consolidada, las personas que hablan un idioma nativo como idioma principal (bilingües y mujeres que solo hablan un idioma nativo) presentan una tasa de parto institucional de 60,2%; en cambio, el 92,7% de las mujeres que hablan castellano como idioma principal tuvieron un parto institucional (ilustración 34).

Por tipo de personal que proporcionó la atención, las mujeres Indígenas Originarias son las que tienen mayor cantidad de atención por parte de un familiar (15,1% contra 5,1% en no indígenas) y de una partera o médico tradicional (3,9% contra 0,9% en no-indígenas), mientras que el 90,4% de las mujeres no-indígenas reciben una atención médica para su parto, contra solamente 72,9% en Indígenas (ilustración 35). Por Pueblo Indígena Originario, se constata que las mujeres Aymaras son las que presentan mayor proporción de partos atendidos por familiares (21,8% contra 10,8% a nivel nacional) y por parteras o médicos tradicionales (5,9% contra 2,6% a nivel nacional), pero igualmente la menor proporción de partos atendidos por médicos (66,4% contra 80,5% a nivel nacional). Por otra parte, las Mujeres Quechuas son las que se hacen atender en mayor proporción por enfermeras o auxiliares de enfermería (9,5% de los partos, contra 4,8% a nivel nacional).

Ilustración 35 – Persona que proporcionó atención del parto, según pertenencia a Pueblo Indígena Originario, 2008-09



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

Cruzando el tipo de personal de atención del parto con el idioma hablado (principal y secundario), se constata que las mujeres que solo hablan un idioma nativo (sin hablar castellano) son las que tienen mayor atención por parte de un familiar (49,1% contra 2,8% en mujeres que solamente hablan castellano) y de una partera o médico tradicional (7,6% contra 0,3% en mujeres monolingües castellano-hablantes). La atención no institucional es aún más marcada en mujeres que solamente hablan Aymara, de las cuales el 73,7% hicieron atender su parto por un familiar. En forma consolidada, las mujeres que utilizan el castellano como idioma principal se hicieron atender a 88,4% por un médico, 4,3% por una enfermera o auxiliar, 1,1% por una partera o médico tradicional y solamente 4,5% por un familiar; en cambio, las mujeres que hablan un idioma nativo como idioma principal hicieron atender su parto por un médico en solamente 53,8% de los casos, 6,4% por una enfermera, 6,6% por una partera o médico tradicional y 32,9% por un familiar (cuadro 46).

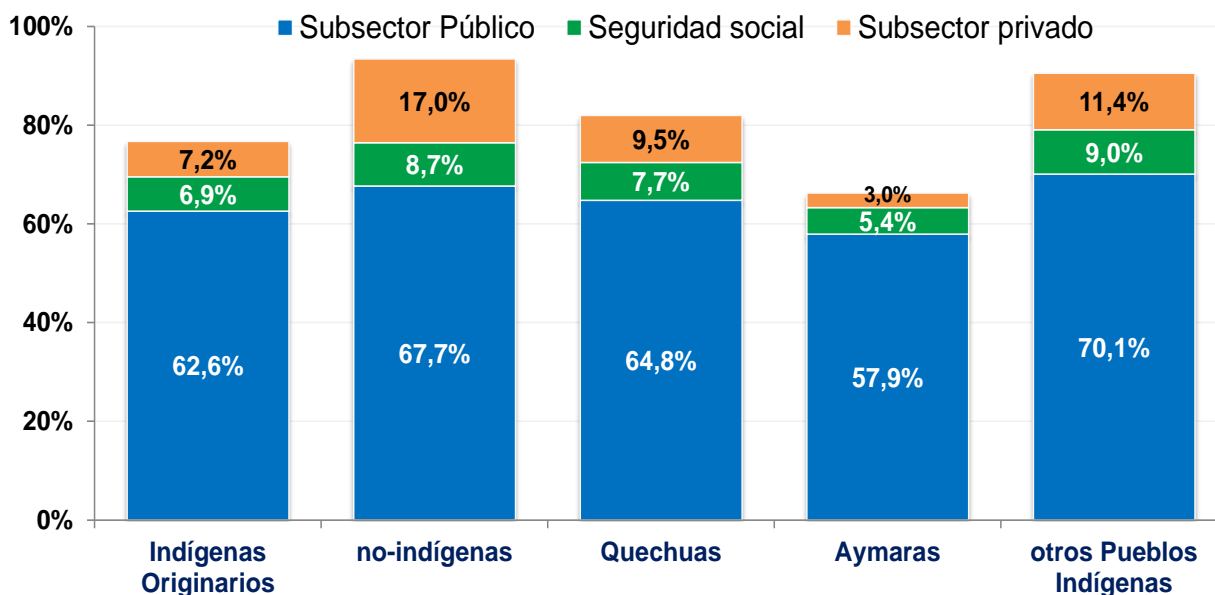
Cuadro 46 – Persona que proporcionó atención del parto, según idioma hablado, 2008-09

Idioma hablado (1: idioma principal; 2: idioma secundaria)	Institucional		No Institucional		
	Médico	Enfermera	Partera / Médico tradic.	Familiar	Otra persona
Monolingüe nativo	39,2%	4,0%	7,6%	49,1%	0,0%
Quechua	40,0%	5,1%	9,6%	45,3%	0,0%
Aymara	26,3%	0,0%	0,0%	73,7%	0,0%
Bilingüe Castel. / nativo	73,0%	5,3%	3,7%	15,2%	2,8%
Bilingüe (1: castellano)	82,6%	4,3%	2,1%	6,8%	4,2%
Bilingüe (1: idioma nativo)	57,1%	6,9%	6,3%	29,2%	0,4%
Monolingüe castellano	92,7%	4,2%	0,3%	2,8%	0,0%
Idioma 1: castellano	88,4%	4,3%	1,1%	4,5%	1,8%
Idioma 1: nativo	53,8%	6,4%	6,6%	32,9%	0,3%
TOTAL (pueden hablar)	80,3%	4,7%	2,6%	11,0%	1,4%

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

En relación al lugar de atención, el subsector público es el más utilizado, tanto en mujeres Indígenas como no-indígenas; sin embargo, las mujeres Indígenas Originarias son mucho más dependientes del subsector público que las no-indígenas: de las mujeres Indígenas Originarias que se hacen atender en establecimientos de salud, el 81,6% fue al subsector público. En cambio, solamente el 72,5% de las no-indígenas atendidas en establecimientos de salud fue al subsector público, ya que las no-indígenas utilizan en mayores proporciones servicios privados y de la Seguridad Social para la atención del parto: en totalidad, el 17,0% de las mujeres no-indígenas atendió su parto en el subsector privado, contra solamente 7,2% de las Indígenas Originarias (ilustración 35 y cuadro 47).

Ilustración 36 – Subsector de atención del parto, según pertenencia a Pueblo Indígena Originario, 2008-09



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

Según pueblo Indígena Originario, las mujeres Aymaras son las que tienen mayor probabilidad de hacerse atender en su propia casa (33,7% de los partos) y las que menos acuden al subsector público (en particular a puestos de salud, 0,4%) y al subsector privado (3,0%) (cuadro 47).

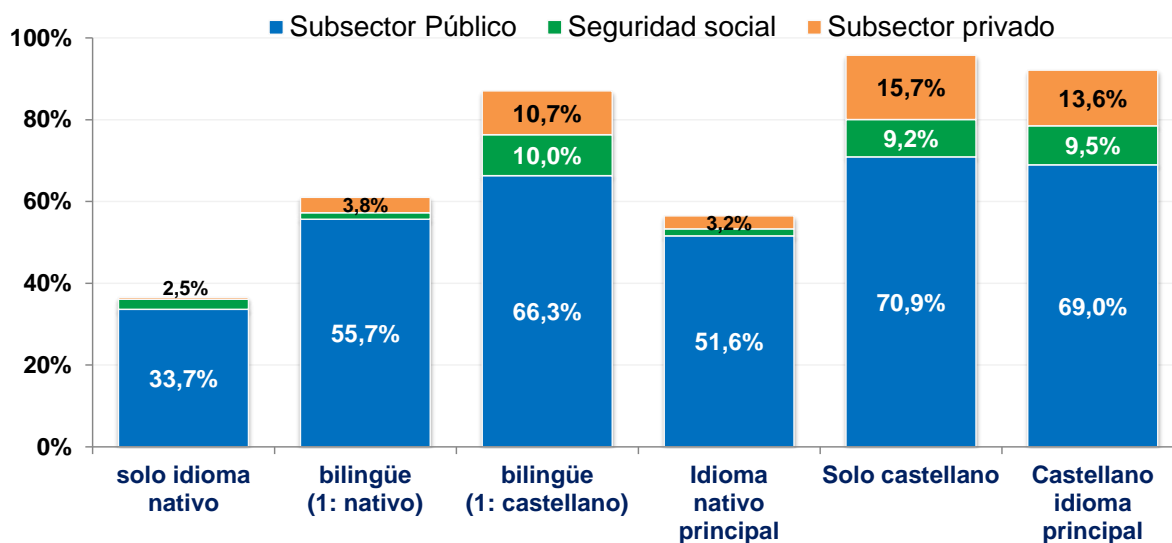
Cuadro 47 – Lugar de atención del parto según pertenencia a P. Indígena Originario, 2008-09

Pueblos Indígenas Originarios	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Total indígenas	2,9%	14,2%	45,6%	62,6%	6,9%	7,2%	23,3%
<i>Quechuas</i>	4,9%	13,5%	46,4%	64,8%	7,7%	9,5%	18,0%
<i>Aymaras</i>	0,4%	15,6%	41,9%	57,9%	5,4%	3,0%	33,7%
<i>Otros Pueblos</i>	0,7%	11,9%	57,5%	70,1%	9,0%	11,4%	9,5%
No Indígenas	2,6%	16,3%	48,8%	67,7%	8,7%	17,0%	6,6%
TOTAL	40,2%	1,7%	6,0%	3,6%	0,4%	28,7%	16,2%

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

A partir de la variable de idioma hablado, se constata que las mujeres que solamente hablan idioma nativo son las que menos acuden a establecimientos de salud, para atender en gran mayoría sus partos en casa (63,4% de los partos): solamente el 33,7% de ellas accede al subsistema público (principalmente hospitales), y tienen prácticamente ningún acceso a los subsectores de la Seguridad Social y privado. En cambio, de las mujeres que solamente hablan castellano, el 70,9% atiende su parto en el subsector público, el 9,2% en la Seguridad Social, el 15,7% en el subsector privado y solamente el 4,2% restante en su casa. De la misma manera, las mujeres bilingües pero que utilizan el castellano como idioma principal tienen mayor acceso a los diferentes subsistemas de salud y menos partos en casa que las mujeres bilingües que utilizan un idioma nativo como idioma principal. Por otra parte, las mujeres que hablan un idioma nativo como idioma principal son generalmente más dependientes del subsistema público para hacerse atender de manera institucional, ya que pocas acceden a la Seguridad Social y subsector privado (ilustración 37).

Ilustración 37 – Subsector de atención del parto, según idioma hablado, 2008-09



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

IV.2.4. Acceso a servicios de salud según nivel de educación

IV.2.4.1. Acceso institucional y exclusión según criterios de educación

El análisis del acceso a servicios de salud según alfabetismo en personas de 10 años y más muestra una exclusión ligeramente mayor en personas analfabetas (51,4% contra 44,2% en personas alfabetizadas). La diferencia principal viene del tipo de exclusión de los servicios de salud: mientras que las personas que saben leer y escribir presentan una mayor tasa de atención no institucional (28,2% contra 23,7% en persona analfabetas), las personas analfabetas se caracterizan por tener un alto grado de auto-exclusión (27,7% contra 16% en personas alfabetizadas y 17,7% a nivel nacional en personas mayores de 10 años) (cuadro 48).

En relación al acceso según nivel educativo alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, se constata que el acceso es ligeramente creciente según el nivel alcanzado, de ninguno a secundario, pero la brecha principal se observa entre personas que tuvieron una educación superior (72,5% de acceso institucional) y las demás personas (53,8% entre las personas con educación primaria, secundaria y sin educación formal). En cuanto a los tipos de exclusión, la atención no institucional es similar entre las personas sin educación formal y con educación primaria y secundaria (entre 25% y 27%) y más baja en personas con educación superior, mientras que la autoexclusión disminuye de manera inversamente proporcional con el nivel educacional alcanzado, desde 25,4% de los enfermos en personas sin educación formal hasta solamente 10,7% en personas con educación superior (cuadro 48).

Cuadro 48 – Exclusión y acceso a servicios de salud según criterios de educación, 2009

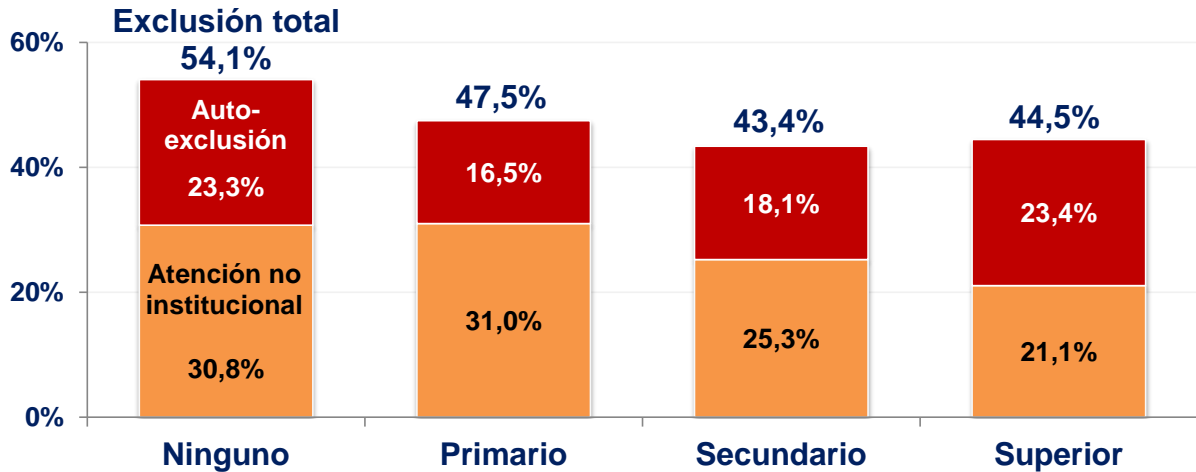
Criterios educativos	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Exclusión y acceso a servicios según alfabetismo (personas de 10 años y más)					
Analfabeto	36,8%	48,6%	23,7%	27,7%	51,4%
Sabe leer y escribir	17,5%	55,8%	28,2%	16,0%	44,2%
TOTAL (10 años y más)	19,0%	54,7%	27,6%	17,7%	45,3%
Exclusión y acceso a servicios según nivel de educación alcanzado					
Ninguno	33,0%	49,7%	25,0%	25,4%	50,3%
Educación primaria	24,9%	53,9%	27,0%	19,2%	46,1%
Educación secundaria	17,5%	57,6%	27,2%	15,2%	42,4%
Educación superior	17,0%	72,5%	16,8%	10,7%	27,5%
TOTAL (personas que salieron del sistema edu)	22,7%	56,2%	25,4%	18,4%	43,8%

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

Finalmente, la última variable de educación utilizada es el nivel educativo alcanzado por la madre de personas de 12 a 65 años de edad, analizado a partir de la encuesta de hogares 2008 ya que esta variable no fue incluida en la encuesta 2009. En este caso, la brecha de exclusión principal se observa entre las personas cuya madre no alcanzó ninguna educación formal y las personas cuya madre alcanzó por lo menos el nivel primario. Luego del nivel primario, no se observan diferencias significativas, a tal punto que las personas cuya madre alcanzó el nivel secundario tienen una tasa de exclusión de 43,4%, inferior a las personas cuya madre alcanzó un nivel superior (44,5%). Según

tipo de exclusión, la auto-exclusión es menor en personas cuya madre alcanzó un nivel primario (16,5%) y es similar entre personas cuya madre no tuvo educación formal y personas cuya madre tuvo educación superior, demostrando que la educación de la madre no es relevante para contención de demanda. En cambio, se observa que a mayor educación de la madre, hay menos atención no institucional, con un punto de brecha entre educación primaria y secundaria (ilustración 38).

Ilustración 38 – Exclusión y acceso a servicios de salud según nivel de educación de la madre en personas de 12 a 65 años de edad, 2008



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

IV.2.4.2. Personal de atención de la enfermedad según criterios de educación

Según el tipo de personal que proporcionó atención en salud (institucional o no), no se constatan diferencias significativas entre personas analfabetas y no analfabetas, solamente que las primeras se hacen atender en menores proporciones por médicos y por farmacéuticos que las segundas (cuadro 49); la principal diferencia reside entonces en la auto-exclusión de las personas que no saben leer ni escribir presentada en el cuadro 48 y no tanto en el personal de atención.

Cuadro 49 – Personal de atención de la enfermedad según alfabetismo, 2009

Alfabetismo	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Analfabeto	43,6%	5,0%	5,1%	2,5%	1,1%	14,1%	0,9%
Sabe leer y escribir	51,1%	4,7%	9,9%	2,2%	1,1%	14,7%	0,3%
TOTAL (10 años y más)	50,0%	4,7%	9,2%	2,2%	1,1%	14,6%	0,4%

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

En cambio, existen mayores diferencias en cuanto al personal de atención de la enfermedad según nivel educativo alcanzado, constatando que la proporción de atención por parte de un médico se incrementa con el nivel educativo: el 71,5% de las personas con demanda percibida y con un nivel educativo superior fueron atendidas por un médico, contra solamente el 42,8% de las personas sin educación formal (cuadro 50 e ilustración 39). Al contrario, las atenciones por parte de una enfermera / auxiliar de enfermería, de un médico tradicional, de un promotor y de un familiar son

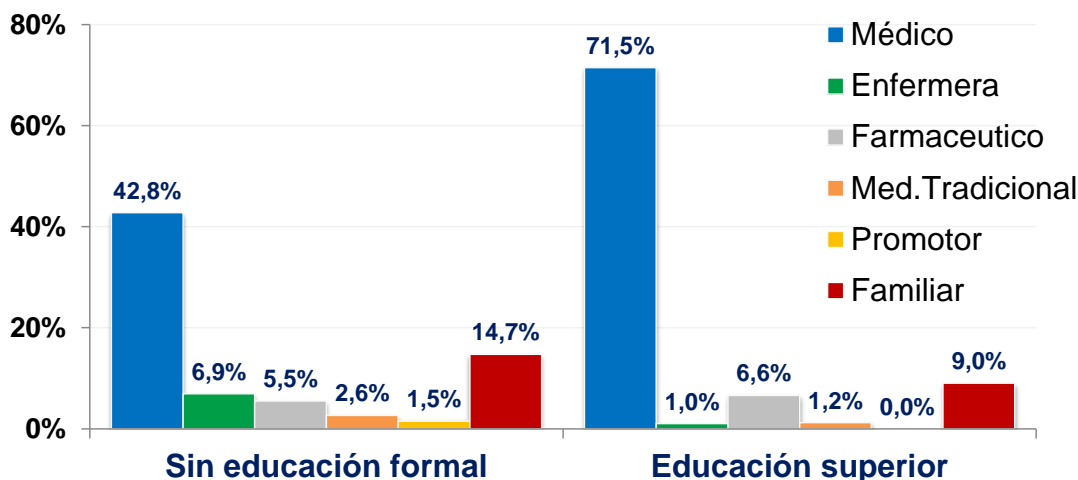
menos probables cuando se incrementa el nivel educativo de la persona. Como consecuencia, se constata que además de presentar un mayor grado de exclusión, las personas sin educación formal tienen menos probabilidad de ver un médico cuando acceden a una atención institucional: mientras que el 98,6% de las atenciones institucionales a personas con educación superior está realizada por un médico, es el caso por solamente el 86,1% de las personas sin educación formal, las que son atendidas en mayores proporciones por enfermeras o auxiliares de enfermería que el resto de la población. Finalmente, se constata también que las personas con educación secundaria son las que tienen mayor probabilidad de hacerse atender por un farmacéutico, proporción que se incrementa hasta este nivel de educación, para luego disminuir en las personas que tienen un nivel de educación superior (cuadro 50 e ilustración 39).

Cuadro 50 – Personal de atención de la enfermedad según nivel educativo, 2009

Nivel educativo alcanzado	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farmacéutico	Médico tradic.	Promotor	Familiar	Otro
Ninguno	42,8%	6,9%	5,5%	2,6%	1,5%	14,7%	0,6%
Educación primaria	47,6%	6,2%	7,9%	2,9%	1,3%	14,4%	0,4%
Educación secundaria	54,2%	3,4%	12,4%	2,0%	0,8%	11,2%	0,8%
Educación superior	71,5%	1,0%	6,6%	1,2%	0,0%	9,0%	0,0%
TOTAL (personas que salieron del sistema edu)	51,1%	5,1%	8,2%	2,5%	1,1%	13,2%	0,5%

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

Ilustración 39 – Personal de atención de la enfermedad, según nivel educativo alcanzado, 2009



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

Finalmente, según el nivel educativo alcanzado por la madre de personas de 12 a 65 años de edad, reportado en la encuesta de hogares 2008, existen características propias a cada grupo de población: mientras que solamente el 40,1% de las personas cuya madre no tuvo educación formal fue atendido por un médico, esta proporción se incrementa a 50% en personas cuya madre tuvo educación primaria y encima del 55% cuando la madre tuvo al menos educación secundaria. En cambio, la atención por parte de enfermeras, médicos tradicionales y promotores de salud es nula en personas cuya madre alcanzó educación secundaria o más (cuadro 51).

Cuadro 51 – Personal de atención de la enfermedad según nivel educativo de la madre en personas de 12 a 65 años de edad, 2008

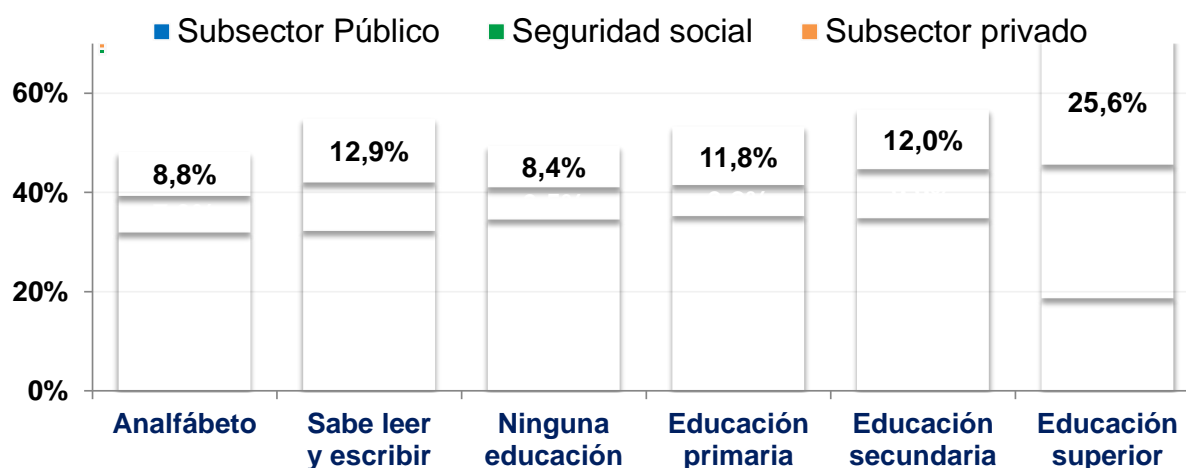
Nivel educativo alcanzado por la madre	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Ninguno	40,1%	5,8%	7,6%	4,3%	3,4%	15,5%	0,1%
Educación primaria	50,0%	2,5%	12,7%	2,4%	1,1%	14,7%	0,1%
Educación secundaria	56,6%	0,0%	19,5%	0,0%	0,0%	5,8%	0,0%
Educación superior	55,5%	0,0%	7,4%	0,0%	0,0%	13,7%	0,0%
TOTAL (personas de 12 a 65 años de edad)	44,6%	4,0%	10,9%	3,2%	2,3%	14,5%	0,1%

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

IV.2.4.3. Lugar de atención de la enfermedad según criterios de educación

El lugar de atención de la enfermedad varía generalmente en pocas proporciones según el nivel educacional de la persona, salvo por los individuos que alcanzaron un nivel de educación superior: estos son mucho menos dependientes del subsector público que el resto de la población, ya que tienen mayor acceso a los subsectores de la Seguridad Social y privado: solamente el 18,7% de las personas con educación superior acude al subsector público cuando percibe necesidad de atención en salud (contra 34,9% en el resto de la población), pero el 26,9% acude a la Seguridad Social (7,3% en el resto de la población) y el 25,6% en el subsector privado (11,0% en el resto de la población); además se hacen atender en menores proporciones fuera de los establecimientos de salud (18,2% en casa, farmacia u otro lugar), contra 27,2% en el resto de la población (ilustración 40). Según el tipo específico de lugar de atención, se constata que la atención en puestos de salud es mayor en las personas que no tuvieron educación formal y que la atención en centros de salud es mayor en personas con educación primaria y secundaria. La proporción de atenciones realizadas en consultorios privados y clínicas privadas es creciente con el nivel educativo, al igual que la atención en farmacias hasta el nivel secundario; luego del nivel secundario, las personas con educación superior acuden menos a las farmacias para hacerse atender. Finalmente, la atención en la casa es decreciente con el nivel educativo alcanzado (cuadro 52).

Ilustración 40 – Subsector de atención de la enfermedad según criterios educativos, 2009



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

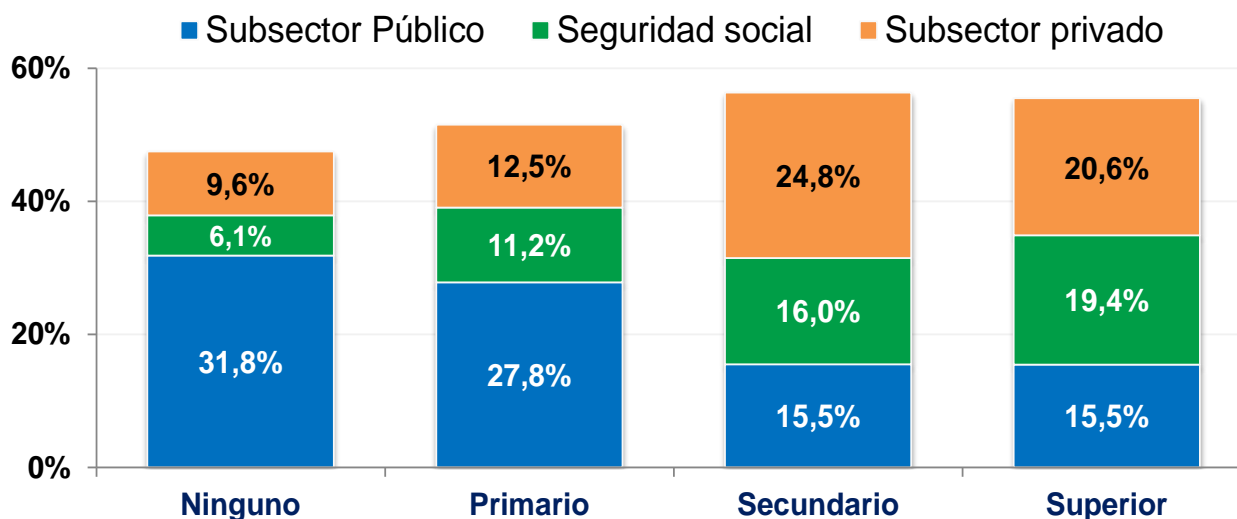
Cuadro 52 – % de personas enfermas atendidas según lugar de atención y según criterios educativos, 2009

Criterios educativos	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consumitorio	Clínica	Farmacia	Casa	Otro
Lugar de atención de la enfermedad según alfabetismo (personas de 10 años y más)									
Analfabeto	5,8%	8,0%	18,2%	7,3%	3,5%	5,4%	5,1%	17,4%	1,6%
Sabe leer y escribir	6,5%	8,9%	16,8%	9,7%	4,0%	8,8%	9,4%	17,7%	2,0%
TOTAL (10 años y más)	6,4%	8,8%	17,0%	9,4%	4,0%	8,3%	8,8%	17,7%	2,0%
Lugar de atención de la enfermedad según nivel de educación alcanzado									
Ninguno	9,1%	8,0%	17,5%	6,5%	3,3%	5,0%	5,5%	18,2%	1,6%
Educación primaria	7,2%	9,3%	18,7%	6,2%	3,8%	8,0%	7,8%	17,5%	2,2%
Educación secundaria	5,7%	9,4%	19,7%	9,9%	4,4%	7,7%	11,2%	14,5%	2,3%
Educación superior	1,9%	5,7%	11,1%	26,9%	7,3%	18,3%	6,5%	10,6%	1,1%
TOTAL (personas que salieron del sistema edu)	6,6%	8,6%	17,7%	9,8%	4,3%	8,6%	7,9%	16,2%	2,0%

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

Según nivel educativo de la madre en personas de 12 a 65 años de edad, se observa una gran brecha entre las personas cuya madre tuvo al menos educación secundaria y las demás personas: en efecto, el primer grupo es muy poco dependiente del subsector público y se hace atender principalmente en los subsectores de la Seguridad Social y privado. En cambio, las personas cuya madre tuvo educación primaria o inferior, el subsector público constituye el principal subsector de atención, además de mostrar una mayor proporción de atención en casa (ilustración 41). Por otra parte, según lugar específico de atención, se constata que las personas cuya madre no tuvo educación formal son las que se hacen atender en mayor proporción en puestos de salud (11,3% de

Ilustración 41 – Subsector de atención de la enfermedad según nivel educativo de la madre en personas de 12 a 65 años de edad, 2008



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

las personas con necesidad percibida) mientras que tienen probabilidades más bajas que el resto de la población de acudir a establecimientos de las Cajas de Salud, clínicas privadas y farmacias. Por el contrario, las personas cuya madre tuvo educación secundaria o superior son las que tienen las mayores probabilidades de hacerse atender en centros de salud públicos, cajas de Seguro social, consultorios y clínicas privadas (cuadro 53).

Cuadro 53 – % de personas atendidas según lugar de atención y nivel educativo de la madre en personas de 12 a 65 años de edad, 2008

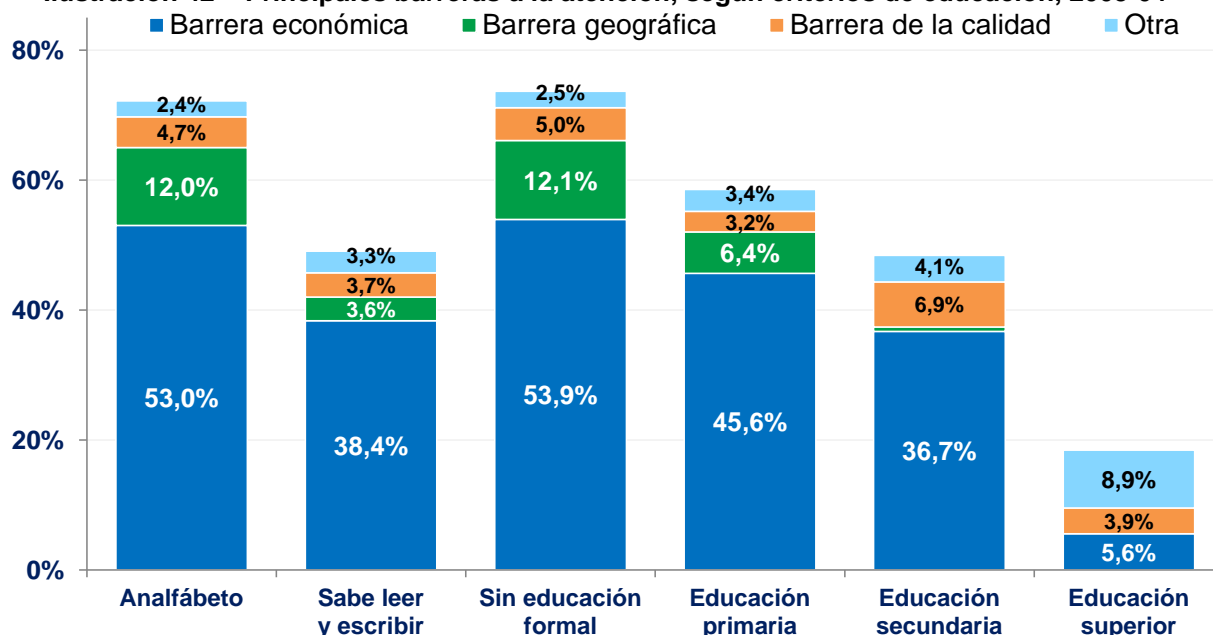
Nivel educativo alcanzado por la madre	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- ltorio	Clínica	Farma- -cia	Casa	Otro
Ninguno	11,3%	6,6%	13,9%	6,1%	5,3%	4,3%	7,6%	19,2%	2,4%
Educación primaria	4,1%	6,0%	17,7%	11,2%	2,7%	9,7%	11,9%	18,3%	1,8%
Educación secundaria	0,0%	6,9%	8,7%	16,0%	8,2%	16,6%	19,1%	6,4%	0,0%
Educación superior	0,0%	9,1%	6,3%	19,4%	11,3%	9,3%	7,4%	13,7%	0,0%
TOTAL (personas de 12 a 65 años de edad)	7,8%	6,5%	14,2%	8,4%	4,8%	7,1%	10,6%	17,8%	2,0%

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

IV.2.4.4. Razón de no atención según criterios de educación

De acuerdo con los datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004, las personas analfabetas o con menor grado de educación son las que sufren de la mayor cantidad de barreras de acceso económicas, geográficas u otras, mientras que las poblaciones con mayor nivel educativo reportan en mayor proporción que no necesitaron atención (casos leves o automedicación), es decir menos barreras de acceso (ilustración 42 y cuadro 54). En personas analfabetas que no fueron atendidas

Ilustración 42 – Principales barreras a la atención, según criterios de educación, 2003-04



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

por su enfermedad, la barrera económica (falta de dinero o sin seguro) es la principal causa de auto-exclusión, en el 53,0% de los casos, contra solamente 38,4% en personas que saben leer y escribir. La barrera geográfica también es importante, explicando el 12,0% de los casos de auto-exclusión contra solamente el 3,6% de los casos en personas no analfabetas (ilustración 42 y cuadro 54).

La diferencia entre las barreras de acceso es más clara aún según el nivel educacional alcanzado, ya que a mayor educación formal, se reporta menos barreras de acceso. Las barreras económicas disminuyen progresivamente cuando se incrementa el nivel de educación en personas que salieron del sistema educativo: mientras que estas barreras explican el 53,9% de la auto-exclusión en personas sin educación formal, representan solamente el 5,6% en personas con educación superior. En cuanto a barreras geográficas, estas disminuyen cuando se incrementa el nivel educativo, siendo insignificantes en personas con educación secundaria y nulas en personas con educación superior. Al contrario, las “otras barreras”, principalmente representadas por la respuesta “falta de tiempo” se incrementan con el nivel educativo (ilustración 42 y cuadro 54). Finalmente, dentro de las personas que no necesitaron atención, se puede constatar que el reporte de casos leves se incrementa con el nivel educativo, lo que se relaciona con la probabilidad de enfermarse (ver Capítulo III), mayor cuando el nivel educativo disminuye; en cuanto a la automedicación, es mayor en personas con educación superior (23,9%) que en personas sin educación formal (10,5%) (cuadro 54).

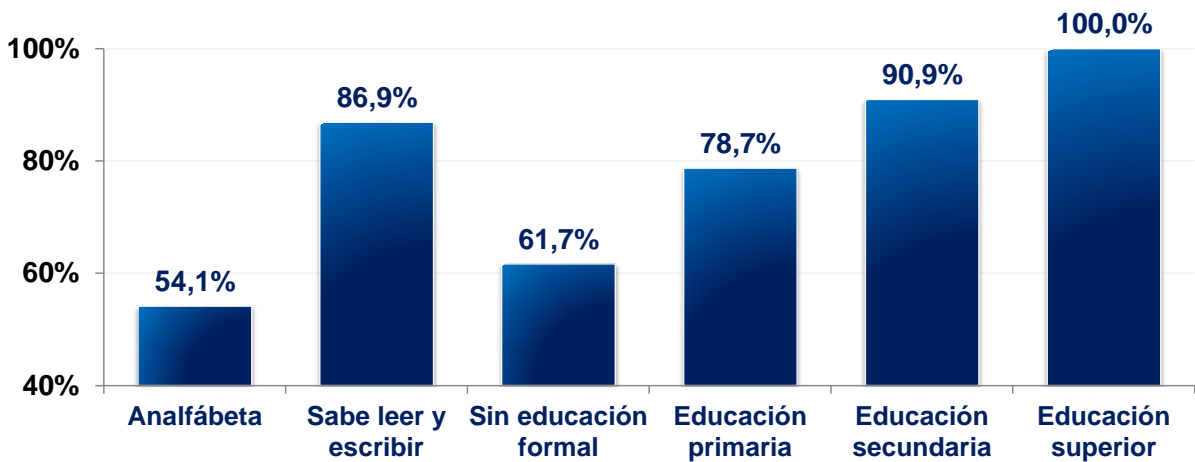
Cuadro 54 – Razón de no atención según criterios de educación, 2003-04

Criterios educativos	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Razón de no atención de la enfermedad según alfabetismo (personas de 10 años y más)								
Analfabeto	49,3%	3,7%	12,0%	4,5%	0,2%	17,2%	10,6%	2,4%
Sabe leer y escribir	37,4%	1,0%	3,6%	3,3%	0,4%	33,2%	17,7%	3,3%
TOTAL (10 años y más)	40,4%	1,7%	5,8%	3,6%	0,4%	29,1%	15,9%	3,1%
Razón de no atención de la enfermedad según nivel de educación alcanzado								
Ninguno	50,3%	3,7%	12,1%	4,8%	0,2%	15,9%	10,5%	2,5%
Educación primaria	44,4%	1,3%	6,4%	3,0%	0,2%	23,5%	17,9%	3,4%
Educación secundaria	36,0%	0,7%	0,7%	5,6%	1,3%	37,7%	13,9%	4,1%
Educación superior	3,2%	2,4%	0,0%	3,9%	0,0%	57,7%	23,9%	8,9%
TOTAL (personas que salieron del sistema)	42,2%	1,9%	6,7%	4,0%	0,4%	25,7%	15,5%	3,5%

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

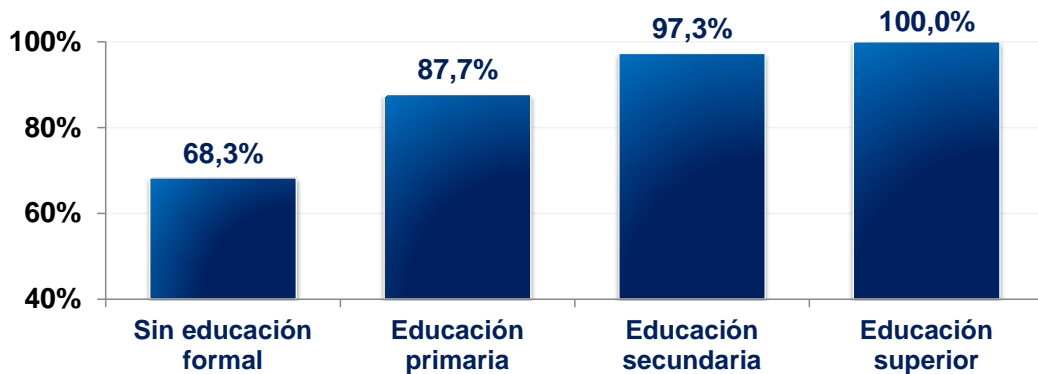
IV.2.4.5. Atención del parto según criterios de educación

El análisis de la atención del parto en los años 2008 y 2009 según criterios de educación muestra claramente que a mayor nivel educacional, existen mayores probabilidades de atención institucional del parto: así, mientras que solamente el 54,1% de las mujeres analfabetas tuvieron un parto institucional, esta tasa es de 86,9% en mujeres que saben leer y escribir. De la misma manera, la tasa de parto institucional crece según el nivel de educación alcanzado por las mujeres que salieron del sistema educativo: el 61,7% de las mujeres sin educación formal tuvo parto institucional, el 78,7% de las mujeres con educación primaria, el 90,9% de las mujeres con educación secundaria y el 100% de las mujeres con nivel de educación superior (ilustración 43).

Ilustración 43 – Acceso a atención institucional del parto según criterios educativos, 2008-09

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

Según el nivel educativo de las madres de las mujeres que dieron luz, reportada en la Encuesta de hogares 2008, se constata de igual manera altas inequidades, aunque menos marcadas que para el nivel educacional de la misma mujer: para las mujeres que tuvieron parto en los años 2007 y 2008 y cuya madre no tuvo educación formal, solamente el 68,3% de los partos fueron atendidos de manera institucional, por un médico, una enfermera o una auxiliar de enfermería. En cambio, el 97,3% de los partos en mujeres cuya madre tuvo educación secundaria se desarrolló institucionalmente, y hasta 100% en mujeres cuya madre tuvo educación superior (ilustración 44).

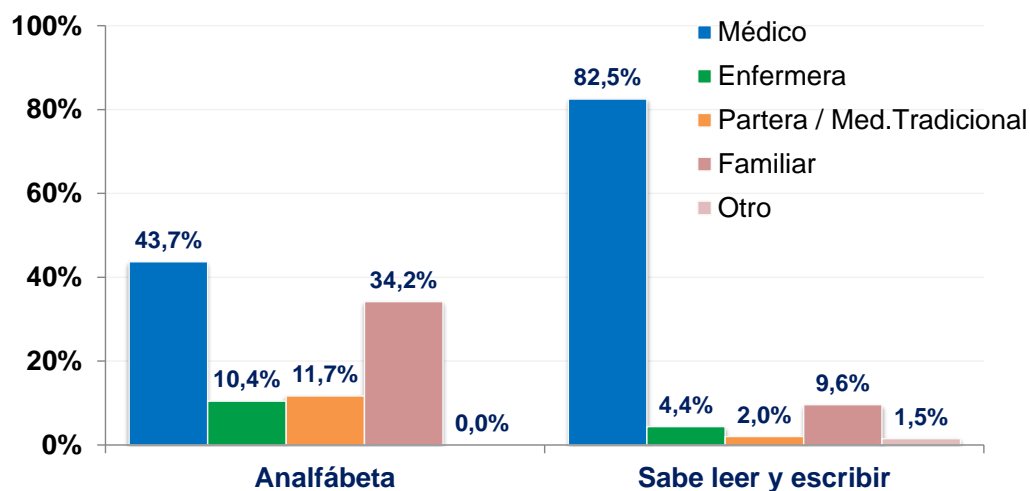
Ilustración 44 – Acceso a atención institucional del parto según educación de la madre de la persona embarazada, 2007-08

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

Por tipo de personal que proporcionó la atención, las mujeres analfabetas son las que tienen mayor proporción de atención por parte de familiares (34,2% contra 9,6% en mujeres que leen y escriben), parteras y/o médicos tradicionales (11,7% contra 2,0% en no-analfabetas) y enfermeras / auxiliares (10,4% contra 4,4% en mujeres que saben leer y escribir), mientras que las mujeres que saben leer y escribir reciben una atención médica del parto muy grande (82,5% de los partos), es decir en proporciones casi dos veces más grandes que en mujeres analfabetas (43,7%) (ilustración 45).

En cuanto al nivel educativo de las mujeres que tuvieron parto en los años 2008 y 2009, existe una tendencia similar de mayor medicalización del parto en mujeres con mayor nivel educacional, desde 52,6% en mujeres sin educación formal hasta cubrir 100% de los partos en mujeres con educación

Ilustración 45 – Persona que proporcionó atención del parto, según alfabetismo, 2008-09



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

superior. Lo contrario ocurre para partos atendidos por enfermeras, parteras, médicos tradicionales y familiares, que son más comunes en mujeres con menor nivel educacional: por ejemplo, mientras que el 30% de los partos de mujeres sin educación formal fueron atendidos por un familiar, no existe ningún caso reportado en mujeres con educación superior (cuadro 55).

Cuadro 55 – Persona que proporcionó atención del parto, según nivel educacional, 2008-09

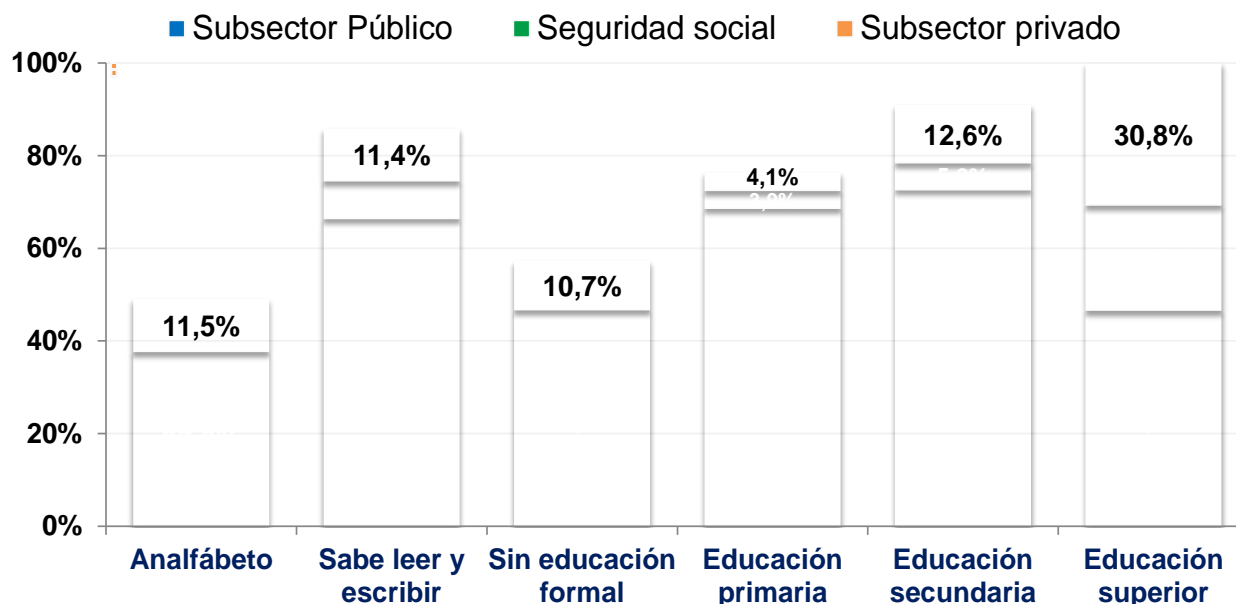
Nivel educativo alcanzado	Institucional		No Institucional		
	Médico	Enfermera	Partera / Médico tradic.	Familiar	Otra persona
Ninguno	52,6%	9,1%	8,3%	30,0%	0,0%
Educación primaria	71,1%	7,6%	3,7%	15,8%	1,8%
Educación secundaria	89,8%	1,2%	1,0%	6,0%	2,1%
Educación superior	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL (mujeres que salieron del sistema edu)	79,8%	4,6%	2,6%	11,5%	1,5%

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

Finalmente, según el nivel educativo de las madres de las mujeres que tuvieron parto en los años 2007 y 2008, variable reportada en la encuesta de hogares 2008, se constata diferencias en el personal que atendió los partos, aunque menos marcadas que para el nivel educacional de la misma mujer: para las mujeres cuyas madres no tuvieron educación formal, solamente el 57,4% de los partos fueron atendidos por un médico significando una gran diferencia con las mujeres cuya madre tuvo educación primaria (85,3%), secundaria (97,3%) o superior (100,0%). En el mismo sentido que con la educación de la misma mujer, la proporción de partos atendidos por enfermeras, parteras, médicos tradicionales y familiares disminuyen cuando el nivel educativo de las madres de estas mujeres es más alto: por ejemplo, mientras que el 10,8% de los partos en mujeres cuya madre no tuvo educación formal están atendidos por una enfermera, no existen casos reportados en mujeres cuya madre tuvo educación secundaria o superior. Lo propio ocurre para atención de un familiar, reportada para el 21,8% de los partos de mujeres cuyas madres no tuvieron educación formal, y en ningún parto de mujeres cuyas madres tuvieron educación superior.

En relación al lugar de atención, se constata que las mujeres analfabetas, sin educación formal, y con educación primaria o secundaria son muy dependientes del subsector público para la atención de su parto, es decir que este cubre a más del 80% de los partos atendidos en establecimientos de salud, ya que la población con menos educación se encuentra excluida de los subsectores de la Seguridad Social y privado: así, ninguna mujer analfabeta o sin educación formal atendió su parto en la Seguridad Social de corto plazo. En cambio, en mujeres con educación superior, menos de la mitad de los partos atendidos en establecimientos de salud lo son en establecimientos públicos, el 22,7% en la Seguridad Social y el 30,8% en el subsector privado (ilustración 46 y cuadro 56).

Ilustración 46 – Subsector de atención del parto, según criterios educativos, 2008-09



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

Cuadro 56 – Lugar de atención del parto según criterios de educación, 2008-09

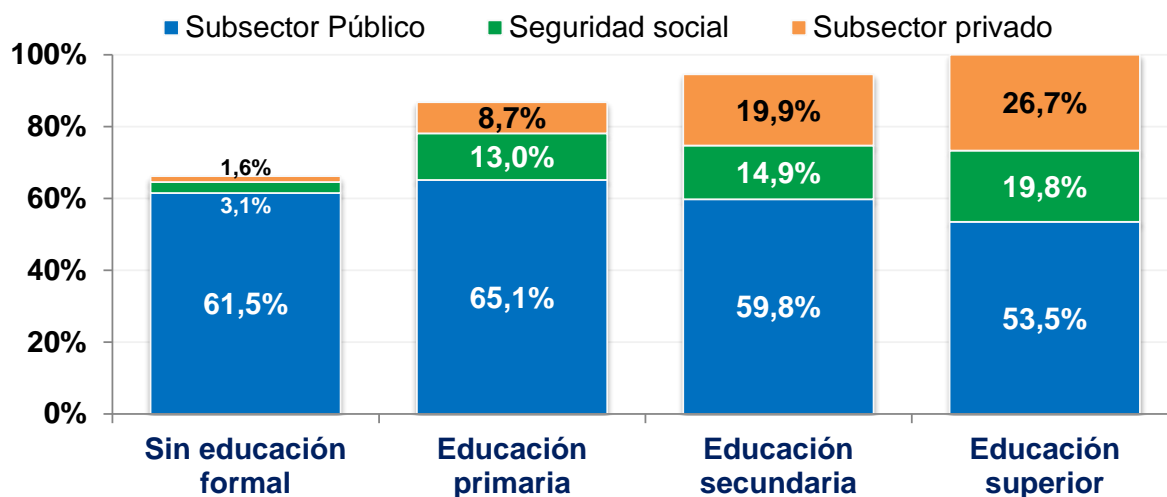
Criterios educativos	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Lugar de atención del parto según alfabetismo (personas de 10 años y más)							
Analfabeto	10,3%	4,5%	22,8%	37,6%	0,0%	11,5%	50,9%
Sabe leer y escribir	2,3%	15,7%	48,3%	66,3%	8,1%	11,4%	14,2%
TOTAL (10 años y más)	2,8%	15,0%	46,8%	64,6%	7,7%	11,4%	16,3%
Lugar de atención del parto según nivel de educación alcanzado							
Ninguno	11,6%	5,6%	29,4%	46,6%	0,0%	10,7%	42,7%
Educación primaria	3,3%	15,5%	49,7%	68,5%	3,9%	4,1%	23,6%
Educación secundaria	1,9%	20,8%	49,8%	72,5%	5,8%	12,6%	9,1%
Educación superior	0,0%	7,6%	38,9%	46,5%	22,7%	30,8%	0,0%
TOTAL (mujeres que salieron del sistema edu)	3,0%	15,3%	46,7%	65,0%	6,9%	11,1%	17,0%

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

Las mujeres que no acudieron a un establecimiento de salud público, privado o de la Seguridad Social atendieron entonces sus partos en su casa (los partos en otros lugares, en proporciones insignificantes, fueron contabilizados como partos en casa), los que representan más de la mitad de los partos (50,9%) en mujeres analfabetas y más del 40% de los partos (42,7%) en mujeres sin educación formal. Por otra parte, se observa que dentro de la atención del subsector público, las mujeres analfabetas o sin educación formal tienen mayores probabilidades que las demás mujeres de hacerse atender en puestos de salud, mientras que las mujeres con mayor nivel educativo tienen mayor probabilidad de hacerse atender en centros de salud o en hospitales públicos (cuadro 56).

Finalmente, según el nivel educativo de las madres de las mujeres que dieron luz en los años 2007 y 2008, se constata que las mujeres cuyas madres no tuvieron educación formal son muy dependientes de los servicios públicos, ya que fuera de la casa, están atendidas casi exclusivamente en este subsector (ilustración 47 y cuadro 57). Al contrario, la proporción de atención en los demás subsectores, privado y de la Seguridad Social, crece con el nivel educativo de la madre de las mujeres embarazadas: por ejemplo, solamente el 1,6% de las mujeres cuya madre no tuvo educación formal atendió su parto en el subsector privado, mientras que en mujeres cuya madre tuvo educación superior, la proporción de partos en el subsector privado se incrementa al 26,7% (ilustración 47 y cuadro 57).

Ilustración 47 – Subsector de atención del parto, según nivel educativo de la madre de la mujer embarazada, 2007-08



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

Cuadro 57 – Lugar de atención del parto según nivel educativo de la madre de la mujer embarazada, 2007-08

Educación madre de la mujer embarazada	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Ninguno	8,7%	10,5%	42,4%	61,5%	3,1%	1,6%	33,8%
Educación primaria	3,2%	6,5%	55,5%	65,1%	13,0%	8,7%	12,7%
Educación secundaria	0,0%	6,1%	53,7%	59,8%	14,9%	19,9%	2,6%
Educación superior	0,0%	9,7%	43,7%	53,5%	19,8%	26,7%	0,0%
TOTAL	5,1%	8,3%	49,1%	62,5%	9,1%	7,9%	20,0%

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

IV.2.5. Acceso a servicios de salud según criterios laborales

IV.2.5.1. Acceso institucional y exclusión según criterios laborales

El análisis del acceso a servicios de salud según tipo de población laboral (en edad de trabajar, activa, inactiva, etc.) de acuerdo con los criterios de desagregación del INE, muestra que los activos ocupados son los que presentan mayor exclusión de los servicios de salud (48,9%), encima de los inactivos (38,0%) y de los activos desocupados (37,7%) (cuadro 58).

Cuadro 58 – Exclusión y acceso a servicios según población activa / edad de trabajar, 2009

Categoría laboral población	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Población inactiva y en edad de no trabajar	24,6%	61,1%	27,4%	11,5%	38,9%
<i>En edad de no trabajar</i>	42,1%	60,4%	28,7%	10,9%	39,6%
<i>Inactivos (edad de trab.)</i>	16,3%	62,0%	25,8%	12,2%	38,0%
Población activa	19,9%	51,4%	28,7%	19,9%	48,6%
<i>Activos ocupados</i>	20,0%	51,1%	29,0%	20,0%	48,9%
<i>Activos desocupados</i>	16,7%	62,3%	19,1%	18,7%	37,7%
Población en edad de trabajar (≥ 7 años)	18,5%	55,1%	27,7%	17,3%	44,9%
Total BOLIVIA	22,2%	56,6%	28,0%	15,4%	43,4%

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

Cuadro 59 – Exclusión y acceso a servicios de salud según formalidad y tipo de remuneración / contrato de la ocupación principal, 2009

Tipo de empleo	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Exclusión y acceso a servicios según formalidad del empleo (registro tributario)					
Empleo formal	16,7%	63,0%	24,4%	12,5%	37,0%
Empleo informal	21,3%	47,2%	30,4%	22,4%	52,8%
Exclusión y acceso a servicios según tipo de remuneración del empleo					
No asalariados	22,3%	47,9%	29,8%	22,3%	52,1%
<i>Remunerados</i>	24,9%	48,3%	28,0%	23,7%	51,7%
<i>No remunerados</i>	18,1%	47,1%	33,8%	19,1%	52,9%
Asalariados	16,5%	57,5%	27,2%	15,3%	42,5%
Exclusión y acceso a servicios según tipo de contrato					
Personal de planta	21,2%	77,5%	13,3%	9,1%	22,5%
Contrato (consultor)	14,2%	55,5%	28,8%	15,7%	44,5%
Sin contrato	20,7%	48,7%	29,6%	21,7%	51,3%
TOTAL (activos ocup.)	20,0%	51,1%	29,0%	20,0%	48,9%

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

Además, la exclusión en personas económicamente activas es mayor que en los demás grupos de población para cualquier tipo de exclusión (atención no institucional y auto-exclusión) (cuadro 58). Según tipo de empleo (cuadro 59), se constata una mayor acceso a servicios de salud de las personas con empleo formal, asalariadas y que cuentan con ítems (personal de planta): en efecto, el 63,0% de las personas con empleo formal acceden a un servicio institucional cuando tienen necesidad percibida en salud, contra solamente el 47,2% de las personas con empleo informal, es decir no relacionadas (como empleado o empleador) con el registro tributario boliviano. Esta diferencia se debe principalmente a la auto-exclusión, mucho mayor en personas con empleo informal (22,4% contra 12,5% en personas con empleo formal). También existe una diferencia significativa, pero menos importante, entre trabajadores asalariados (57,5% de acceso institucional) y no asalariados (47,9%), mientras que por tipo de contrato, el personal de planta tienen un acceso institucional para atender su enfermedad de 77,5%, mucho más importante que las personas con contrato de duración determinada o sea consultores (55,5%) y que las personas sin contratos (48,7%), que son las que muestran mayor atención no institucional y auto-exclusión (cuadro 59).

Según grupo ocupacional, los grupos con mayor acceso serían los directivos (80,7%) y los profesionales (72,6%), mientras que los con menos acceso serían los del grupo de "industria extractiva, construcción, industria manufacturera y otros" en el cual solamente el 42,0% de los trabajadores acceden a atención institucional cuando lo necesitan, seguido por los grupos de trabajadores agropecuarios (46,0%), trabajadores no calificados (48,5%) y los operadores de instalaciones y maquinarias (49,8%). Cabe señalar que no se presenta aquí el grupo de las FF.AA., para el cual se reporta un acceso de 100% pero sobre una muestra de solamente dos personas.

Cuadro 60 – Exclusión y acceso a servicios de salud según grupo ocupacional, 2009

Grupo Ocupacional	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Directivo	11,6%	80,7%	19,3%	0,0%	19,3%
Empleado de oficina	13,4%	53,7%	29,5%	16,8%	46,3%
Industria, construcción	17,3%	42,0%	40,5%	17,5%	58,0%
Operador instalaciones	17,3%	49,8%	35,4%	14,8%	50,2%
Profesional	15,7%	72,6%	12,9%	14,5%	27,4%
Técnico y prof. de apoyo	18,6%	63,5%	19,0%	17,5%	36,5%
Servicios y comercio	21,4%	55,3%	25,9%	18,8%	44,7%
Trabajador agropecuario	29,2%	46,0%	27,4%	26,6%	54,0%
Trabajador no calificado	19,0%	48,5%	30,9%	20,5%	51,5%
TOTAL (activos ocup.)	20,0%	51,1%	29,0%	20,0%	48,9%

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

Finalmente, según sector y rama de actividad, el sector terciario, con 55,7% de sus trabajadores que acceden a un servicio institucional cuando lo necesitan, es el sector menos excluido; en los sectores primario y secundario, el acceso institucional es de respectivamente 47,5% y 46,6%. Por tipo de exclusión, se puede observar que la atención no institucional es mayor en el sector económico secundario (35,6% contra 29,5% en el primario y 26,2% en el terciario), mientras que la auto-exclusión o demanda contenida es más común en el sector primario (23,0% de las personas enfermas, contra 17,8% en el sector secundario y 18,1% en el terciario) (cuadro 61).

Por ramas de actividad, se constata que los grupos de población con mayor acceso son los trabajadores de la rama de explotación de minas y canteras (83,2% pero con una muestra poco

representativa), de la rama educación (69,8%) y de la rama administración pública, defensa y seguridad social (61,8%); en cambio, los más excluidos serían los trabajadores del hogar (42,4%), de la rama transporte y comunicación (45,0%), de la rama industria manufacturera (45,2%), de la rama servicios comunitarios y personales (45,6%) y de agricultura (46,3%) (cuadro 61). Finalmente, cabe señalar que no se detallan aquí las ramas de actividad silvicultura y pesca, producción y distribución de electricidad, gas y agua, intermediación financiera y organismos extraterritoriales, para los cuales no existen suficientemente representantes reportados para sacar resultados.

Cuadro 61 – Exclusión y acceso a servicios de salud según sector económico y rama de actividad de la ocupación principal, 2009

Sector / rama de actividad	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
SECTOR PRIMARIO	23,0%	47,5%	29,5%	23,0%	52,5%
<i>Agricultura, ganadería y caza</i>	22,9%	46,3%	30,1%	23,7%	53,7%
<i>Explotación minas, canteras</i>	27,7%	83,2%	8,0%	8,8%	16,8%
SECTOR SECUNDARIO	16,8%	46,6%	35,6%	17,8%	53,4%
<i>Industria manufacturera</i>	18,7%	45,2%	34,1%	20,8%	54,8%
<i>Construcción</i>	14,1%	47,9%	39,8%	12,3%	52,1%
SECTOR TERCIARIO	19,0%	55,7%	26,2%	18,1%	44,3%
<i>Venta y reparaciones</i>	19,9%	55,5%	25,9%	18,6%	44,5%
<i>Transporte y comunicaciones</i>	15,8%	45,0%	36,3%	18,7%	55,0%
<i>Educación</i>	22,0%	69,8%	16,5%	13,7%	30,2%
<i>Hoteles y restaurantes</i>	23,1%	56,6%	22,5%	21,0%	43,4%
<i>Servicios Inmobiliarios</i>	16,1%	58,7%	23,4%	17,9%	41,3%
<i>Servicios común. y personales</i>	19,2%	45,6%	21,2%	33,2%	54,4%
<i>Adm.pública, defensa, s.social</i>	17,6%	61,8%	38,2%	0,0%	38,2%
<i>Servicios sociales y de salud</i>	13,7%	57,7%	26,5%	15,8%	42,3%
<i>Hogares privados</i>	21,5%	42,4%	37,2%	20,4%	57,6%
TOTAL (activos ocup.)	20,0%	51,1%	29,0%	20,0%	48,9%

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

IV.2.5.2. Personal de atención de la enfermedad según criterios laborales

Existen esquemas diferenciados según el tipo de población (criterios laborales) para el tipo de personal de atención en salud (institucional o no): mientras que los activos ocupados tienen la menor probabilidad de hacerse atender por un médico (45,5% contra 53,3% en el resto de la población), son también los que se hacen atender en mayores proporciones por médicos tradicionales (2,9% contra 0,5% en el resto de la población), así que en altas proporciones con farmacéuticos (9,0%). La población en edad de no trabajar, es decir los niños menores de 7 años de acuerdo con los criterios del INE, son los que se hacen atender en mayores proporciones por enfermeras o auxiliares de enfermería (11,1%) y por un familiar (20,0%), mientras que los activos desocupados se hacen atender en mayores proporciones por un médico (59,4%) (cuadro 62).

Si bien existen esquemas diferenciados entre las personas ocupadas y el resto de la población, existen también grandes diferencias dentro de la población activa ocupada, según la formalidad del empleo, tipo de remuneración, grupo ocupacional, etc. (cuadros 63, 64 e ilustración 48).

Cuadro 62 – Personal de atención según población activa / edad de trabajar, 2009

Categoría laboral población	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Población inactiva y en edad de no trabajar	53,2%	7,9%	8,4%	0,5%	0,9%	17,4%	0,2%
<i>En edad de no trabajar</i>	49,3%	11,1%	7,5%	0,1%	1,1%	20,0%	0,0%
<i>Inactivos (edad de trab.)</i>	57,9%	4,1%	9,5%	1,0%	0,6%	14,3%	0,4%
Población activa	45,8%	5,5%	8,9%	2,8%	1,6%	15,0%	0,4%
<i>Activos ocupados</i>	45,5%	5,6%	9,0%	2,9%	1,7%	15,0%	0,4%
<i>Activos desocupados</i>	59,4%	2,9%	4,0%	0,0%	0,0%	15,0%	0,0%
Población en edad de trabajar (≥ 7 años)	50,0%	5,0%	9,1%	2,2%	1,3%	14,7%	0,4%
Total BOLIVIA	49,8%	6,8%	8,6%	1,6%	1,2%	16,3%	0,3%

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

Así, las personas con empleo formal tienen mayores probabilidades de hacerse atender por un médico (61,8% contra 40,2% en personas con empleo informal) y por un farmacéutico, mientras que las personas con empleo informal tienen respectivamente mayores probabilidades que las personas con empleo formal de hacerse atender por una enfermera / auxiliar de enfermería, un promotor de la salud y por un familiar (cuadro 63). Según el tipo de remuneración, se constata una mayor probabilidad de atención por parte de médico y farmacéutico en asalariados que en trabajadores no asalariados, siendo los trabajadores no remunerados los que presentan la menor proporción de

Cuadro 63 – Personal de atención según formalidad y tipo de remuneración / contrato de la ocupación principal, 2009

Tipo de empleo	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Exclusión y acceso a servicios según formalidad del empleo (registro tributario)							
Empleo formal	61,8%	1,2%	11,1%	2,5%	0,2%	9,8%	0,9%
Empleo informal	40,2%	7,0%	8,4%	3,0%	2,2%	16,6%	0,3%
Exclusión y acceso a servicios según tipo de remuneración del empleo							
No asalariados	40,7%	7,2%	7,7%	3,4%	2,4%	16,1%	0,3%
<i>Remunerados</i>	42,5%	5,8%	9,1%	2,8%	1,4%	14,4%	0,3%
<i>No remunerados</i>	36,6%	10,5%	4,5%	4,7%	4,5%	19,9%	0,2%
Asalariados	55,3%	2,2%	11,9%	1,8%	0,3%	12,6%	0,7%
Exclusión y acceso a servicios según tipo de contrato							
Personal de planta	75,5%	2,0%	5,9%	0,6%	0,0%	6,8%	0,0%
Contrato (consultor)	54,4%	1,2%	17,5%	1,1%	0,0%	10,1%	0,0%
Sin contrato	42,1%	6,6%	7,7%	3,4%	2,1%	16,0%	0,4%
TOTAL (activos ocup.)	45,5%	5,6%	9,0%	2,9%	1,7%	15,0%	0,4%

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

atención por parte de médicos (36,6%) y las mayores probabilidad de atención por parte de familiares (19,9%) y de enfermeras o auxiliares de enfermería (10,5%) (cuadro 63). En relación al tipo de contrato, existen diferencias más grandes todavía: mientras que el 75,5% de las personas con ítem (contrato de duración indefinida) fueron atendidas por un médico cuando tuvieron necesidad percibida en salud, es el caso para el 54,4% de las personas con contrato de duración determinada (con fecha de vencimiento, o contratos de consultores) y para solamente el 42,1% de las personas que no firmaron contrato de trabajo (trabajadores por cuenta propia o cooperativistas, o empleados que no cuentan con contrato de trabajo). En cambio, los consultores tienen mayores probabilidad de hacerse atender por un farmacéutico que el resto de los activos, mientras que las personas sin contrato de trabajo tienen mayores proporciones de atención por familiares, médicos tradicionales, promotores de la salud y enfermeras / auxiliares de enfermería (cuadro 63).

En relación al grupo ocupacional, se constata que los grupos con mayor probabilidad de atención por parte de un médico son los profesionales (72,4%), mientras que los trabajadores industriales y de construcción, los trabajadores agropecuarios y los trabajadores no calificados tienen mayores probabilidades de hacerse atender por un familiar, una enfermera / auxiliar o un médico tradicional. Finalmente, los trabajadores de grupos ocupacionales típicamente del área urbana pero con baja mediana salarial son los que se hacen atender en mayores proporciones por farmacéuticos (industria y construcción 16,4%, operadores de instalaciones y maquinarias 16,2% y servicios y comercio 14,1%). En detalle, son los trabajadores agropecuarios que tienen la mayor probabilidad de hacerse atender por una enfermera o auxiliar de enfermería (10,7%) y paralelamente la menor probabilidad de hacerse atender por un médico (35,4% de las personas con necesidad percibida). Los trabajadores del grupo de industria y construcción son los que se hacen atender en mayores proporciones por médicos tradicionales (4,3%) y por familiares (19,1%) (cuadro 64).

Cabe señalar que en el cuadro 64, no aparecen ni directivos, ni fuerzas armadas, que son grupos para los cuales la muestra es demasiado pequeña para mostrar resultados: así, se mostraría por ejemplo que el 8% de los directivos se hacen atender por promotores de la salud, constituyendo el grupo con mayor proporción de atención por promotores; sin embargo, este resultado se debe solamente a una persona de la muestra que fue atendida por un promotor

Cuadro 64 – Personal de atención de la enfermedad según grupo ocupacional, 2009

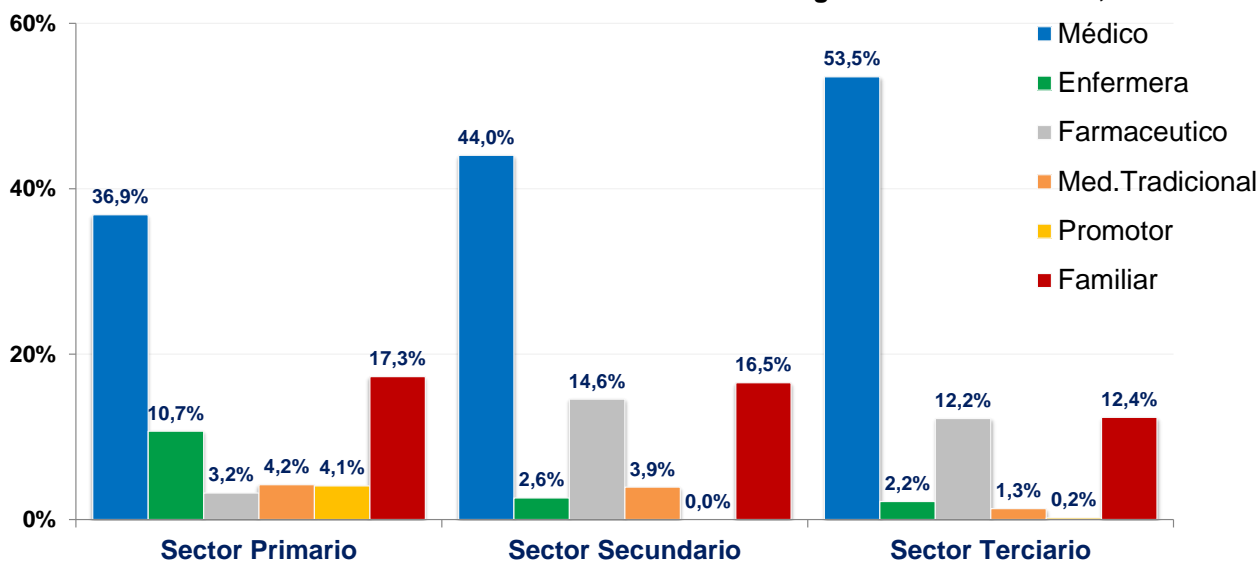
Grupo Ocupacional	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farmacéutico	Médico tradic.	Promotor	Familiar	Otro
Empleado de oficina	49,0%	4,6%	13,6%	0,0%	0,0%	15,9%	0,0%
Industria, construcción	39,2%	2,9%	16,4%	4,3%	0,0%	19,1%	0,6%
Operador instalaciones	45,5%	4,2%	16,2%	0,0%	0,9%	18,4%	0,0%
Profesional	72,4%	0,2%	7,3%	0,0%	0,0%	5,6%	0,0%
Técnico y prof. de apoyo	62,7%	0,8%	8,7%	1,0%	0,0%	9,3%	0,0%
Servicios y comercio	53,1%	2,3%	14,1%	1,8%	0,2%	9,7%	0,0%
Trabajador agropecuario	35,4%	10,7%	2,8%	3,7%	2,9%	17,2%	0,8%
Trabajador no calificado	40,4%	8,2%	4,9%	4,1%	3,6%	17,6%	0,7%
TOTAL (activos ocup.)	45,5%	5,6%	9,0%	2,9%	1,7%	15,0%	0,4%

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

Finalmente, en relación a la rama / sector de actividad, los resultados muestran que los trabajadores del sector terciario se hacen atender por un médico (53,5%) en mayores proporciones que los trabajadores del sector secundario (44,0%) y del sector primario (36,9%); en cambio, los

trabajadores del sector primario tienen mayores posibilidades de atención por parte de una enfermera o auxiliar de enfermería (10,7%), médico tradicional (4,2%), promotor de la salud (4,1%) y familiar (17,3%); los trabajadores del sector secundario tienen también altos porcentajes relativos de atención por médicos tradicionales (3,9%) y por familiares (16,5%), pero al contrario de los trabajadores del sector primario, no se hacen generalmente atender ni por enfermeras ni por promotores de la salud, pero en mayores proporción por farmacéuticos (ilustración 48).

Ilustración 48 – Personal de atención de la enfermedad según sector económico, 2009

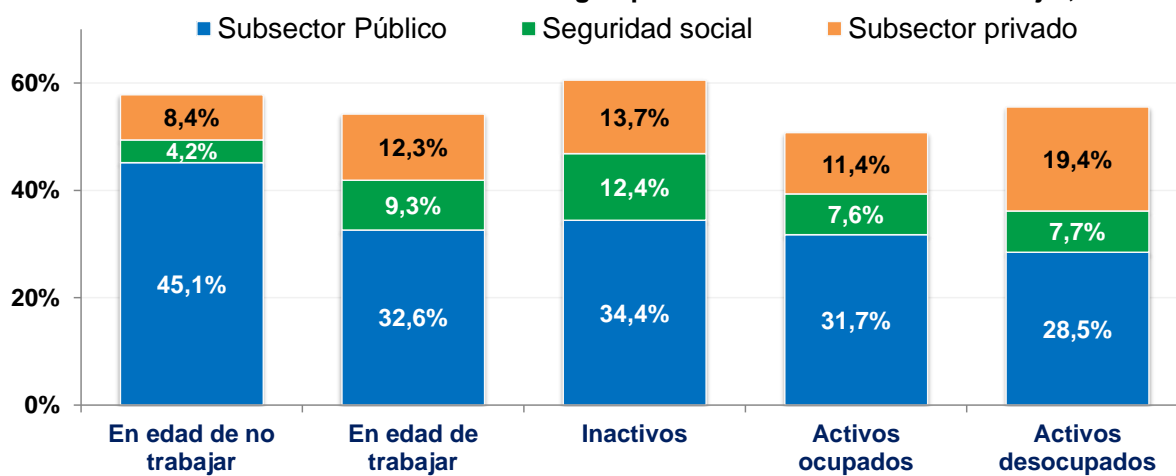


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011a)

IV.2.5.3. Lugar de atención de la enfermedad según criterios laborales

El lugar de atención de la enfermedad muestra que los activos ocupados son los que menos acuden a establecimientos de salud; las personas en edad de no trabajar (menores de 7 años) son las que son más dependientes del subsector público para su atención (78,1% de las atenciones en estable-

Ilustración 49 – Subsector de atención según población activa / edad de trabajar, 2009



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

cimientos de salud), mientras que en la población en edad de trabajar, solamente el 60,1% de las atenciones en establecimientos se desarrollan en el subsector público. En cuanto a los demás subsectores de salud, la Seguridad Social atiende mayor proporción de inactivos (el 12,4% de inactivos con necesidad percibida, representando el 20,5% de las atenciones de inactivos en establecimientos de salud). Por otra parte, la atención en el subsector privado (consultorios y clínicas) es mayor en activos desocupados (19,4%) y en inactivos (13,7%) (ilustración 49). Según tipo específico de lugar, se constata que la atención de los inactivos se realiza en mayores proporciones que para activos en hospitales públicos, cajas de salud y clínicas privadas (cuadro 65).

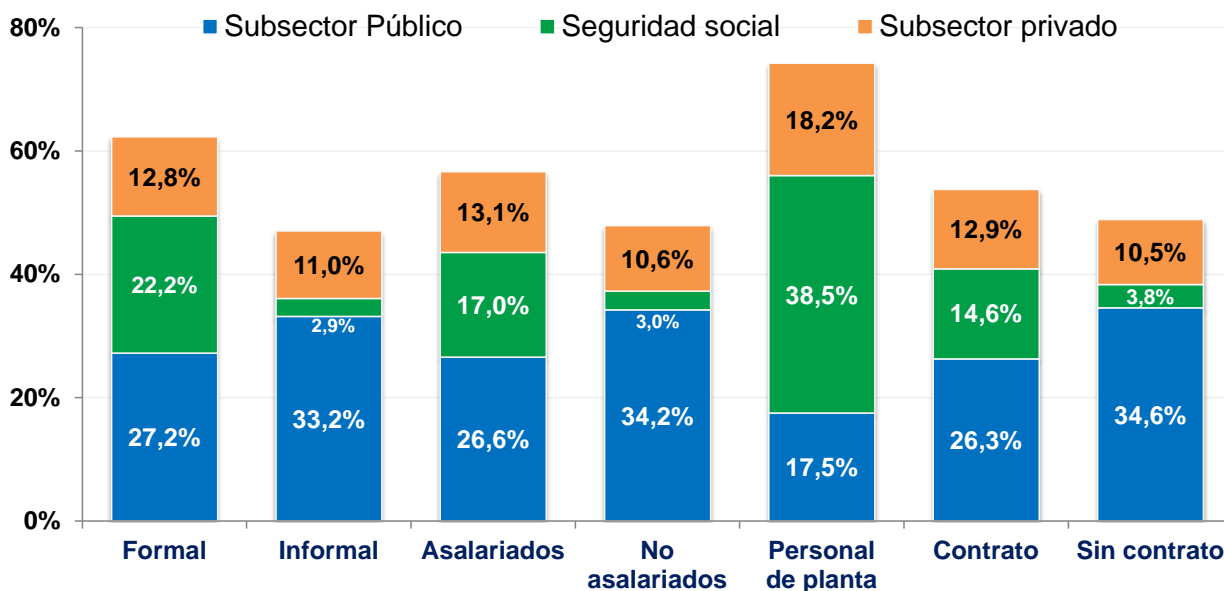
Cuadro 65 – % de personas atendidas según lugar de atención y población activa / edad de trabajar, 2009

Categoría laboral población	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- ltorio	Clínica	Farma- -cia	Casa	Otro
Población inactiva y en edad de no trabajar	9,5%	13,6%	17,3%	7,9%	4,1%	6,7%	8,1%	19,7%	1,7%
<i>En edad de no trabajar</i>	11,9%	17,0%	16,2%	4,2%	3,9%	4,6%	7,3%	21,7%	2,2%
<i>Inactivos (edad de trab.)</i>	6,4%	9,3%	18,7%	12,4%	4,5%	9,3%	9,0%	17,2%	1,0%
Población activa	7,1%	9,0%	15,6%	7,6%	4,1%	7,6%	8,3%	18,2%	2,6%
<i>Activos ocupados</i>	7,2%	9,0%	15,5%	7,6%	4,2%	7,3%	8,4%	18,3%	2,5%
<i>Activos desocupados</i>	3,3%	6,1%	19,0%	7,7%	0,0%	19,4%	4,0%	15,0%	6,7%
Población en edad de trabajar (≥ 7 años)	6,8%	9,1%	16,7%	9,3%	4,2%	8,2%	8,6%	17,9%	2,1%
Total BOLIVIA	8,4%	11,4%	16,5%	7,8%	4,1%	7,1%	8,2%	19,0%	2,1%

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

Según tipo de empleo, se observa importantes diferencias en el subsector de atención, según si el empleo es formal / informal, asalariado / no asalariado, con contrato / sin contrato (ilustración 50).

Ilustración 50 – Subsector de atención de la enfermedad según tipo de empleo, 2009



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

Así, las personas con empleo formal acuden en mayores proporciones al subsector público (27,2% de los enfermos, contra 22,2% en la Seguridad Social y 12,8% en el subsector privado), pero son también mucho menos dependientes del subsector público que las personas con empleo informal, de los cuales el 33,2% se hace atender en el subsector público, pero solamente el 2,9% en la Seguridad social y el 11,0% en el subsector privado. En establecimientos de salud, el 70,6% de las atenciones en establecimientos de salud de personas con empleo informal se hace en el subsector público, contra 43,7% en personas con empleo formal. Un esquema similar se observa entre asalariados y no asalariados y según el tipo de contrato: las personas con ítem (personal de planta) se hacen atender mayormente en la Seguridad Social (38,5% de los enfermos, representando el 51,9% de las atenciones en establecimientos de salud públicos sociales y privados) mientras que las personas sin contrato son más dependientes del subsector público para tener atención en un establecimiento de salud. En cuanto a los consultores, estos presentan un esquema de atención más mixto, con un acceso significativo a los tres subsectores (ilustración 50).

Entre lugar específico de atención y tipo de empleo, se constata evidentemente que las categorías que se hacen atender en menores proporciones en establecimientos de salud (ilustración 50) son igualmente las que se hacen atender en mayores proporciones en su propia casa: trabajadores informales (20,3% en casa), no asalariados (19,7%), no remunerados (24,7%) y sin contrato (19,6%). Estas categorías de trabajadores son también las que se hacen atender en mayores proporciones en puestos y centros públicos y en consultorios privados. En cambio, las personas con empleo formal, asalariadas y personal de planta se hacen atender en mayores proporciones que los demás trabajadores en las cajas de salud y clínicas privadas. En cuanto a la atención en farmacias, es más común en trabajadores formales, asalariados y consultores (cuadro 66).

Cuadro 66 – % de personas atendidas según lugar de atención y criterios laborales, 2009

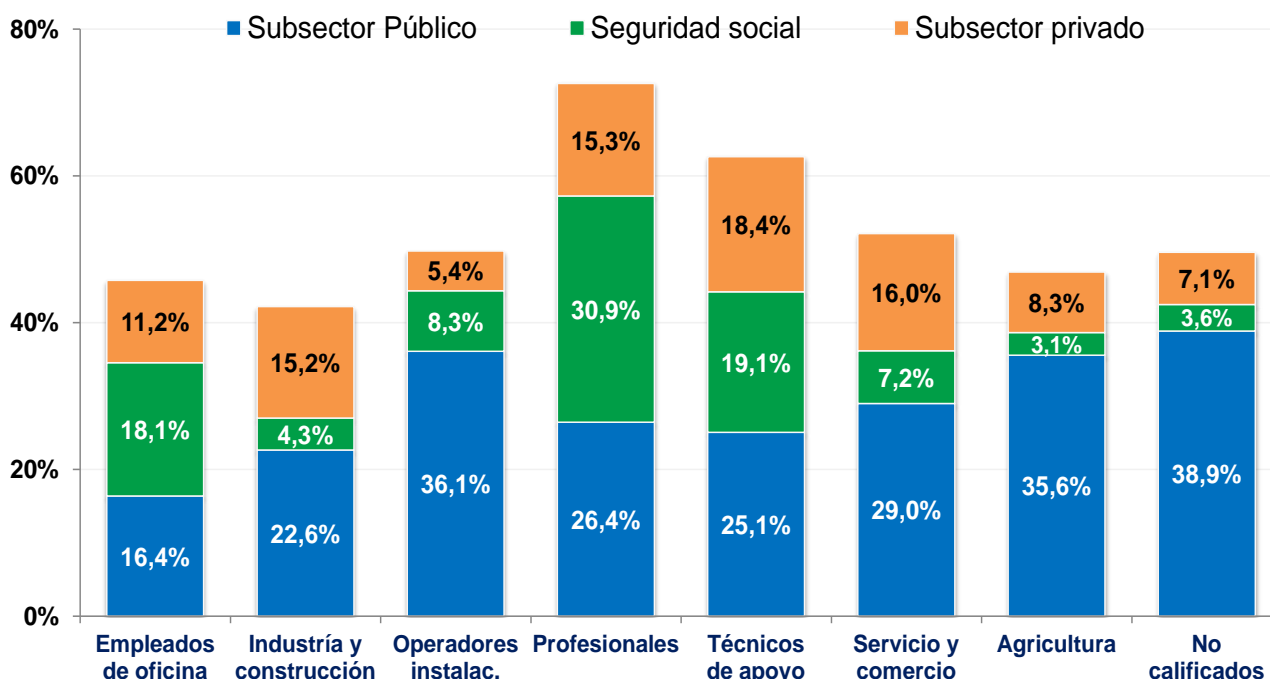
Tipo de empleo	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- ltorio	Clínica	Farma- cia	Casa	Otro
Lugar de atención de la enfermedad según formalidad del empleo (registro tributario)									
Empleo formal	4,2%	8,6%	14,5%	22,2%	3,6%	9,2%	9,8%	12,2%	3,1%
Empleo informal	8,1%	9,2%	15,9%	2,9%	4,3%	6,6%	8,0%	20,3%	2,3%
Lugar de atención de la enfermedad según tipo de remuneración del empleo									
No asalariados	8,4%	9,8%	16,0%	3,0%	4,5%	6,1%	7,5%	19,7%	2,6%
<i>Remunerados</i>	6,9%	9,5%	16,5%	3,7%	4,9%	6,6%	8,9%	17,5%	2,0%
<i>No remunerados</i>	11,7%	10,7%	15,0%	1,6%	3,7%	5,0%	4,5%	24,7%	4,1%
Asalariados	4,7%	7,4%	14,6%	17,0%	3,5%	9,6%	10,3%	15,4%	2,3%
Lugar de atención de la enfermedad según tipo de contrato									
Personal de planta	1,8%	7,8%	7,9%	38,5%	3,9%	14,3%	5,5%	8,6%	2,6%
Contrato (consultor)	2,7%	5,9%	17,7%	14,6%	2,3%	10,6%	15,7%	11,9%	2,9%
Sin contrato	8,1%	9,7%	16,7%	3,8%	4,3%	6,2%	7,3%	19,6%	2,5%
TOTAL (activos ocup.)	7,2%	9,0%	15,5%	7,6%	4,2%	7,3%	8,4%	18,3%	2,5%

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

Finalmente según sector de actividad y grupo ocupacional, se puede observar que la atención a trabajadores del sector económico primario, trabajadores en agricultura, pecuaria y pesca, en trabajadores no calificados y en operadores de instalaciones y maquinarias según subsector es

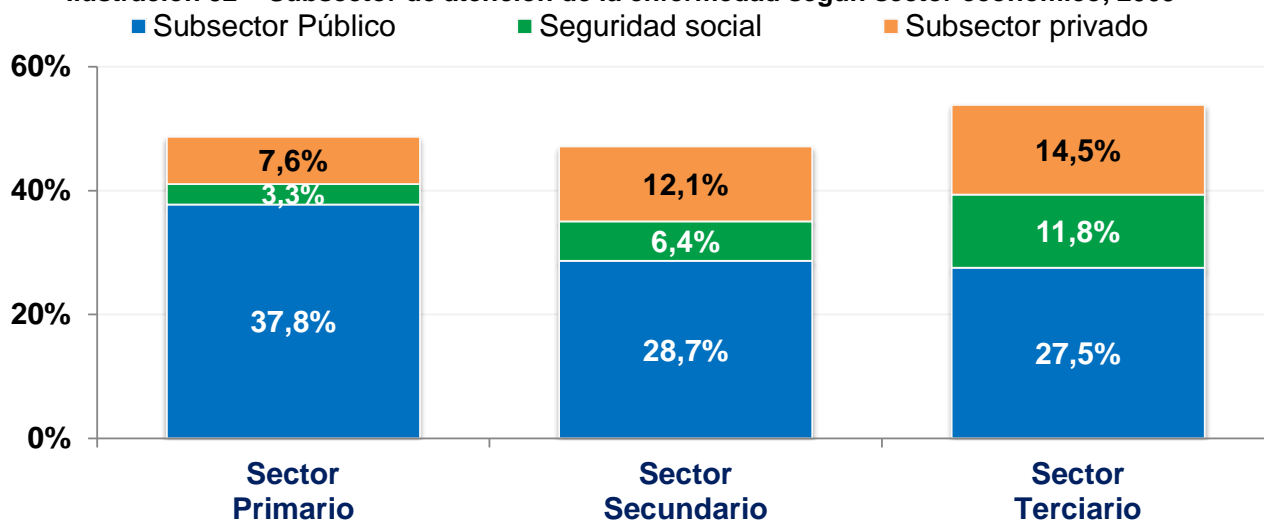
mayormente pública y altamente dependiente de este subsector en cuanto a atenciones en establecimientos de salud, ya que estos trabajadores tienen poco acceso a los subsectores públicos y privados. En cambio, trabajadores del sector terciario, empleados de oficina, profesionales y técnicos / profesionales de apoyo son mucho menos dependientes del subsector público (menos del 50% de las atenciones en establecimientos) además de tener un mayor acceso a establecimientos debido a un mayor acceso a los subsectores de la Seguridad Social y privado, hasta llegar a una situación en la cual los profesionales y los empleados de oficina acuden más a establecimientos de la Seguridad Social que al subsector público (ilustraciones 51 y 52).

Ilustración 51 – Subsector de atención de la enfermedad según grupo ocupacional, 2009



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

Ilustración 52 – Subsector de atención de la enfermedad según sector económico, 2009



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

Finalmente, según lugar específico de atención, se constata que los trabajadores del sector primario, agropecuarios y no calificados son los que tienen mayor probabilidad de hacerse atender en un puesto de salud, mientras que los operadores de instalaciones acuden en mayores proporciones que el resto de los activos a centros de salud y hospitales públicos; los técnicos y profesionales de apoyo son los que se hacen atender en mayor proporción en consultorios y clínicas privadas, mientras que los trabajadores industriales y de construcción tienen mayor probabilidad que el resto de la población activa de hacerse atender en farmacias (cuadro 67).

Cuadro 67 – % de personas atendidas según lugar de atención y criterios laborales, 2009

Grupo ocupacional / Sector económico	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu-ltorio	Clínica	Farma-cia	Casa	Otro
Lugar de atención de la enfermedad según grupo ocupacional									
Empleado de oficina	2,4%	3,9%	10,1%	18,1%	4,3%	6,9%	11,9%	22,2%	3,3%
Industria, construcción	2,9%	7,6%	12,1%	4,3%	5,1%	10,1%	15,1%	22,9%	2,3%
Operador instalaciones	1,8%	15,7%	18,6%	8,3%	4,8%	0,6%	14,2%	21,3%	0,0%
Profesional	1,1%	10,0%	15,3%	30,9%	3,9%	11,4%	7,3%	5,6%	0,0%
Técnico y prof. de apoyo	3,4%	5,6%	16,1%	19,1%	6,8%	11,6%	7,1%	11,0%	1,8%
Servicios y comercio	3,0%	8,3%	17,7%	7,2%	4,9%	11,1%	13,2%	12,1%	3,7%
Trabajador agropecuario	11,6%	9,5%	14,5%	3,1%	3,4%	4,9%	2,8%	21,3%	2,5%
Trabajador no calificado	12,6%	9,6%	16,7%	3,6%	3,1%	4,0%	4,9%	22,0%	3,0%
Lugar de atención de la enfermedad según sector de actividad									
Sector primario	12,4%	9,7%	15,7%	3,3%	2,9%	4,7%	3,2%	21,8%	3,3%
Sector secundario	5,9%	7,8%	15,0%	6,4%	4,3%	7,7%	13,4%	20,0%	1,8%
Sector terciario	3,1%	8,9%	15,6%	11,8%	5,2%	9,3%	11,3%	14,7%	2,1%
TOTAL (activos ocup.)	7,2%	9,0%	15,5%	7,6%	4,2%	7,3%	8,4%	18,3%	2,5%

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

IV.2.5.4. Razón de no atención según criterios laborales

De acuerdo con los datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004, no existe predominio de la barrera económica en la población inactiva o en edad de no trabajar sobre la población activa; sin embargo, se muestra que los activos presentan una mayor proporción de barreras geográficas y que tienen una menor proporción de casos leves; en cambio, practican en mayor proporción la automedicación que el resto de la población (Cuadro 68).

Por otra parte, las razones de auto-exclusión dentro de la población activa son muy variables según el tipo de empleo: las personas con empleo formal tienen un grado de barreras mucho menos importante que las personas con actividad informal, es decir que tienen un mayor grado de casos leves y de automedicación. Así, mientras que la barrera económica explica el 8,6% de la auto-exclusión en personas con empleo formal, es el caso para el 44,6% de las personas con empleo informal que contuvieron su demanda en salud; las personas con empleo informal presentan también barreras geográficas, que son inexistentes en personas con empleo formal, que viven principalmente en zonas urbanas; sin embargo, las personas con empleo formal presentan un mayor grado de otras barreras (principalmente constituidas por la falta de tiempo) (ilustración 52).

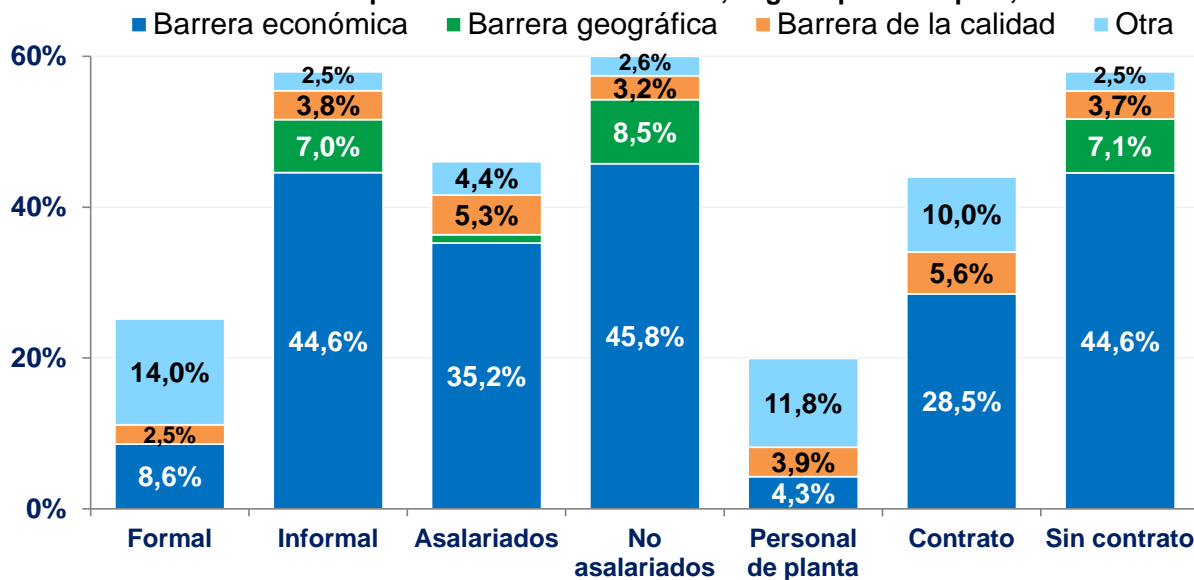
Cuadro 68 – Razón de no atención según población activa / edad de trabajar, 2003-04

Categoría laboral población	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Población inactiva y en edad de no trabajar	41,1%	0,7%	3,2%	3,9%	0,8%	36,6%	11,3%	2,3%
<i>En edad de no trabajar</i>	50,9%	0,5%	2,1%	2,9%	2,4%	31,0%	9,8%	0,5%
<i>Inactivos (edad de trab.)</i>	39,3%	0,8%	3,4%	4,1%	0,5%	37,7%	11,6%	2,6%
Población activa	40,8%	2,0%	6,5%	3,4%	0,4%	27,1%	16,7%	3,1%
<i>Activos ocupados</i>	40,7%	2,0%	6,7%	3,5%	0,3%	26,9%	16,8%	3,1%
<i>Activos desocupados</i>	44,6%	0,3%	0,0%	0,0%	5,8%	33,5%	13,1%	2,7%
Población en edad de trabajar (≥ 7 años)	40,4%	1,6%	5,6%	3,6%	0,4%	30,1%	15,3%	3,0%
Total BOLIVIA	40,9%	1,6%	5,4%	3,5%	0,5%	30,1%	15,0%	2,8%

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

Las diferencias entre asalariados y no asalariados, en cambio, no son tan importantes, y ambos presentan un alto grado de barreras económicas; sin embargo, las barreras geográficas se observan casi solamente en no asalariados. Las diferencias de incidencia de barreras al acceso son más evidentes según el tipo de contrato: así, el 80% de las personas con ítems reportaron no necesitar atención (caso leve o automedicación); del 20% que sufrió de alguna barrera, la mayor parte de estas son de la categoría “otras barreras” (principalmente falta de tiempo), mientras que la barrera económica concierne solamente el 4,3% de las personas auto-excluidas que cuentan con ítem; en cambio, esta barrera explica el 44,6% de la auto-exclusión en personas sin contrato de trabajo, los cuales son también los únicos en sufrir de la barrera geográfica. En efecto, los consultores, si bien presentan mayores barreras económicas que las personas con ítem (28,5% contra 4,3%), tienen la ventaja de no sufrir de barreras geográficas (ilustración 53).

Ilustración 53 – Principales barreras a la atención, según tipo de empleo, 2003-04



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

El estudio de las razones de auto-exclusión según grupo ocupacional muestra que las personas con mayor grado de barreras económicas (falta de dinero y sin seguro) son los trabajadores no calificados (51,9%) y los trabajadores agrícolas / pecuarios (47,9%), mientras que el 17,8% de los operadores de instalaciones y maquinarias avanzó la mala calidad como razón principal de no demanda, y que los trabajadores agrícolas / pecuarios son casi los únicos en sufrir de barreras geográficas en alta magnitud; por el otro lado, los técnicos / profesionales de apoyo y los profesionales son los que reportaron en mayor proporción (encima del 80%) no necesitar atención, sea por tratarse de un caso leve o por automedicación (cuadro 69).

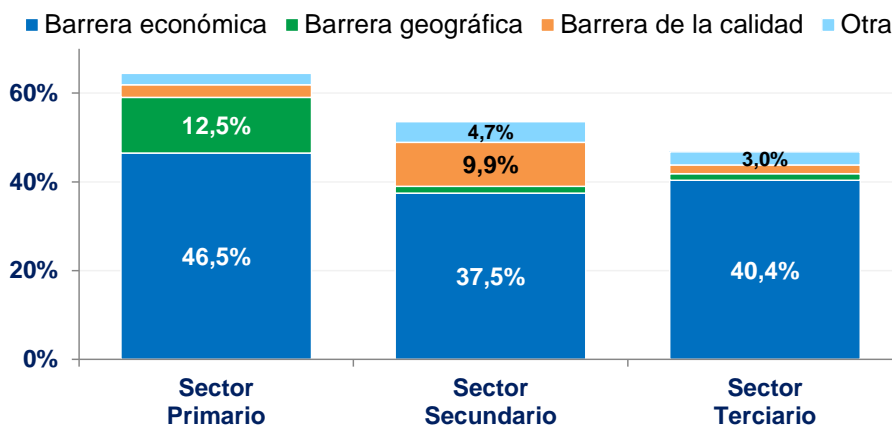
Cuadro 69 – Razón de no atención según criterios laborales, 2003-04

Grupo ocupacional / Sector económico	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Empleado de oficina	25,8%	8,9%	0,0%	0,0%	0,0%	54,4%	0,0%	11,0%
Industria, construcción	43,2%	0,5%	1,6%	7,1%	0,0%	31,9%	12,9%	2,8%
Operador instalaciones	27,7%	3,6%	0,0%	17,8%	0,0%	28,3%	14,9%	7,7%
Profesional	0,0%	0,0%	0,0%	6,4%	0,0%	68,6%	15,4%	9,7%
Técnico y prof. de apoyo	5,7%	0,6%	0,0%	0,0%	0,0%	48,8%	41,5%	3,3%
Servicios y comercio	38,0%	0,6%	3,5%	2,6%	0,2%	31,5%	21,7%	1,9%
Trabajador agropecuario	44,4%	3,4%	12,5%	2,6%	0,3%	20,3%	13,8%	2,7%
Trabajador no calificado	51,9%	0,0%	2,3%	0,0%	1,1%	20,1%	21,7%	2,8%
TOTAL (activos ocup.)	40,7%	2,0%	6,7%	3,5%	0,3%	26,9%	16,8%	3,1%

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

Según sector de actividad, el sector primario es el que reporta mayores barreras económicas y geográficas, mientras que la barrera de la calidad es más importante en el sector secundario, el cual también beneficia de una incidencia de barreras económicas menor que en el sector terciario; en cambio, las barreras no económicas son casi inexistentes en el sector terciario. En totalidad, el sector primario es el que presenta mayor incidencia de barreras al acceso (64,5%), es decir la menor cantidad de personas que no necesitaron atención (ilustración 54).

Ilustración 54 – Principales barreras a la atención, según sector de actividad, 2003-04

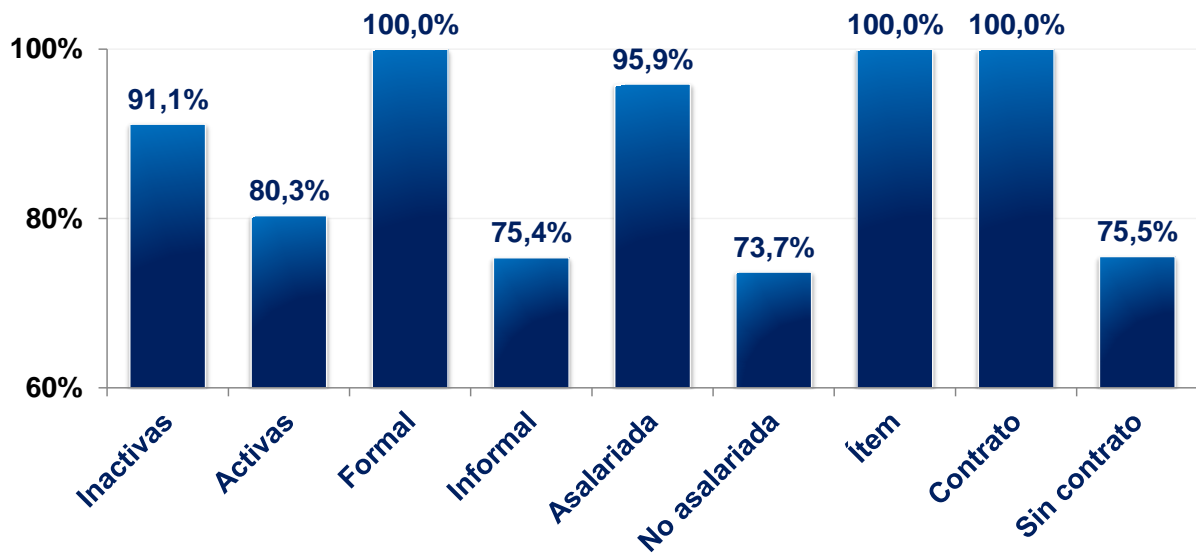


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2005)

IV.2.5.5. Atención del parto según criterios laborales

El análisis de la atención del parto en los años 2008 y 2009 según criterios laborales muestra que las mujeres económicamente inactivas tienen una mayor proporción de partos institucionales que las mujeres activas (80,3%); dentro de las mujeres activas ocupadas, los resultados muestran claramente que las mujeres con mayor calidad y seguridad laboral (formalidad, asalariadas, contratos de larga duración) son las que tienen mayor porcentaje de atención institucional: en el sector informal, la tasa de parto institucional reportada es de 75,4% contra 100% en el sector formal; en asalariadas, el 95,9% de los partos fueron institucionales, contra 75,4% en no asalariadas (65,8% en trabajadoras no remuneradas) y las mujeres sin contratos presentan una tasa de parto institucional de 75,5%, contra 100% en mujeres con contrato (ilustración 55).

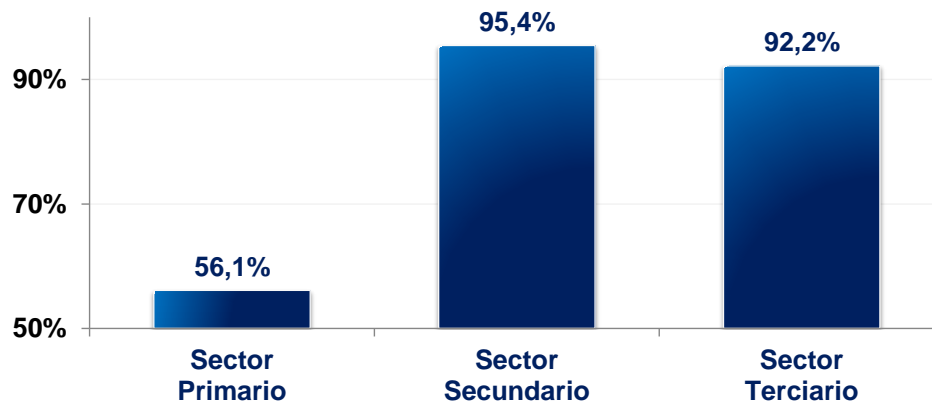
Ilustración 55 – Acceso a atención institucional del parto según criterios laborales, 2008-09



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

Por sector laboral, son las mujeres del sector primario que presentan la proporción de partos institucionales más baja, con solamente 56,1%, en cambio, las trabajadoras de los sectores secundarios y terciarios presentan tasas de parto institucional encima del 90% (ilustración 56).

Ilustración 56 – Acceso a atención institucional del parto según sector de actividad, 2007-08



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

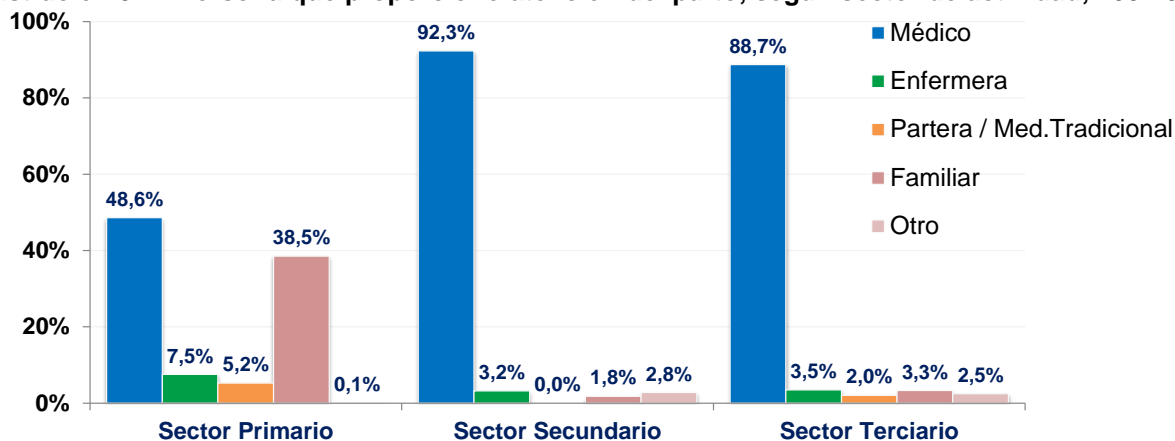
Detallando por tipo de personal que atendió el parto, se muestra que las mujeres inactivas se hacen atender en mayores proporciones por médicos (86,3% de los partos) que las activas (75,5%), que a su vez se hacen atender en mayores proporciones por un familiar. Sin embargo, dentro de la población activa, existen grandes disparidades: las mujeres con empleo formal, asalariadas, con contrato y de los sectores secundarios y terciarios son las que tienen mayores probabilidades de hacerse atender por un médico. En cambio, las mujeres con empleo informal, no asalariadas, sin contrato y del sector primario tienen mayores probabilidades que el resto de las mujeres de hacerse atender por una enfermera, una partera o un familiar (cuadro 70 e ilustración 57).

Cuadro 70 – Persona que proporcionó atención del parto, según criterios laborales, 2008-09

Criterios laborales	Institucional		No Institucional		
	Médico	Enfermera	Partera / Médico tradic.	Familiar	Otra persona
Personal de atención del parto según tipo de población (activa / inactiva)					
Población inactiva	86,3%	4,8%	2,2%	5,6%	1,0%
Población activa	75,5%	4,8%	2,9%	15,1%	1,7%
Personal de atención del parto según formalidad del empleo (registro tributario)					
Empleo formal	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Empleo informal	69,3%	6,0%	3,6%	18,9%	2,1%
Personal de atención del parto según tipo de remuneración del empleo					
No asalariadas	67,3%	6,3%	4,1%	19,8%	2,4%
Remuneradas	74,4%	6,3%	3,0%	12,6%	3,7%
No remuneradas	59,4%	6,4%	5,4%	27,8%	1,0%
Asalariadas	94,6%	1,2%	0,0%	4,1%	0,0%
Personal de atención del parto según tipo de contrato					
Con contrato	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Sin contrato	70,9%	4,6%	3,7%	18,9%	1,9%
TOTAL (activos ocup.)	75,5%	4,8%	2,9%	15,1%	1,7%

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

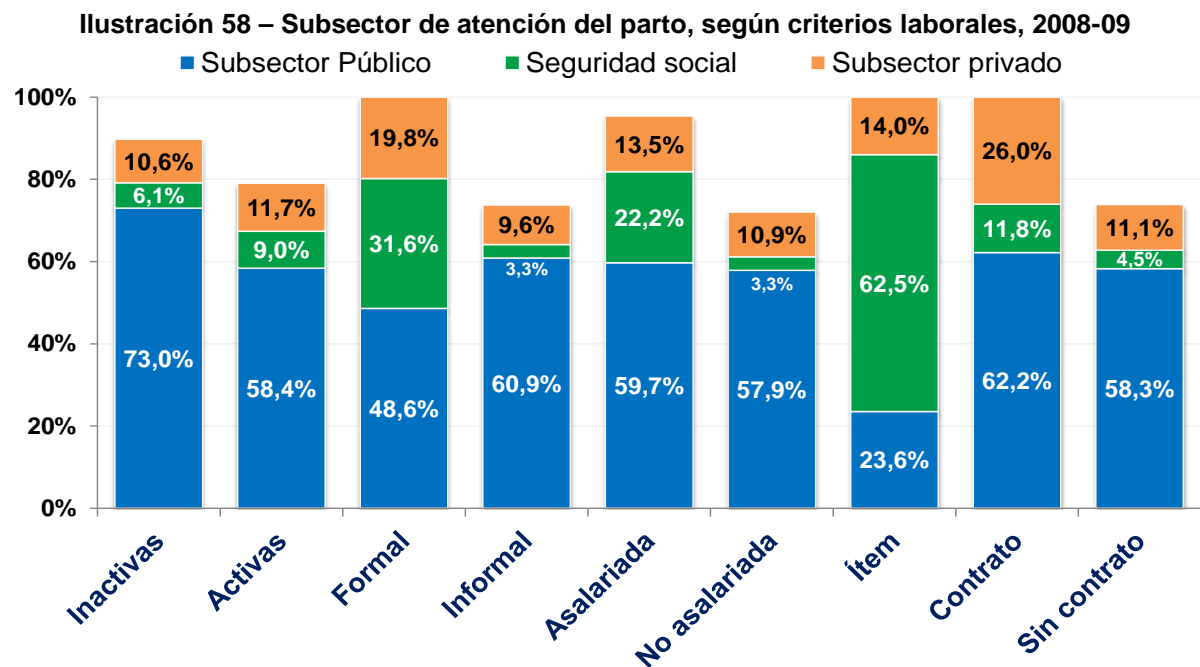
Ilustración 57 – Persona que proporcionó atención del parto, según sector de actividad, 2007-08



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

En relación al lugar de atención del parto, se constata que las mujeres inactivas atienden su parto en el subsector público en mayores proporciones que las mujeres activas, y que estas tienen mayor proporción de partos atendidos en la casa, en la Seguridad Social y en el subsector privado. Según formalidad del empleo, las mujeres con empleo informal son altamente dependientes del subsector público (60,9% de los partos totales, es decir 82,5% de los partos atendidos en establecimientos de salud), mientras que en mujeres con empleo formal, menos de la mitad de los partos son atendidos en el subsector público (48,6%), ya que estas tienen mayor acceso a los demás subsectores con 31,6% de los partos atendidos en la Seguridad Social y 19,8% en clínicas privadas (ilustración 58).

Un esquema similar, aunque menos marcado, se repite entre las mujeres asalariadas, que tienen mayor acceso que las no asalariadas a los subsectores de la Seguridad social y privado (37,5% en conjunto contra 12,9% en no asalariadas), mientras que la mayor parte de los partos de las mujeres no asalariadas se atienden en el subsector público (57,9%) seguido por la casa (27,9%) y el privado (10,9%). Según tipo de contrato, existen esquemas de atención muy singularizados: las mujeres con ítem atienden su parto principalmente en la Seguridad Social gracias a su estatuto de afiliada (62,5%) pero no se limitan a este subsector, ya que atienden también sus partos en el subsector público (23,6% de los casos) y en el privado (14,0%); las mujeres con contrato de plazo definido acuden en mayor proporción al subsector público (62,2%) pero son también las que acuden en mayores proporciones al subsector privado respecto a las demás mujeres (más del cuarto de los partos en este subsector); finalmente las mujeres sin contrato de trabajo son las más dependientes del subsector público para poder atender su parto fuera de su casa, ya que más del 80% de las atenciones en establecimientos de salud son realizadas en el subsector público (ilustración 58).



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

Según tipo específico de lugar de atención, los resultados de la encuesta de hogares muestran que en el periodo 2008-09, entre 26% y 28% de los partos de mujeres con empleo informal, no asalariadas y sin contrato se desarrollaron en casa. Estas categorías de mujeres también son las que tienen mayores probabilidades de ser atendidas en puestos de salud (entre 3% y 4% de los partos) y en centros de salud (entre 15% y 17% de los partos). En cambio, las mujeres con empleo formal, asalariadas y con contrato de duración determinada (consultoras) tienen mayores probabilidades de hacerse atender en hospitales públicos y en clínicas privadas (cuadro 71).

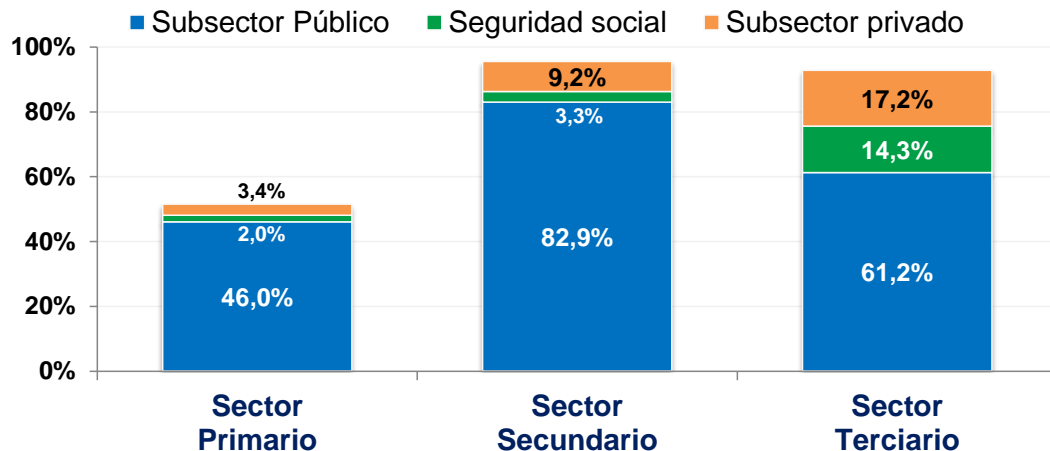
Cuadro 71 – Lugar de atención del parto según criterios laborales, 2008-09

Criterios laborales	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Lugar de atención del parto según tipo de población (activa / inactiva)							
Población inactiva	2,5%	15,6%	55,0%	73,0%	6,1%	10,6%	10,3%
Población activa	2,6%	13,9%	41,9%	58,4%	9,0%	11,7%	20,9%
Lugar de atención del parto según formalidad del empleo (registro tributario)							
Empleo formal	0,0%	5,8%	42,8%	48,6%	31,6%	19,8%	0,0%
Empleo informal	3,3%	16,0%	41,7%	60,9%	3,3%	9,6%	26,2%
Lugar de atención del parto según tipo de remuneración del empleo							
No asalariadas	3,7%	16,6%	37,6%	57,9%	3,3%	10,9%	27,9%
<i>Remuneradas</i>	2,9%	21,6%	36,8%	61,3%	4,1%	15,3%	19,3%
<i>No remuneradas</i>	4,6%	11,0%	38,4%	54,0%	2,4%	5,9%	37,6%
Asalariadas	0,0%	7,7%	52,0%	59,7%	22,2%	13,5%	4,6%
Lugar de atención del parto según tipo de contrato							
Personal de planta	0,0%	7,3%	16,2%	23,6%	62,5%	14,0%	0,0%
Contrato (consultora)	0,0%	4,9%	57,3%	62,2%	11,8%	26,0%	0,0%
Sin contrato	3,3%	15,6%	39,5%	58,3%	4,5%	11,1%	26,1%
TOTAL (activos ocup.)	2,6%	13,9%	41,9%	58,4%	9,0%	11,7%	20,9%

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

Finalmente, el subsector y lugar de atención del parto según sector económico de actividades y según grupos ocupacionales muestra resultados coherentes con las demás análisis sobre criterios laborales: así, las trabajadoras del sector primario son las que menos acuden a establecimientos de salud para la atención de su parto (48,5% de los partos en casa, 51,5% en establecimientos de salud) y son además altamente dependientes del subsector público para recibir atención del

Ilustración 59 – Subsector de atención del parto, según sector de actividad, 2008-09



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

Parto de manera institucional: así, el 89,4% de los partos de las trabajadoras del sector primario que fueron atendidas en establecimientos de salud lo fueron en el subsector público. Las trabajadoras del sector secundario son, de igual manera, muy dependientes del subsector público (86,9% de los partos en establecimientos de salud), pero al contrario del sector primario, tienen una proporción de atención en establecimientos mucho mayor y entonces un bajo porcentaje de partos atendidos en casa (solamente 4,6%) (ilustración 59 y cuadro 72).

En el mismo sentido, las trabajadoras del sector terciario se caracterizan por una baja atención en casa (7,3% de los partos), pero al contrario de las demás trabajadoras, muestran una menor dependencia hacia el subsector público, ya que estas mujeres tienen mayor acceso a la Seguridad Social de corto plazo y al subsector privado: así, de las mujeres del sector terciario que atendieron su parto en establecimientos de salud, el 66,0% fue atendido en el subsector público, el 15,4% en la Seguridad Social y el 18,5% en clínicas privadas (ilustración 59 y cuadro 72).

Cuadro 72 – Lugar de atención del parto según grupo ocupacional principal y sector económico de actividad, 2008-09

Grupo ocupacional / Sector de actividad	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Lugar de atención del parto según grupo ocupacional de la actividad principal							
Directiva	0,0%	0,0%	67,4%	67,4%	32,6%	0,0%	0,0%
Empleada de oficina	0,0%	0,0%	55,0%	55,0%	21,7%	23,3%	0,0%
Industria, construcción	7,7%	20,4%	54,2%	82,3%	1,3%	11,2%	5,2%
Profesional	0,0%	7,3%	25,8%	33,1%	47,5%	19,4%	0,0%
Técnico y prof. de apoyo	0,0%	16,9%	25,6%	42,5%	22,2%	35,4%	0,0%
Servicios y comercio	0,0%	19,8%	46,5%	66,2%	4,8%	19,4%	9,5%
Trabajadora agropecuaria	1,7%	11,9%	16,5%	30,2%	0,0%	3,0%	66,8%
Trabajadora no calificada	4,4%	10,8%	44,9%	60,1%	4,1%	3,2%	32,6%
Lugar de atención del parto según sector económico de actividad							
Sector primario	3,9%	10,6%	31,5%	46,0%	2,0%	3,4%	48,5%
Sector secundario	6,3%	19,7%	56,8%	82,9%	3,3%	9,2%	4,6%
Sector terciario	1,1%	14,8%	45,3%	61,2%	14,3%	17,2%	7,3%
TOTAL (activos ocup.)	2,6%	13,9%	41,9%	58,4%	9,0%	11,7%	20,9%

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

Según grupo ocupacional, se constata que las trabajadoras agropecuarias y no calificadas tienen una alta proporción de atención de partos en casa, respectivamente 66,8% y 32,6%; además, son las trabajadoras, juntas con trabajadoras de industria y construcción y operadoras de instalaciones y maquinarias, que son las más dependientes del subsector público para la atención del parto en establecimientos de salud: en estos cuatro grupos ocupacionales, el 89% de los partos atendidos en estructuras del sector los son en el subsector público (cuadro 72).

En cambio, los grupos ocupacionales de profesionales y de técnicos / prof. de apoyo, además de mostrar las más altas tasas de parto institucionales, son también las categorías que son menos dependientes del subsector público, ya que menos del 45% de los partos están atendidos en este subsector (33% para profesionales) y que muestran una alta proporción de partos en la Seguridad Social (47,5% en profesionales) y en el subsector privado (35,4% en técnicos) (cuadro 72).

IV.2.6. Acceso a servicios de salud según criterios económicos (ingresos)

IV.2.6.1. Acceso institucional y exclusión según criterios económicos (ingresos)

El análisis del acceso a servicios de salud según incidencia de pobreza moderada y de pobreza extrema (calculada por el INE), muestra una brecha clara entre pobres extremos (48,6% de acceso institucional) y no pobres extremos (59,9% de acceso institucional) que se explica a la vez por una mayor proporción de atención no institucional y una mayor auto-exclusión en pobres extremos. En cambio, no existen diferencias significativas en el acceso a servicios de salud entre no pobres y las personas categorizadas como pobres moderados, pero que no son pobres extremos (cuadro 73).

Cuadro 73 – Exclusión y acceso a servicios según criterios económicos, 2009

Criterios económicos	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Exclusión y acceso a servicios según incidencia de pobreza y pobreza extrema					
No Pobres	21,1%	60,0%	26,0%	13,9%	40,0%
Pobres	23,2%	53,7%	29,7%	16,6%	46,3%
No pobres extremos	21,5%	59,9%	25,8%	14,3%	40,1%
Pobres extremos	24,2%	48,6%	33,4%	18,0%	51,4%
Pobres moderados y no pobres extremos	22,1%	59,6%	25,4%	15,0%	40,4%
Exclusión y acceso a servicios según quintil de ingreso per cápita del hogar					
Quintil 1	22,8%	46,0%	35,1%	18,9%	54,0%
Quintil 2	25,5%	55,3%	25,7%	19,0%	44,7%
Quintil 3	22,3%	57,4%	31,4%	11,2%	42,6%
Quintil 4	21,4%	58,9%	27,7%	13,5%	41,1%
Quintil 5	19,3%	65,9%	19,6%	14,4%	34,1%
Total BOLIVIA	22,2%	56,6%	28,0%	15,4%	43,4%

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

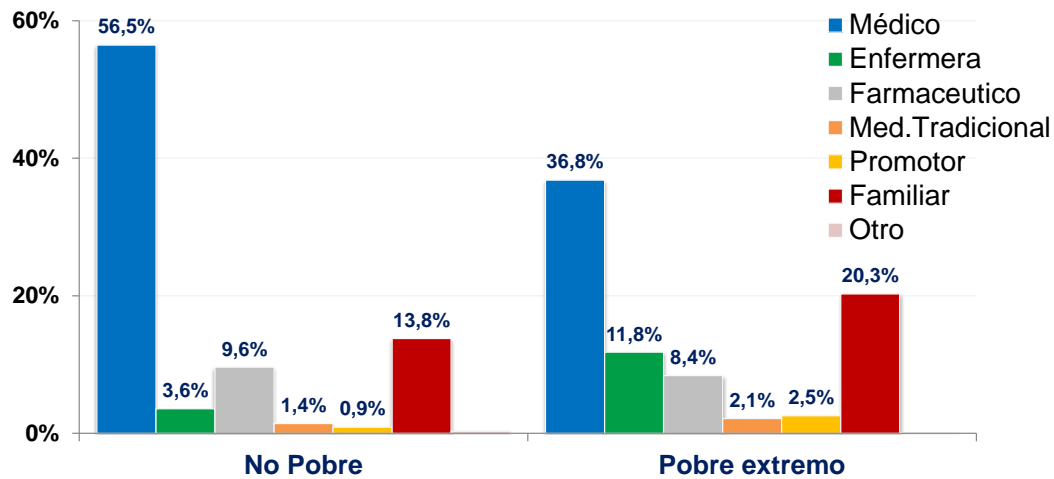
Utilizando el criterio más específico de quintil de ingreso (calculados a partir del ingreso per cápita del hogar) se constata que el acceso institucional es creciente con el ingreso, desde 46,0% en el quintil 1 (el más pobre) hasta 65,9% en el quintil 5 (el más rico). Sin embargo, de la misma manera que no se diferencia no pobres y pobres moderados (no extremos), no existe grandes diferencias en el acceso a servicios de salud entre personas de los quintiles de ingreso 2, 3 y 4: mientras que el 55,3% de las personas pertenecientes al quintil 2 acceden a servicios institucionales (significando una tasa de exclusión de los servicios de 44,7%), el 58,9% de las personas del quintil 4 acceden a servicios institucionales (41,1% de exclusión) (cuadro 73).

Las diferencias de acceso institucional son aún más claras si se divide la población en deciles de ingreso (diez grupos de población de igual tamaño clasificados según ingreso): mientras que el acceso institucional en personas del primer decil (el más pobre) es de 43,6% (exclusión de 56,4%, 33,8% de atención no institucional y 22,6% de auto-exclusión), el 69,3% de las personas pertenecientes al décimo decil (correspondiendo al 10% de la población más rico) accedieron a servicios institucionales en salud, representando una tasa de exclusión de solamente 30,7% (18,1% de atención no institucional más 12,5% de auto-exclusión).

IV.2.6.2. Personal de atención de la enfermedad según criterios económicos (ingresos)

Según el tipo de personal que proporcionó atención en salud (institucional o no), no se constatan diferencias significativas entre no pobres y pobres moderados, menos el hecho que los pobres moderados tienen una atención médica ligeramente inferior, compensada por una mayor atención de enfermería. En cambio, existen grandes diferencias entre no pobres (y no pobres extremos) y pobres extremos: mientras que el 56,5% de los no pobres fue atendido por un médico, es el caso para solamente el 36,8% de los pobres extremos, que en cambio, se hacen atender en mayores proporciones por familiares (20,3% de los pobres extremos con necesidad percibida) y por enfermeras o auxiliares de enfermería (11,8%) (ilustración 60 y cuadro 74).

Ilustración 60 – Personal de atención de la enfermedad según sector económico, 2009



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

Cuadro 74 – Personal de atención según incidencia de pobreza y pobreza extrema, 2009

Incidencia de pobreza	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
No Pobres	56,5%	3,6%	9,6%	1,4%	0,9%	13,8%	0,3%
Pobres	44,1%	9,6%	7,8%	1,7%	1,5%	18,5%	0,2%
No pobres extremos	55,0%	4,8%	8,7%	1,3%	0,7%	14,7%	0,4%
Pobres extremos	36,8%	11,8%	8,4%	2,1%	2,5%	20,3%	0,1%
Pobres moderados y no pobres extremos	52,4%	7,2%	7,1%	1,2%	0,3%	16,4%	0,4%
Total BOLIVIA	49,8%	6,8%	8,6%	1,6%	1,2%	16,3%	0,3%

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

Según quintiles de ingreso se pueden observar tendencias claras en cuanto al personal de atención de la enfermedad: por una parte, la atención por parte de un médico es creciente con el nivel de ingreso, desde 30,4% de los enfermos (personas con necesidad percibida) en el quintil 1 (el más pobre) hasta 64,1% en personas del quintil 5 (el más rico). Por otra parte, se constata que la proporción de atenciones realizadas por enfermeras (o auxiliares), por médicos tradicionales, por promotores de la salud y por familiares disminuye generalmente cuando se incrementa el ingreso del hogar per cápita. El esquema de atención por parte de los farmacéuticos es un poco diferente,

creciente hasta el quintil 3, mostrando que las personas con ingreso alrededor de la mediana nacional tienen mayor acceso a farmacias que las personas más pobres (a relacionar en parte con criterios geográficos); sin embargo, cuando se incrementa de nuevo el ingreso a partir de la mediana nacional, se constata que la proporción de atenciones por parte de un farmacéutico disminuye, lo que se puede deber a un mayor acceso institucional (cuadro 75).

Cuadro 75 – Personal de atención según quintiles de ingreso, 2009

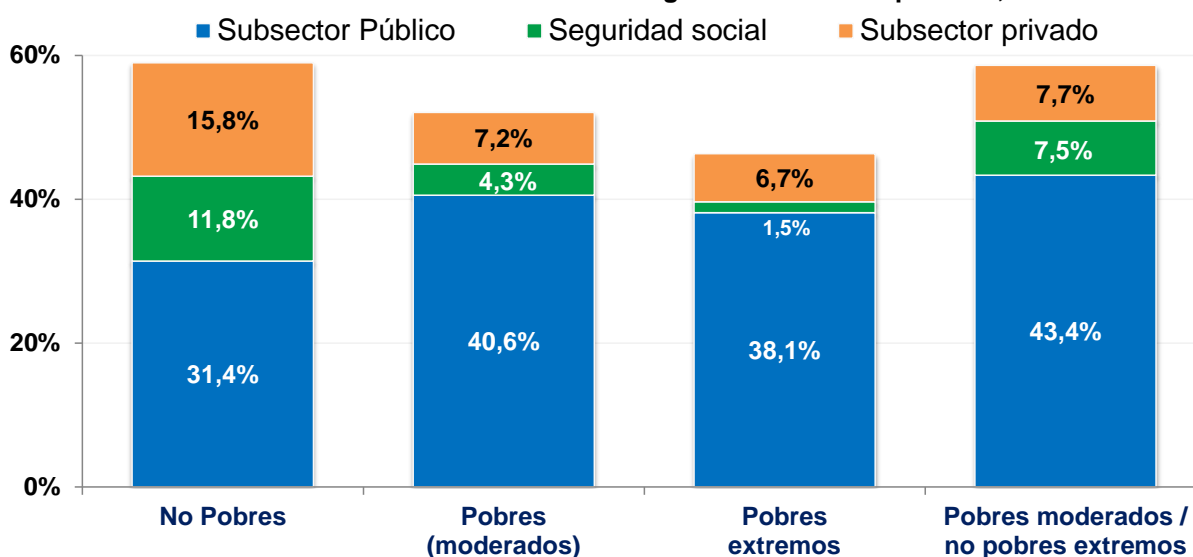
Quintiles de Ingreso	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farma-céutico	Médico tradic.	Promo-tor	Familiar	Otro
Quintil 1	30,4%	15,6%	6,0%	2,3%	3,9%	22,8%	0,1%
Quintil 2	46,0%	9,3%	7,6%	1,7%	0,3%	15,8%	0,3%
Quintil 3	53,9%	3,5%	11,4%	1,5%	1,2%	17,0%	0,3%
Quintil 4	55,0%	3,9%	9,3%	1,7%	0,7%	15,5%	0,4%
Quintil 5	64,1%	1,9%	8,5%	0,5%	0,2%	10,2%	0,2%
Total BOLIVIA	49,8%	6,8%	8,6%	1,6%	1,2%	16,3%	0,3%

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

IV.2.6.3. Lugar de atención de la enfermedad según criterios económicos (ingresos)

Analizando el subsector de atención según el primer criterio económico (incidencia de pobreza), se constata que a pesar de tener un mismo ratio de acceso institucional, los no pobres y los pobres moderados (no extremos) acuden a subsectores diferentes: del 100% de las atenciones en establecimientos de salud en los no pobres, solamente el 53,3% corresponde al subsector público (31,4% del total de enfermos) mientras que el 73,9% de los pobres moderados (no extremos) atendidos en establecimientos de salud lo fueron en establecimientos públicos, representando el 43,4% del total de pobres moderados con necesidad en salud (ilustración 61 y cuadro 76).

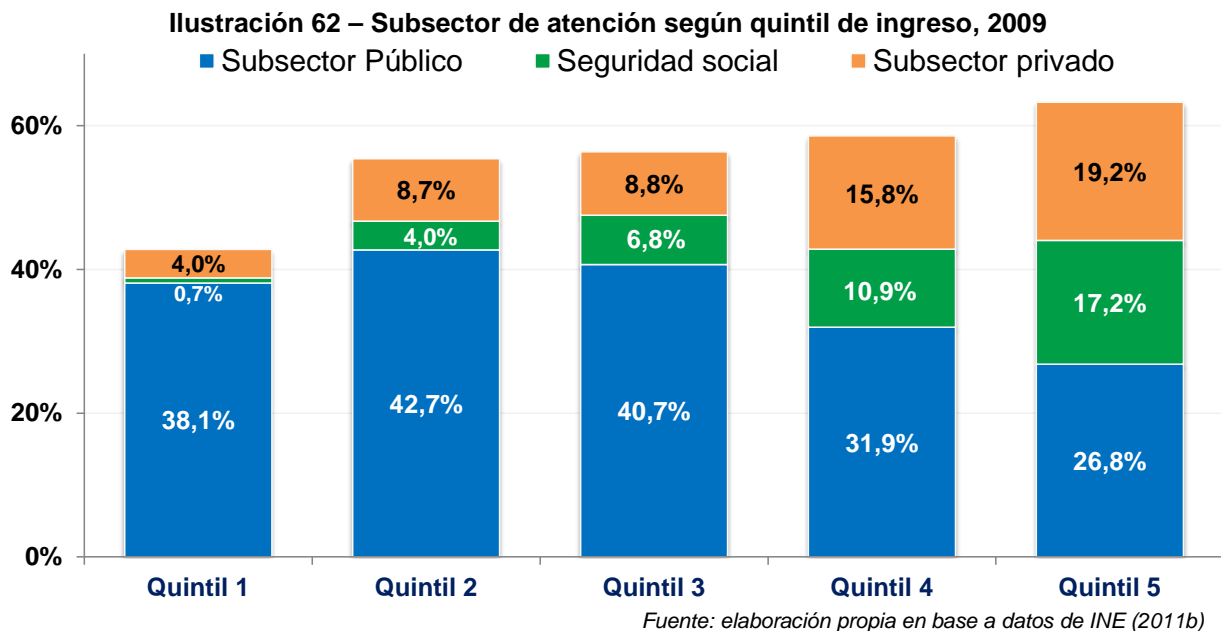
Ilustración 61 – Subsector de atención según incidencia de pobreza, 2009



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

En cuanto a los pobres extremos, además de presentar una mayor auto-exclusión y una mayor atención en lugares no institucionales (35,7% contra 26,8% en el resto de la población), tienen un menor acceso a la Seguridad Social y al subsector privado cuando logran hacerse atender en establecimientos de salud: el 82,3% de las atenciones realizadas en establecimientos de salud a pobres extremos lo fueron en el subsector público (38,1% del total de pobres extremos con necesidad percibida en salud) mientras que en el resto de la población, solamente el 60,5% de las atenciones realizadas en establecimientos lo fueron en el subsector público (ilustración 61).

Por quintiles de ingreso, se identifican claramente este esquema según el cual a mayor ingreso, mayor acceso a servicios de salud, pero también menor proporción de atenciones realizadas en el subsector público (y mayor proporción en la Seguridad Social y subsector privado): así, las personas del quintil 1, es decir el 20% más pobre de la población, el 42,8% acude a establecimientos de salud (63,2% en el quintil 5) y de manera casi exclusiva en el subsector público (89,1% de las atenciones en establecimientos), mientras que en el quintil 5, solamente el 42,4% de las atenciones se realizan en el subsector público; así, a partir del quintil 3, la proporción de atenciones en establecimientos realizadas en el subsector público disminuye, en favor de los subsectores privado y de la Seguridad Social (ilustración 62).



Además, se constata que según lugar específico de atención, los grupos de población más pobres se hacen atender en mayores proporciones que el resto de la población en sus casas, en puestos de salud y en otros lugares (casa de un vecino, puesto de un médico tradicional, etc.). Por ejemplo, mientras que el 24,7% de los pobres extremos con necesidad percibida en salud se hacen atender en su casa, generalmente por un familiar, este lugar de atención representa solamente el 16,3% de las atenciones en hogares no pobres; la atención en puestos de salud públicos concierne el 11,5% de los pobres extremos y solamente el 6,3% de los no pobres (cuadro 76).

Estas diferencias se hacen aún más claras cuando se desagrega la población boliviana por quintiles de ingreso: el 28,0% de las personas perteneciendo al quintil 1 se hacen atender en su casa, contra el 11,4% de las personas del quintil 5; en el quintil 1, el 14,8% de las personas se hacen atender en puestos de salud, contra solamente el 4,6% de las personas del quintil 5 (cuadro 76).

En cambio, la atención en las cajas de salud (Seguridad Social), en consultorios privados y en clínicas privadas es creciente con el nivel de ingreso: cuando solamente el 2,0% de las personas del quintil 1 acceden a clínicas privadas, es el caso para el 12,9% de las personas perteneciendo al último quintil de ingreso (el más rico). Para la atención en centros de salud, hospitales públicos y farmacias, se constata una tendencia “en campana”, es decir que se incrementa la proporción de atención en estos lugares hasta un cierto nivel de ingreso para luego disminuir: utilizando la desagregación por quintiles de ingreso, se constata por ejemplo que la proporción de atenciones realizadas en centros de salud se incrementan hasta el tercer quintil, para luego disminuir, alcanzando en la población del quintil 5 su nivel más bajo (cuadro 76).

Cuadro 76 – % de personas atendidas según lugar de atención y según criterios económicos (ingresos), 2009

Criterios económicos	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- -torio	Clínica	Farma- -cia	Casa	Otro
Lugar de atención de la enfermedad según incidencia de pobreza y pobreza extrema									
No Pobres	6,3%	9,9%	15,3%	11,8%	6,2%	9,5%	9,1%	16,3%	1,7%
Pobres	10,2%	12,8%	17,6%	4,3%	2,3%	4,9%	7,4%	21,4%	2,5%
No pobres extremos	7,1%	12,1%	16,4%	10,3%	4,9%	8,0%	8,4%	16,8%	1,6%
Pobres extremos	11,5%	9,8%	16,8%	1,5%	2,0%	4,7%	7,6%	24,7%	3,4%
Pobres moderados y no pobres extremos	8,6%	16,3%	18,5%	7,5%	2,6%	5,2%	7,1%	17,7%	1,6%
Personal de atención de la enfermedad según quintil de ingreso per cápita del hogar									
Quintil 1	14,8%	10,8%	12,5%	0,7%	2,0%	2,0%	5,3%	28,0%	5,1%
Quintil 2	10,4%	11,8%	20,5%	4,0%	2,4%	6,3%	7,1%	17,7%	0,8%
Quintil 3	5,9%	15,1%	19,7%	6,8%	3,9%	5,0%	10,2%	20,3%	1,9%
Quintil 4	6,2%	11,1%	14,6%	10,9%	6,2%	9,6%	9,2%	17,6%	1,1%
Quintil 5	4,6%	7,7%	14,5%	17,2%	6,3%	12,9%	8,8%	11,4%	2,1%
Total BOLIVIA	8,4%	11,4%	16,5%	7,8%	4,1%	7,1%	8,2%	19,0%	2,1%

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

IV.2.6.4. Razón de no atención según criterios económicos (ingresos)

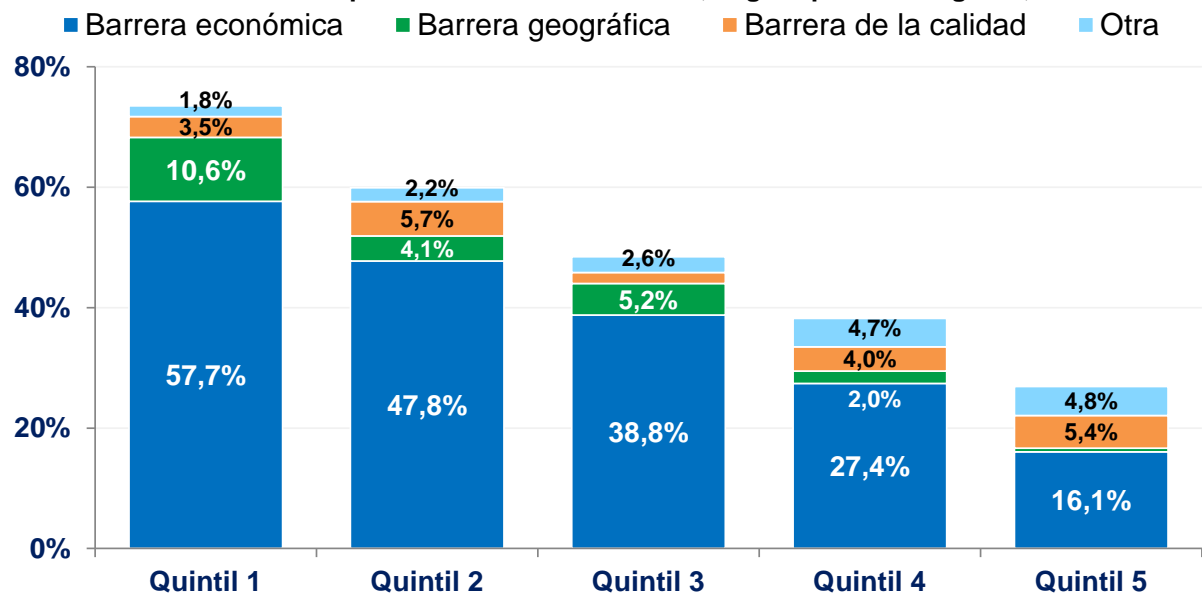
En primer lugar, se debe señalar que el análisis de las razones de no atención a partir de la base de datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004 no es posible por incidencia de pobreza y de pobreza extrema, ya que no se reportaron estas variables en estas encuestas ni las variables intermedias que permiten construirlas (línea de pobreza y línea de pobreza extrema que permiten el acceso a una canasta básica y alimenticia) (INE 2005).

La única desagregación disponible en el marco de las variables utilizadas en el presente estudio es entonces por quintiles de ingreso per cápita del hogar. Este análisis muestra claramente que la incidencia de las barreras al acceso económicas, geográficas, de calidad u otras disminuye cuando se incrementa el ingreso de las personas. Así, mientras que el 73,5% de las personas con demanda contenida y pertenecientes al quintil de ingreso 1 reportaron una barrera al acceso (es decir que solamente el 26,5% reportaron no haber necesitado atención, sea por caso leve o por auto-

medicación), es el caso para el 26,9% de las personas pertenecientes al quintil 5 (ilustración 63). Las desigualdades son aún mayores según decil de ingreso: el 74,3% de las personas con demanda contenida y pertenecientes al decil 1 (el más pobre) reportaron una barrera al acceso, contra solamente el 13,5% de las personas pertenecientes al decil 10 (el más rico).

La incidencia de la principal barrera de acceso, la económica, disminuye lógicamente cuando se incrementa el ingreso, explicando el 57,7% de la auto-exclusión en personas del quintil 1 y el 16,1% en el quintil 5 (ilustración 63 y cuadro 77). De la misma manera, las barreras económicas constituyen el principal factor de demanda contenida para el 60,8% de las personas pertenecientes al primer decil, y para solamente el 4,0% de las personas pertenecientes al decil 10. La barrera geográfica también disminuye con el nivel de ingreso, desde 10,6% de los casos de demanda contenida en el quintil 1 hasta 0,6% en el quintil 5. En cambio, la percepción de mala calidad de atención no parece constituir una barrera de acceso relacionada con el nivel de ingreso, ya que los quintiles en los cuales está variable es mayor son los quintiles 1 y 5; finalmente, las “otras barreras” (principalmente falta de tiempo), crecen con el ingreso (ilustración 63 y cuadro 77).

Ilustración 63 – Principales barreras a la atención, según quintil de ingreso, 2003-04



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

Cuadro 77 – Razón de no atención según quintiles de ingreso, 2003-04

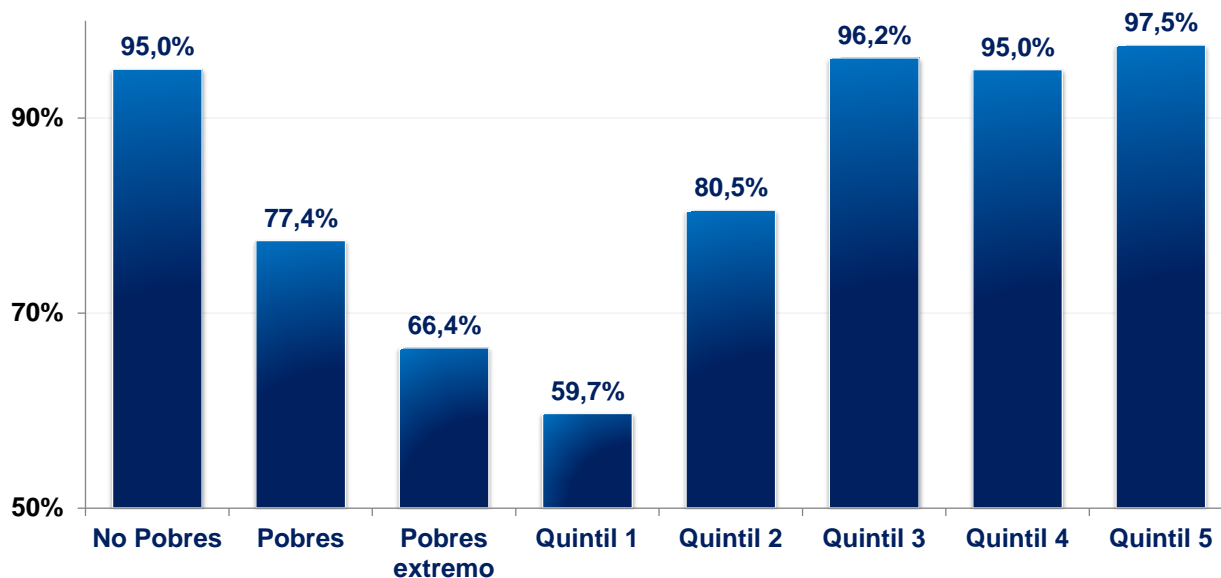
Quintil de ingreso per cápita del hogar	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Quintil 1	57,6%	0,1%	10,6%	2,1%	1,4%	15,4%	11,0%	1,8%
Quintil 2	44,1%	3,7%	4,1%	5,7%	0,1%	28,7%	11,5%	2,2%
Quintil 3	37,5%	1,3%	5,2%	1,5%	0,3%	33,3%	18,3%	2,6%
Quintil 4	26,5%	0,9%	2,0%	3,6%	0,5%	43,5%	18,3%	4,7%
Quintil 5	14,6%	1,5%	0,6%	5,4%	0,0%	48,1%	25,0%	4,8%
Total BOLIVIA	40,9%	1,6%	5,4%	3,5%	0,5%	30,1%	15,0%	2,8%

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

IV.2.6.5. Atención del parto según criterios económicos (ingresos)

El análisis de la atención del parto en los años 2008 y 2009 según criterios económicos muestra una relación clara entre pobreza y acceso al parto institucional, ya que solamente el 77,4% de las mujeres clasificadas como pobres (moderadas y extremas) lograron atender su parto de manera institucional, contra el 95,0% de las mujeres no pobres. Sin embargo, el punto de brecha es mayor según pobreza extrema: cuando el 92,7% de las mujeres no pobres extremas (es decir no pobres o pobres moderadas sin ser pobres extremas) accedieron a una atención institucional del parto, es el caso para solamente el 66,4% de las mujeres pobres extremas. Así, las mujeres pobres moderadas (pero no extremas), con una tasa de parto institucional de 89,1%, superior al promedio nacional de 85%, tienen un acceso relativamente similar al de las mujeres no pobres, demostrando que la falta de acceso se ubica casi exclusivamente en pobres extremas (ilustración 64). Esta situación se confirma con el análisis de la tasa de parto institucional según quintiles de ingreso: las mujeres pertenecientes al quintil 1 presentan una tasa de atención institucional de solamente 59,7% y las mujeres del quintil 2 de 80,5%. Sin embargo, para las mujeres con mayor ingreso familiar (a partir del tercer quintil), el acceso al parto institucional es independiente del nivel de ingreso, ya que la tasa de acceso es similar para los quintiles 3, 4 y 5 (entre 95% y 98%) (Ilustración 64).

Ilustración 64 – Acceso a atención institucional del parto según criterios económicos, 2008-09



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

Analizando más específicamente el acceso según el tipo de personal que proporcionó la atención del parto, se constata en coherencia con los resultados anteriores que las mujeres pobres extremas son las que tienen mayor atención por parte de familiares (26,8% contra 3,0% en mujeres no pobres y 4,5% en no pobres extremas), parteras y/o médicos tradicionales (5,0% contra 1,6% en no-pobres extremas) y enfermeras / auxiliares de enfermería (9,4% contra 2,9% en mujeres no pobres y 2,8% en mujeres no pobres extremas), mientras que una gran proporción de las mujeres no pobres reciben una atención médica del parto (92,1% de los partos). Esta repartición es aún más clara por quintil de ingreso, mediante los cuales se observa que a medida que se incrementa el nivel de ingreso, se incrementa la proporción de partos atendidos por médicos y disminuye la proporción de partos atendidos por enfermeras (a partir del tercer quintil), por partera, médico tradicional y familiar. Así, la proporción de partos atendidos por un médico es superior al 90% a partir del tercer quintil de ingreso (53,1% en el quintil 1 y 72% en el quintil 2), mientras que paralelamente, la proporción de partos atendidos por familiares baja de 11,5% a 3,2% entre los quintiles 2 y 3 (cuadro 78).

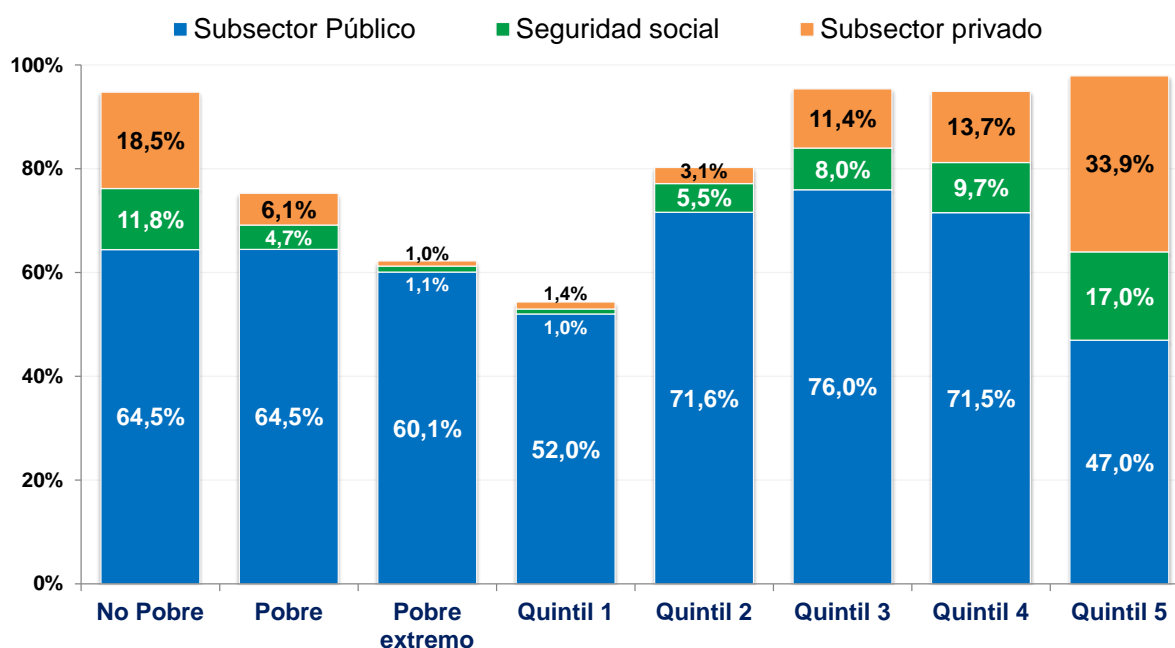
Cuadro 78 – Persona que proporcionó atención del parto, según criterios económicos, 2008-09

Criterios económicos	Institucional		No Institucional		
	Médico	Enfermera	Partera / Médico tradic.	Familiar	Otra persona
Personal de atención del parto según incidencia de pobreza y pobreza extrema					
No Pobres	92,1%	2,9%	1,6%	3,0%	0,4%
Pobres	71,3%	6,2%	3,3%	17,1%	2,2%
No pobres extremos	89,8%	2,8%	1,6%	4,5%	1,3%
Pobres extremos	57,0%	9,4%	5,0%	26,8%	1,7%
Pobres moderados y no pobres extremos	86,3%	2,8%	1,5%	6,8%	2,6%
Personal de atención del parto según quintil de ingreso per cápita del hogar					
Quintil 1	53,1%	6,6%	6,0%	33,3%	1,0%
Quintil 2	72,0%	8,6%	3,0%	11,5%	5,0%
Quintil 3	93,0%	3,2%	0,7%	3,2%	0,0%
Quintil 4	90,9%	4,1%	1,5%	3,5%	0,0%
Quintil 5	97,5%	0,0%	1,3%	0,0%	1,2%
Total BOLIVIA	80,3%	4,7%	2,6%	11,0%	1,4%

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

En relación al lugar de atención, se constata que las mujeres más pobres (pobres extremas, pertenecientes al quintil 1) son completamente dependientes del subsector público para la atención de su parto en establecimientos de salud: así, el 60,1% de las mujeres clasificadas como pobres

Ilustración 65 – Subsector de atención del parto, según criterios económicos, 2008-09



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

extremas atendieron su parto en el subsector público, pero estos partos representan el 96,5% de los partos atendidos en establecimientos de salud, demostrando la falta total de acceso al subsector privado y a la Seguridad Social que tienen estas mujeres (solamente 2,1% de los partos atendidos en estos dos subsectores, representando el 3,5% del total de los partos atendidos en establecimientos). La figura es evidentemente similar en mujeres del primer quintil, en las cuales el 52% de los partos son atendidos en el subsector público, representando el 95,7% de los partos atendidos en establecimientos de salud para el periodo 2008-09 (ilustración 65).

En personas no pobres y con mayor ingreso, existe un mayor acceso a los subsectores de la Seguridad Social y privado a medida que se incrementa el ingreso (estos dos subsectores atienden más de la mitad -50,9%- de todos los partos en mujeres del último quintil), disminuyendo así la dependencia hacia el subsistema público. Si bien las mujeres de los quintiles 2, 3 y 4 atienden una mayor proporción de los partos totales en el subsector público que las mujeres del quintil 1, debido a que reciben menos atención en casa, la atención en establecimientos de salud en estos quintiles es menos dependiente del subsector público: cuando el 95,7% de las mujeres del quintil 1 atendidas en establecimientos de salud lo fueron en el subsector público, esta proporción es de 89,2% en el quintil 2, 79,6% en el quintil 3, 75,3% en el quintil 4. En el quintil más rico, solamente el 48% de las mujeres atendidas en establecimientos de salud lo fueron en el subsector público, ya que estas mujeres tienen mayor acceso que el resto de la población al subsector privado y a la Seguridad Social de corto plazo (ilustración 65 y cuadro 79).

Cuadro 79 – Lugar de atención del parto según criterios económicos, 2008-09

Criterios económicos	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Lugar de atención del parto según incidencia de pobreza y pobreza extrema							
No Pobres	1,0%	16,9%	46,6%	64,5%	11,8%	18,5%	5,2%
Pobres	4,1%	13,7%	46,6%	64,5%	4,7%	6,1%	24,7%
No pobres extremos	1,3%	17,2%	47,8%	66,3%	10,4%	15,8%	7,5%
Pobres extremos	6,4%	10,1%	43,6%	60,1%	1,1%	1,0%	37,7%
Pobres moderados y no pobres extremos	1,8%	17,6%	49,7%	69,1%	8,4%	11,5%	10,9%
Lugar de atención del parto según quintil de ingreso per cápita del hogar							
Quintil 1	5,5%	6,6%	40,0%	52,0%	1,0%	1,4%	45,6%
Quintil 2	4,1%	17,0%	50,6%	71,6%	5,5%	3,1%	19,7%
Quintil 3	1,6%	20,0%	54,4%	76,0%	8,0%	11,4%	4,6%
Quintil 4	1,0%	18,8%	51,8%	71,5%	9,7%	13,7%	5,0%
Quintil 5	1,3%	12,1%	33,5%	47,0%	17,0%	33,9%	2,1%
Total BOLIVIA	2,8%	15,0%	46,8%	64,6%	7,7%	11,4%	16,3%

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

Según lugar específico de atención, se nota que las mujeres de ingreso bajo-medio (quintiles 2 a 4) son las que tienen mayor acceso a los hospitales públicos y a centros de salud, mientras que las mujeres más pobres (pobres extremas, quintil 1) presentan mayor proporción de atención que el resto de la población en su casa u otro lugar y en puestos de salud. Se observa también que la atención en centros de salud y hospitales públicos sigue un esquema en parábola (o en campana), incrementándose hasta el tercer quintil y disminuyendo luego (cuadro 79).

IV.2.7. Acceso a servicios de salud según cobertura por seguros y bono J. Azurduy

IV.2.7.1. Acceso institucional y exclusión según cobertura por seguros y bono J. Azurduy

En el caso de la cobertura por seguros de salud, las encuestas de hogares del INE permiten conocer qué porcentaje de la población declaró estar cubierto por algún seguro de salud (social, público, privado u otro): en este sentido, la cobertura reportada en estas encuestas se relaciona con el conocimiento y la percepción de las personas entrevistadas en estar protegidas por algún seguro de salud, y no corresponde entonces a las coberturas teóricas reportadas oficialmente por el INASES y por el Ministerio de Salud y Deportes (Dupuy 2011a).

El análisis del acceso a servicios de salud según cobertura reportada por seguros muestra una brecha clara entre las personas con seguro de salud (67,7% de atención institucional) y las personas sin seguros de salud (46,8%), explicada tanto por la atención institucional como por la auto-exclusión (ambos son mayores en personas sin seguro de salud) (cuadro 80). Esto se debe evidentemente al acceso económico, más sencillo para las personas que cuentan con seguros de salud, pero también con el hecho de que las personas no cubiertas son también las que viven en condiciones favorables a la exclusión de los servicios de salud institucionales: habitantes de áreas rurales, trabajadores informales y no empleados, pobres extremos, en poblaciones Indígenas Originarias, etc. Llama también la atención la proporción de personas aseguradas que reportaron no acceder al sistema de salud cuando percibieron la necesidad: si bien esta proporción es inferior a la exclusión en personas no aseguradas, queda aproximadamente un tercio de la población (32,3%) cubierta por algún seguro de salud que es excluida de los servicios de salud institucionales (cuadro 80), demostrando que no es suficiente implementar un mecanismo universal de cobertura de gastos en salud (o sea un seguro universal de salud) para lograr la cobertura universal en salud.

Cuadro 80 – Exclusión y acceso a servicios según cobertura por seguro de salud, 2009

Cobertura por Seguros de Salud	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Con Seguro de Salud	31,2%	67,7%	20,2%	12,1%	32,3%
Seguridad Social	24,1%	70,5%	18,4%	11,1%	29,5%
Seg. privados y otros	17,7%	67,3%	11,5%	21,3%	32,7%
Seguros Públicos	40,2%	66,1%	21,9%	12,0%	33,9%
SUMI	52,5%	63,2%	25,9%	10,9%	36,8%
SSPAM	50,2%	69,1%	14,7%	16,2%	30,9%
Seguros subnacionales	17,6%	75,1%	13,2%	11,7%	24,9%
Sin Seguro de Salud	17,6%	46,8%	34,9%	18,3%	53,2%
Total BOLIVIA	22,2%	56,6%	28,0%	15,4%	43,4%

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

Según tipo específico de seguro de salud declarado por las personas encuestadas, se constata que son las personas cubiertas en la Seguridad Social de corto plazo que reportan el mayor acceso institucional en caso de necesidad percibida (70,5%), seguidas por las personas afiliadas en seguros privados y otros seguros, como seguros extranjeros (67,3%) y finalmente por las personas beneficiarias de Seguros Públicos de Salud (66,1%). Dentro de estos Seguros Públicos, las personas con mayor acceso institucional son las que son cubiertas por los Seguros subnacionales, como el SUSAT de Tarija o seguros municipales (75,1%), seguidas por los adultos mayores (60 años y más) afiliados al SSPAM (69,1%) y los beneficiarios del SUMI (63,2%) (cuadro 80).

Otra variable que se puede relacionar con la cobertura por seguros de salud es la cobertura del bono Juana Azurduy, en el sentido que es un mecanismo nacional que incita a acceder a servicios de salud en la población beneficiaria, es decir las mujeres embarazadas y niños hasta dos años, y que se relaciona con criterios económicos (en este caso no el costo directo, que está cubierto por el SUMI, pero los costos indirectos y de oportunidad, que pueden ser cubiertos por el pago del Bono Juana Azurduy). De acuerdo con los datos de la encuesta de hogares 2009, en la población con derecho de recibir el Bono Juana Azurduy (mujeres embarazadas y niños hasta dos años), el acceso a servicios institucionales es mayor en las personas que cobraron efectivamente el bono Juana Azurduy en el año 2009, a pesar de que este beneficio no está distribuido para atención de la enfermedad, sino para controles prenatales y del niño (cuadro 81). Se necesitaría mayores estudios para poder afirmar en qué proporción este acceso mayor se debe al beneficio del Bono Juana Azurduy, pero se podría avanzar que el bono incita y crea una costumbre de acudir a servicios de salud institucionales, aunque sea en pequeñas proporciones.

Cuadro 81 – Exclusión y acceso a servicios según cobertura por bono J.Azurduy, 2009

Cobertura bono Juana Azurduy	Necesidad percibida (sin partos)	Acceso institucional	Atención no institucional	Auto-excluidos	Exclusión Total
Exclusión y acceso a servicios según cobertura del bono en beneficiarios potenciales					
No recibió el bono	39,3%	59,5%	28,3%	12,3%	40,5%
Recibió el bono	36,4%	66,5%	17,0%	16,6%	33,5%
Total Beneficiarios potenciales B.J.A.	38,9%	60,3%	26,9%	12,8%	39,7%
Exclusión y acceso a servicios según cobertura del bono en familiares de beneficiarios					
No familiar	20,3%	55,8%	28,3%	15,9%	44,2%
Familiar beneficiario	11,5%	52,8%	22,9%	24,3%	47,2%
Total NO Beneficiarios potenciales B.J.A.	20,1%	55,8%	28,2%	16,0%	44,2%

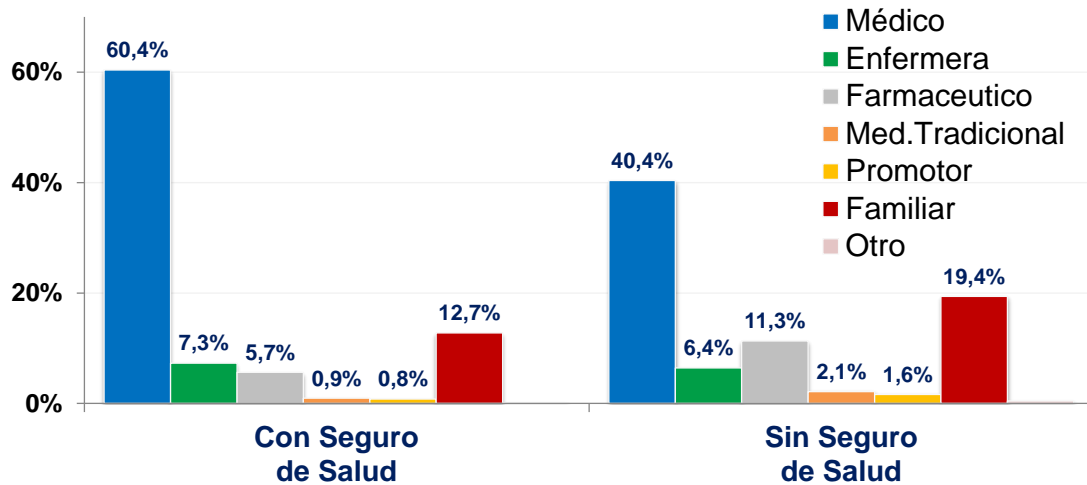
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Por otra parte, se analizó el acceso a servicios de salud en la población que no puede beneficiarse del Bono (es decir personas de más de dos años de edad y no embarazadas) desagregando según si estas personas cuentan con un miembro de su hogar que es beneficiario del Bono Juana Azurduy o no. En efecto se podía suponer que las personas que se benefician del Bono Juana Azurduy podían incitar a los miembros de su hogar a acompañarlas al centro de salud en caso de necesidad. Sin embargo, el resultado muestra que las personas que cuentan en su hogar con una persona que cobra el Bono Juana Azurduy no tienen mayor acceso que los demás, significando que el bono no estaría teniendo ningún impacto indirecto sobre la población no beneficiaria (cuadro 81).

IV.2.7.2. Personal de atención de la enfermedad según seguros de salud y bono J. Azurduy

Según el tipo de personal que proporcionó atención en salud (institucional o no), se notan diferencias significativas entre las personas que reportaron estar cubiertas por seguros de salud y las personas no cubiertas: así, el 60,4% de las personas cubiertas por seguros de salud y con necesidad percibida en salud fueron atendidas por un médico contra solamente el 40,4% de las personas que no reportaron cobertura por seguros de salud. En cambio, estas últimas acuden en mayores proporciones a farmacéuticos (11,3% contra 5,7% en personas con seguro), médicos tradicionales (2,1%), promotores (1,6%) y familiares (19,4%) (ilustración 66 y cuadro 82).

Ilustración 66 – Personal de atención de la enfermedad según cobertura por seguros, 2009



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

Según tipo de seguro, se puede notar que la atención por parte de un médico es mayor en las personas que reportaron estar cubiertas por Seguros Públicos subnacionales (68.9%), Seguridad Social (67,7%), seguros privados (66,1%) y SSPAM (64,4%); esta proporción es menor en las personas cubiertas por el SUMI (solamente 50,6% atendidas por un médico). En cambio, los beneficiarios del SUMI son los que reportaron mayor atención por parte de enfermeras (12,6% contra 3,6% en promedio en personas cubiertas por otros seguros), de tal manera que aproximadamente el 20% de las atenciones institucionales de beneficiarios del SUMI está realizada

Cuadro 82 – Personal de atención según cobertura por seguros y bono J. Azurduy, 2009

Cobertura por Seguros y bono Juana Azurduy	Institucional		No Institucional				
	Médico	Enferm.	Farmacéutico	Médico tradic.	Promotor	Familiar	Otro
Personal de atención de la enfermedad según cobertura por seguros de salud							
Con Seguro de Salud	60,4%	7,3%	5,7%	0,9%	0,8%	12,7%	0,1%
Seguridad Social	67,7%	2,9%	7,7%	0,8%	0,2%	9,7%	0,0%
Seg. privados y otros	66,1%	1,1%	4,3%	4,9%	0,0%	2,2%	0,0%
Seguros Públicos	55,9%	10,2%	4,6%	0,7%	1,2%	15,2%	0,2%
SUMI	50,6%	12,6%	5,0%	0,4%	1,0%	19,4%	0,0%
SSPAM	64,4%	4,8%	3,8%	0,6%	1,7%	7,6%	1,0%
Seguros subnacionales	68,9%	6,3%	4,0%	2,1%	1,2%	5,9%	0,0%
Sin Seguro de Salud	40,4%	6,4%	11,3%	2,1%	1,6%	19,4%	0,4%
Total BOLIVIA	49,8%	6,8%	8,6%	1,6%	1,2%	16,3%	0,3%
Personal de atención de la enfermedad según cobertura Bono J. Azurduy							
No recibió el bono	47,3%	12,2%	9,8%	0,6%	0,7%	17,2%	0,0%
Recibió el bono	58,4%	8,1%	0,9%	1,0%	0,3%	14,7%	0,0%
Total Beneficiarios potenciales B.J.A.	48,7%	11,7%	8,7%	0,7%	0,6%	16,9%	0,0%

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

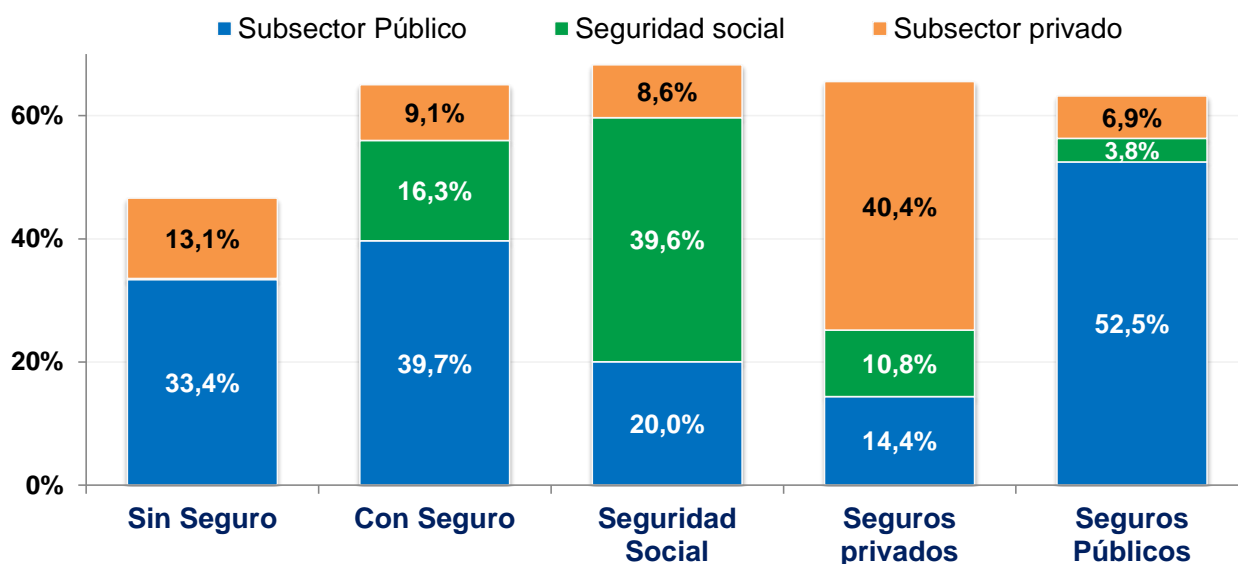
por enfermera o auxiliar de enfermería (el 80% restante por médicos), mientras que en las personas cubiertas por otros seguros de salud, la atención institucional está proporcionada a 95% por un médico y solamente 5% por una enfermera o auxiliar de enfermería. Los beneficiarios del SUMI son también las personas con seguro de salud que presentan la mayor proporción de atención por parte de familiares, con 19,4% de las atenciones, es decir la misma proporción que en personas no cubiertas por seguros. En cuanto a la atención por farmacéuticos, es mayor en personas afiliadas a la Seguridad Social (7,7% contra 4,6% en personas cubiertas por otros seguros) y la atención por médicos tradicionales es mayor en las personas que benefician de algún seguro privado (4,9% de las personas enfermas, contra 0,7% en personas cubiertas por otros seguros) (cuadro 82).

Finalmente, en la población en derecho de recibir el Bono Juana Azurduy (mujeres embarazadas y niños hasta dos años), la atención por parte de un médico es mayor en las personas que recibieron efectivamente el bono (58,4%) que en las personas que no cobraron este beneficio). En cambio, las personas que no recibieron el Bono Juana Azurduy están atendidas en mayores proporciones por farmacéuticos (9,8% contra 0,9% en personas que recibieron el bono), enfermeras / auxiliares de enfermería (12,2% contra 8,1% en beneficiarios del bono) y por familiares (17,2% contra 14,7% en beneficiarios del bono) (cuadro 82).

IV.2.7.3. Lugar de atención de la enfermedad según cobertura por seguros y bono J. Azurduy

El lugar de atención de la enfermedad muestra que el 46,6% de los individuos que reportaron no estar cubiertos por seguros de salud fueron atendidos en establecimientos de salud (estatales o privados) contra el 65,0% de las personas que cuentan con seguros de salud. De hecho, las personas que no cuentan con seguros de salud no tienen acceso al subsector de la Seguridad Social, y su atención depende solamente de los subsectores público y privado. Por otra parte, el subsector de atención en las personas con seguro de salud es evidentemente muy relacionado con el tipo de seguro: las personas cubiertas por la Seguridad Social acuden en mayor proporción a establecimientos de la Seguridad Social (58,1% de las atenciones realizadas en establecimientos de salud), las personas cubiertas por seguros privados acuden en mayor proporción a establecimientos del subsector privado (61,6% de las atenciones realizadas en establecimientos) y las personas cubiertas por seguros públicos acuden en mayor proporción a establecimientos del subsector

Ilustración 67 – Subsector de atención según cobertura por seguros de salud, 2009



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

público (83,0% del total de las atenciones realizadas en establecimientos). Sin embargo, el lugar de atención no es restrictivo según el tipo de seguro y una proporción significativa de personas acuden a subsectores que generalmente no corresponden al seguro que tienen, como por ejemplo, personas cubiertas por seguros privados como seguro principal pero que de igual manera acuden a establecimientos de la Seguridad Social de corto plazo y establecimientos públicos. Sin embargo, se constata que las personas cubiertas por seguros públicos tienen un acceso muy bajo a los demás subsectores, mientras que los afiliados a la Seguridad Social y a seguros privados guardan un acceso importante a los subsectores privado y público, y a los subsectores de la Seguridad social y público, respectivamente (ilustración 67 y cuadro 83).

Cuadro 83 – % de personas atendidas según lugar de atención y cobertura por seguros de salud, 2009

Cobertura por Seguros de Salud	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- ltorio	Clínica	Farma- cia	Casa	Otro
Con Seguro de Salud	9,5%	13,0%	17,1%	16,3%	3,0%	6,0%	5,4%	15,4%	2,1%
Seguridad Social	3,8%	6,9%	9,3%	39,6%	4,0%	4,6%	6,7%	12,2%	1,8%
Seg. privados y otros	0,7%	3,6%	10,0%	10,8%	1,7%	38,7%	2,2%	9,3%	1,7%
Seguros Públicos	13,3%	17,1%	22,0%	3,8%	2,6%	4,3%	4,9%	17,6%	2,3%
SUMI	14,6%	20,7%	18,0%	1,5%	2,6%	2,7%	5,1%	21,4%	2,5%
SSPAM	9,9%	8,8%	30,1%	8,8%	2,0%	8,2%	3,8%	12,0%	0,2%
Seguros subnacionales	12,1%	11,9%	29,7%	7,7%	3,4%	6,4%	5,5%	7,5%	4,1%
Sin Seguro de Salud	7,3%	10,1%	16,0%	0,2%	5,0%	8,0%	10,7%	22,2%	2,1%
Total BOLIVIA	8,4%	11,4%	16,5%	7,8%	4,1%	7,1%	8,2%	19,0%	2,1%

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

En la población que recibió el Bono Juana Azurduy, la atención institucional se desarrolla casi exclusivamente en el subsector público: en efecto, el 58,6% de los beneficiarios del bono que se sintieron enfermos acudieron al subsector público (principalmente centros de salud), representando el 94,6% de las atenciones realizadas en establecimientos de salud. Este dato significa que de los beneficiarios del bono atendidos en establecimientos de salud, solamente el 5,4% lo fueron en establecimientos de la Seguridad Social o en establecimientos privados. En cambio, las mujeres y niños teóricamente elegibles pero que no recibieron el bono Juana Azurduy presentan una mayor proporción de atenciones en la Seguridad Social de corto plazo, en consultorios y clínicas privadas, en farmacias y en su propia casa (cuadro 84).

Cuadro 84 – % de personas potencialmente beneficiarias del B.J.A. atendidas según lugar de atención y según cobertura por Bono Juana Azurduy, 2009

Criterios económicos	Subsector Público			Caja de Salud	Subs. privado		Otro lugar		
	P.S.	C.S.	Hosp.		Consu- ltorio	Clínica	Farma- cia	Casa	Otro
No recibió el bono	12,4%	16,8%	13,9%	4,8%	3,9%	4,8%	10,0%	18,8%	2,4%
Recibió el bono	8,5%	30,1%	19,9%	1,1%	0,0%	2,2%	0,9%	17,8%	2,9%
Total Beneficiarios potenciales B.J.A.	11,9%	18,4%	14,6%	4,3%	3,4%	4,5%	8,9%	18,7%	2,4%

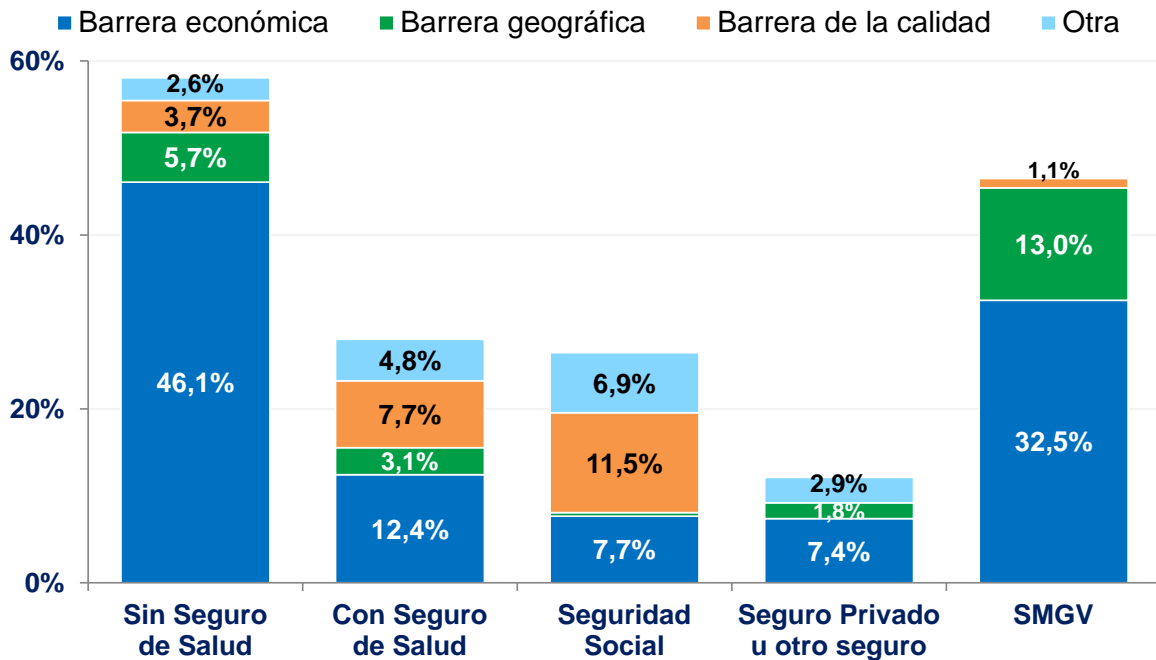
Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

IV.2.7.4. Razón de no atención según cobertura por seguros de salud

Como fue mencionado a lo largo del presente estudio, los datos de la encuesta continua de hogares 2003-2004 permiten analizar las causas de demanda contenida, es decir la razón por la cual la persona no buscó atención para resolver el problema de salud que identificó. Sin embargo, en el caso de la cobertura por seguros de salud, los resultados de la encuesta 2003-04 no siguen la misma desagregación de cobertura que en la encuesta 2009, ya que no se incluye el SUMI dentro de la pregunta “¿Está afiliado o cubierto por algún seguro de salud?”, lo que se debe tomar en cuenta en la interpretación de los resultados. Si bien existió una pregunta relacionada con el SUMI en la encuesta 2003-04, está no es compatible con la percepción de afiliación o cobertura por algún seguro de salud (se preguntó si la persona se benefició de alguna prestación del SUMI en el año).

Dadas estas consideraciones metodológicas, se observa a partir del análisis de los datos de la encuesta continua de hogares 2003-04 que las personas no cubiertas por seguros de salud son las que sufren mayores barreras de acceso: estas barreras explican el 58,1% de la auto-exclusión en personas sin seguro de salud, mientras que las personas cubiertas reportan mayor proporción de casos leves o automedicación, es decir menos barreras de acceso (ilustración 68 y cuadro 85). Por tipo de barrera de acceso, se constata que la barrera económica es el principal freno a la atención de personas sin seguros de salud, explicando el 46,1% de la demanda contenida. Estas personas también reportan una mayor magnitud de barreras geográficas (5,7% contra 3,1% en personas con seguro de salud). En cambio, las personas cubiertas por seguro de salud presentan una mayor magnitud de barreras relacionadas con la calidad de atención (7,7% contra 3,7% en personas no cubiertas) así que una mayor magnitud de otras barreras, como la falta de tiempo o la indisponibilidad del personal de salud (4,8% contra 2,6% en personas no cubiertas por seguros de salud). En las personas con seguro de salud, se confirma el hecho de que no es suficiente un mecanismo de cobertura de gastos en salud (un seguro) para lograr la cobertura universal en salud; en efecto estas personas cubiertas también presentan una variedad de barreras al acceso, inclusive económicas: si bien esta barrera económica es mucho menos importante que en personas sin seguro de salud, sigue significativa por la existencia de costos indirectos no cubiertos por los seguros de salud (transporte por ejemplo) y de costos de oportunidad (ilustración 68 y cuadro 85).

Ilustración 68 – Principales barreras a la atención, según cobertura por seguro de salud, 2003-04



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

Por otra parte, se constata una importante diferencia en la incidencia de barreras al acceso y en la naturaleza de estas barreras según el tipo de seguro. Así, mientras que solamente el 12,1% de las personas afiliadas a seguros privados presentaron algún tipo de barrera al acceso (significando que el 87,9% no necesitaron atención porque era un caso leve o se automedicaron), la proporción de barreras de acceso dentro de la población con demanda contenida fue de 26,5% en personas afiliadas a la Seguridad Social de corto plazo y de 46,5% en adultos mayores afiliados entonces en el Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV). En relación al tipo de barrera, se constata que los afiliados a la Seguridad Social constituyen uno de los pocos grupos de población en los cuales la barrera económica no es la más prevalente, sino la barrera relacionada con la calidad de atención (11,5% de los casos de demanda contenida, representando el 43,4% de todas las barreras); en las personas afiliadas a seguros privados, la barrera económica sigue siendo la barrera al acceso más importante, aunque está de baja magnitud (el 7,4% de la demanda contenida lo fue por esta razón), pero no se reportaron casos de demanda contenida por razones de mala calidad. En las personas afiliadas al SMGV, se observa una fuerte incidencia de las barreras económicas y de las barreras geográficas: las barreras económicas (32,5%), si bien son menos importantes que en las personas sin seguro de salud, siguen siendo muy por encima del promedio de las personas cubiertas; pero los beneficiarios del SMGV se caracterizan sobre todo por una fuerte incidencia de barreras geográficas (13,0%, es decir 2,5 veces más que en el resto de la población), que se podría explicar por la lejanía de los establecimientos de salud que atendían el SMGV, ya que estos pertenecían exclusivamente al subsector de la Seguridad Social de corto plazo (ilustración 68 y cuadro 85).

Cuadro 85 – Razón de no atención según cobertura de los seguros de salud, 2003-04

Cobertura de Seguros de Salud	Razones económicas		Razones geográficas (distancia)	Razones de calidad		No necesitó atención		Otra Razón
	Falta dinero	Sin Seguro		Servicio malo	Negación atención	Caso leve	Automedicación	
Razón de no atención de la enfermedad según cobertura reportada por seguro								
Total con Seguro	12,3%	0,1%	3,1%	7,2%	0,5%	55,5%	16,5%	4,8%
<i>Seguridad Social</i>	7,7%	0,0%	0,4%	11,5%	0,0%	58,9%	14,6%	6,9%
<i>Seguro privado</i>	6,9%	0,4%	1,8%	0,0%	0,0%	66,5%	21,4%	2,9%
<i>SMGV</i>	32,5%	0,0%	13,0%	0,0%	1,1%	36,5%	17,0%	0,0%
Sin Seguro	44,3%	1,8%	5,7%	3,1%	0,5%	27,1%	14,8%	2,6%
Razón de no atención de la enfermedad según beneficio del SUMI en periodo 2003-04								
Benefició del SUMI	51,2%	0,0%	2,7%	0,8%	3,3%	23,3%	17,6%	1,0%
No benefició del SUMI	50,6%	1,3%	0,5%	6,6%	0,2%	30,8%	10,1%	0,0%
Total BOLIVIA	40,9%	1,6%	5,4%	3,5%	0,5%	30,1%	15,0%	2,8%

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

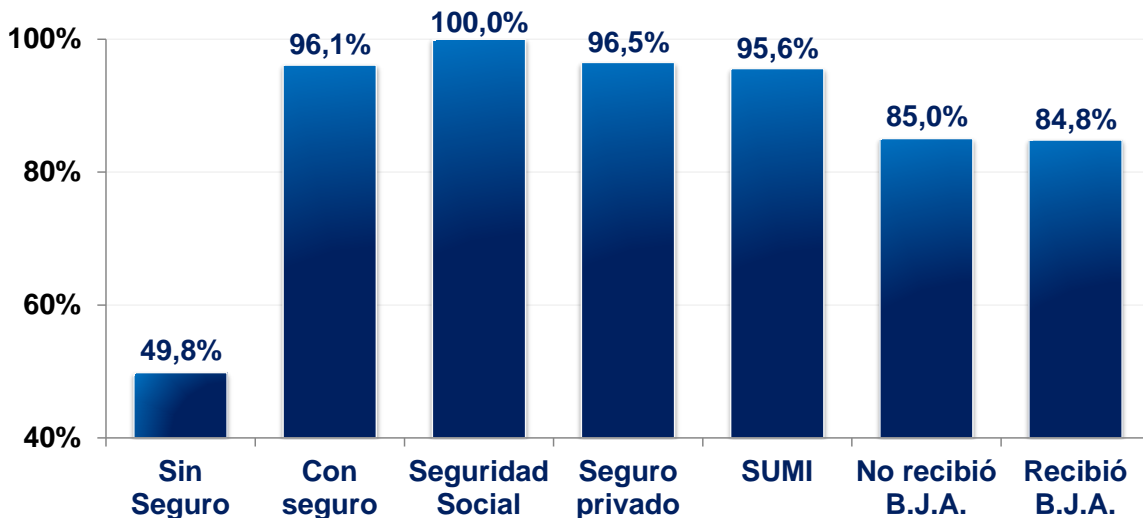
Finalmente, la encuesta de hogares 2003-2004 permite acercarse a la variable de cobertura por el SUMI preguntando si la persona se benefició de alguna prestación de este seguro en el periodo considerado. En este caso, no se muestran importantes diferencias de barreras de acceso en las mujeres y niños que se beneficiaron alguna vez del SUMI y las mujeres y niños elegibles que nunca utilizaron este beneficio ya que ambas poblaciones presentan la misma incidencia de barreras económicas (entre 51 y 52% de las causas de demanda contenida). Las diferencias provienen del hecho que los beneficiarios del SUMI reportaron mayor magnitud de barreras geográficas, de negación de atención y de automedicación. En cambio, las mujeres y niños que no se beneficiaron del SUMI presentan una mayor incidencia de mala calidad de atención (6,6% contra solamente 0,8% en los beneficiarios del SUMI) y de casos leves que no necesitaron atención (cuadro 85).

IV.2.7.5. Atención del parto según cobertura por seguros y bono J. Azurduy

En el caso de la cobertura del parto por seguros de salud, la encuesta de hogares 2009, al igual que las encuestas 2007 y 2008, incluye una pregunta específica sobre el seguro de salud con el cual fue cubierto el último embarazo. Esta pregunta permite conocer con más exactitud el seguro utilizado para este servicio específico (atención del parto), mientras que la pregunta “¿Está afiliado o cubierto por algún seguro de salud?” reporta una cobertura general por algún seguro de salud. Debido a esta diferencia metodológica, existen también diferencias en el reporte de ambas preguntas: por ejemplo, existen mujeres que no reportaron cobertura general por seguros pero cual último parto fue cubierto por el SUMI, o mujeres que reportaron cobertura general por Seguridad Social o Seguro Público, pero que fueron cubiertas por un seguro privado para la atención de su último parto. De esta manera, de las mujeres que tuvieron parto en el periodo 2008-2009, solamente el 37,8% reportaron cobertura general por seguro de salud (pregunta 3.30 “¿Está afiliada o cubierta por algún seguro de salud?”), mientras que el 76,0% de estas mismas mujeres reportaron haber beneficiado de algún seguro de salud para la atención de su parto (pregunta 3.22 “¿La atención de su último parto estuvo a cargo de alguno de los siguientes seguros?”). Generalmente, se observa un desplazamiento de las mujeres sin seguro general, con seguro social o con seguro subnacional hacía una cobertura del parto por SUMI o seguro privado: por ejemplo, la cobertura general de la Seguridad Social reportada en mujeres que tuvieron parto en el periodo 2008-2009 (pregunta 3.30) es de 11,5%, pero para la atención específica del parto (pregunta 3.22), es de solamente 8,4%; al inverso, la cobertura general de seguros privados reportada en mujeres que tuvieron parto entre 2008 y 2009 (pregunta 3.30) es de solamente 1,9%, pero para la atención específica del parto (pregunta 3.22), es de 3,3%.

Según el criterio utilizado (seguro general o seguro del último parto), el análisis de acceso da resultados muy diferentes: por ejemplo, de las mujeres que tuvieron parto en el periodo 2008-2009 y que reportaron no estar cubierta en general por algún seguro (pregunta 3.30), el 80,3% tuvo un parto institucional; pero en el caso de las mujeres que reportaron no haber estado cubierta por un seguro para la atención de su último parto (pregunta 3.22), sólo el 49,8% tuvo un parto institucional. A continuación, se utiliza solamente el criterio del seguro con el cual se cubrió el último parto, ya que esta variable refleja más el acceso al servicio específico de atención del parto. En este marco, se constata una brecha grande entre las mujeres que beneficiaron de un seguro de salud, de las cuales el 96,1% tuvo parto institucional (atendido por médico o enfermera) y las mujeres sin seguro de salud, para las cuales solamente el 49,8% recibió atención institucional del parto (ilustración 69).

Ilustración 69 – Acceso a atención institucional del parto según cobertura del embarazo por seguros de salud y beneficio del Bono Juana Azurduy (B.J.A.), 2008-09



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

La atención institucional en mujeres con seguro de salud no es de 100% ya que algunos partos en beneficiarias del SUMI o de seguros privados fueron atendidos de manera no institucional, lo que podría reflejar el caso de algunas mujeres que no pudieron acceder a una atención institucional por razones geográficas, es decir mujeres que iniciaron su trabajo de parto lejos de algún servicio institucional. En relación al beneficio del bono Juana Azurduy, si bien este parece influir en el acceso a servicios de salud para tratar enfermedades (cuadro 81), no se puede demostrar con la presente metodología ningún impacto sobre el acceso a una atención institucional del parto, ya que las mujeres que se beneficiaron del bono presentan la misma tasa de atención institucional que las mujeres que no recibieron este beneficio, con aproximadamente 85% (ilustración 69). Sin embargo, para conocer el impacto real del Bono Juana Azurduy, se debería evaluar si las mujeres que cobraron este beneficio habrían sido atendidas institucionalmente si no hubieran recibido el bono: en el caso de que estas mujeres no hubieran sido atendidas institucionalmente sin el bono, se podría afirmar que el bono tuvo un impacto sobre el acceso institucional al parto.

Por tipo de personal que proporcionó la atención del parto, las mujeres sin seguro de salud son atendidas a 47% por médicos, seguidos por familiares (38,4% de los partos) y por parteras o médicos tradicionales (9,4%). En cambio, el 90,8% de las mujeres cubiertas con seguro se hicieron atender por un médico, el 5,3% por enfermera / auxiliar y solamente el 2,4% por un familiar; la proporción de partos atendidos por médico es aún más importante en mujeres cubiertas por seguros sociales y privados, con respectivamente 100% y 96,5%. En relación al criterio del bono Juana Azurduy, se constata una propensión ligeramente mayor a hacerse atender por un médico en las mujeres que recibieron el bono, pero sin que esta diferencia sea muy significativa (cuadro 86).

Cuadro 86 – Persona que proporcionó atención del parto, según cobertura del embarazo por seguros de salud y beneficio del Bono Juana Azurduy (B.J.A.), 2008-09

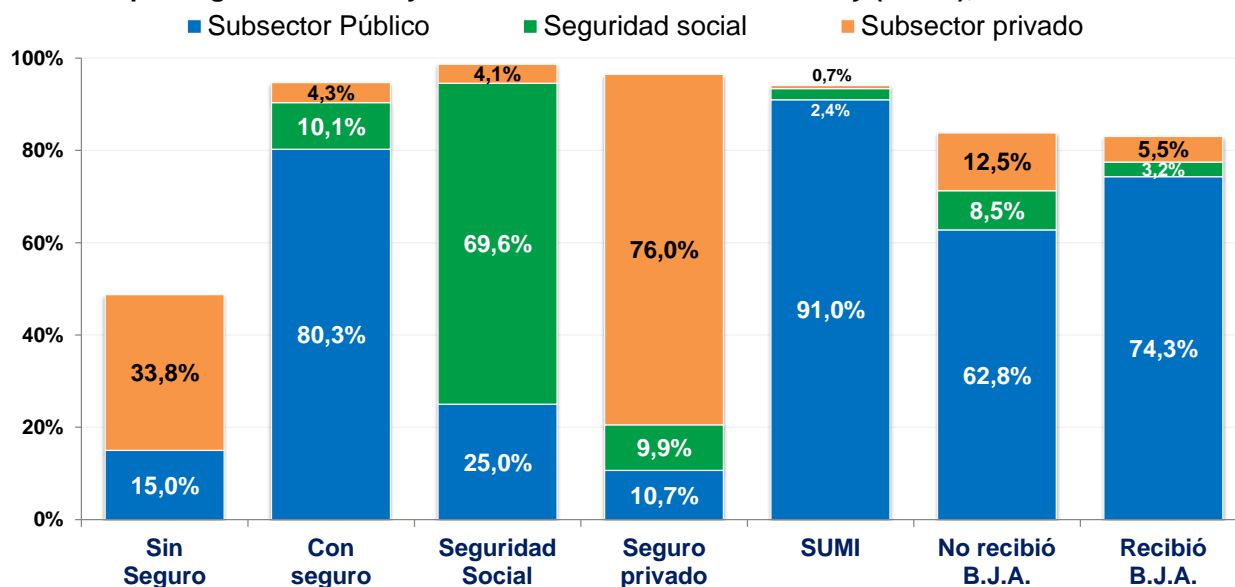
Cobertura de Seguros de Salud y Bono J.A.	Institucional		No Institucional		
	Médico	Enfermera	Partera / Médico tradic.	Familiar	Otra persona
Personal de atención del parto según cobertura reportada por seguro					
Total con Seguro	90,8%	5,3%	0,4%	2,4%	1,1%
<i>Seguridad Social</i>	100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
<i>Seguro privado</i>	96,5%	0,0%	0,0%	3,5%	0,0%
<i>SUMI</i>	89,3%	6,3%	0,5%	2,6%	1,3%
Sin Seguro	47,0%	2,8%	9,4%	38,4%	2,4%
Personal de atención del parto según beneficio del Bono Juana Azurduy					
No recibió Bono J.A.	79,8%	5,3%	3,1%	11,0%	0,9%
Recibió el Bono J.A.	83,0%	1,9%	0,0%	11,3%	3,8%
Total BOLIVIA	80,3%	4,7%	2,6%	11,0%	1,4%

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

Respecto al lugar de atención, se puede notar que las mujeres que no cuentan con seguro de salud lógicamente no acuden al subsector de la Seguridad Social, y atienden su parto mayormente en su casa (51,2% de los partos). Cuando logran acceder a un establecimiento de salud, es en primer lugar en el subsector privado (33,8% de los partos correspondiendo al 69,2% de los partos atendidos en establecimientos), seguido por el subsector público (15% de los partos o sea 30,8% de los partos atendidos en establecimientos). Por otra parte, el lugar de atención en mujeres cubiertas depende evidentemente del tipo de seguro: las mujeres cubiertas por la Seguridad Social acuden en mayor proporción a establecimientos de este subsector (70,5% del total de los partos atendidos en

establecimientos), las personas cubiertas por seguros privados acuden en mayor proporción a clínicas privadas (78,7% de los partos atendidos en establecimientos) y las personas cubiertas por el SUMI acuden sobre todo a establecimientos del subsector público (96,7% de las atenciones realizadas en establecimientos). Sin embargo, el lugar de atención del parto no es siempre restringido al subsector al cual corresponde el seguro, como puede ser el caso de mujeres cubiertas por seguros privados pero que fueron atendidas en el subsector público (ilustración 70 y cuadro 87).

Ilustración 70 – Subsector de atención del parto, según cobertura del embarazo por seguros de salud y beneficio del Bono Juana Azurduy (B.J.A.), 2008-09



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

Cuadro 87 – Lugar de atención del parto según cobertura por seguros de salud, 2008-09

Cobertura de Seguros de Salud y Bono J.A.	Subsector Público				Seguridad Social	Subsector Privado	Casa
	P.S.	C.S.	Hosp.	TOTAL			
Total con Seguro	3,4%	19,4%	57,4%	80,3%	10,1%	4,3%	5,3%
Seguridad Social	0,0%	1,2%	23,8%	25,0%	69,6%	4,1%	1,3%
Seguro privado	5,3%	0,0%	5,4%	10,7%	9,9%	76,0%	3,5%
SUMI	3,8%	22,8%	64,4%	91,0%	2,4%	0,7%	5,9%
Sin Seguro	0,7%	1,1%	13,2%	15,0%	0,0%	33,8%	51,2%
Total BOLIVIA	2,8%	15,0%	46,8%	64,6%	7,7%	11,4%	16,3%

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

Finalmente, en relación a la cobertura del Bono Juana Azurduy, las mujeres que lo cobraron acuden en mayores proporciones al subsector público que las que no recibieron el beneficio, ya que es en este subsector que se realiza la contraparte del bono (los controles prenatales y el parto). Sin embargo, algunas mujeres beneficiarias, que representan el 10,5% de los partos atendidos en establecimientos de salud, se hicieron atender en establecimientos privados y de la Seguridad Social. Esta figura corresponde probablemente a mujeres que cobraron el bono para controles prenatales pero que prefirieron hacerse atender en otro subsector para el parto (ilustración 70).

IV.3. Calidad de atención percibida en servicios de salud

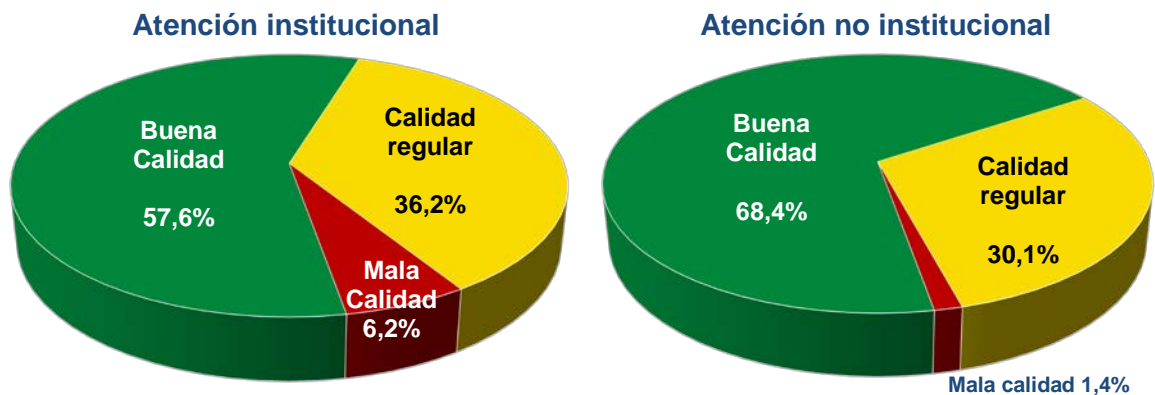
IV.3.1. Calidad percibida general y exclusión ajustada por criterio de calidad

La dimensión de la calidad, introducida en la encuesta de hogares 2009, puede ser considerada como un último criterio de acceso a servicios de salud institucionales: la pregunta de la encuesta se dirigió a las personas que reportaron haberse sentido enfermas en el mes anterior a la encuesta y que lograron acceder a alguna atención en salud (institucional o no). En este marco, se pueden considerar como excluidas a las personas que habiendo accedido a una atención institucional, reportaron una mala calidad de atención. En cambio, las personas que reportaron una calidad de atención buena o regular en la atención institucional no se consideran como excluidas.

En este marco, cabe precisar que el criterio de calidad reportado en la encuesta de hogares 2009 es totalmente subjetivo y depende, entre otros, de la historia, de las esperanzas o de las preferencias de cada persona entrevistada. Así, la calidad en general incluye criterios y puntos de vista múltiples, y desde el punto de vista de un paciente, puede comprender la eficacia del servicio (resolución del problema de salud para el cual la persona recibió atención), el acceso al servicio, la adecuación intercultural, las relaciones entre el paciente y el personal de salud (buen trato, amabilidad y otros), comodidad del establecimiento de salud, disponibilidad de tecnologías, entre otros, o la interacción de estos diferentes criterios. También puede tener un rol importante la diferencia entre la calidad esperada y calidad efectivamente recibida: una persona que esperaba recibir una calidad muy alta y que no recibió efectivamente el nivel de calidad que esperaba en función de sus preferencias, podrá reportar mala calidad. En este sentido, dos personas que reciben exactamente la misma atención (mismo lugar, mismo personal, etc.) pueden emitir una valoración de calidad opuesta, de acuerdo con sus preferencias y según los criterios de calidad que consideran como más importantes

A nivel agregado, de las 2.285.613 personas que se enfermaron o accidentaron durante las cuatro semanas anteriores a la encuesta, el 84,6% fue atendido (de manera institucional o no). De estas 1.934.843 personas atendidas, el 81,7% emitió alguna valoración referida a la calidad de atención, tanto para atención institucional como para la no institucional, de acuerdo con la desagregación utilizada por el INE (calidad buena, regular o mal), significando que el 18,3% de las personas atendidas no quiso o no pudo emitir un criterio de calidad percibida, o bien no ha respondido positivamente a la pregunta de enfermedad (es el caso de los niños considerados como enfermos sin haberse sentido enfermo, sino por haber reportado IRA o EDA). Los resultados generales muestran que de estas personas atendidas y que respondieron a la pregunta sobre, el 61,1% reportó buena calidad de atención, el 34,2% calidad regular y el 4,7% mala calidad.

Ilustración 71 – Calidad percibida según tipo de atención recibida, 2009

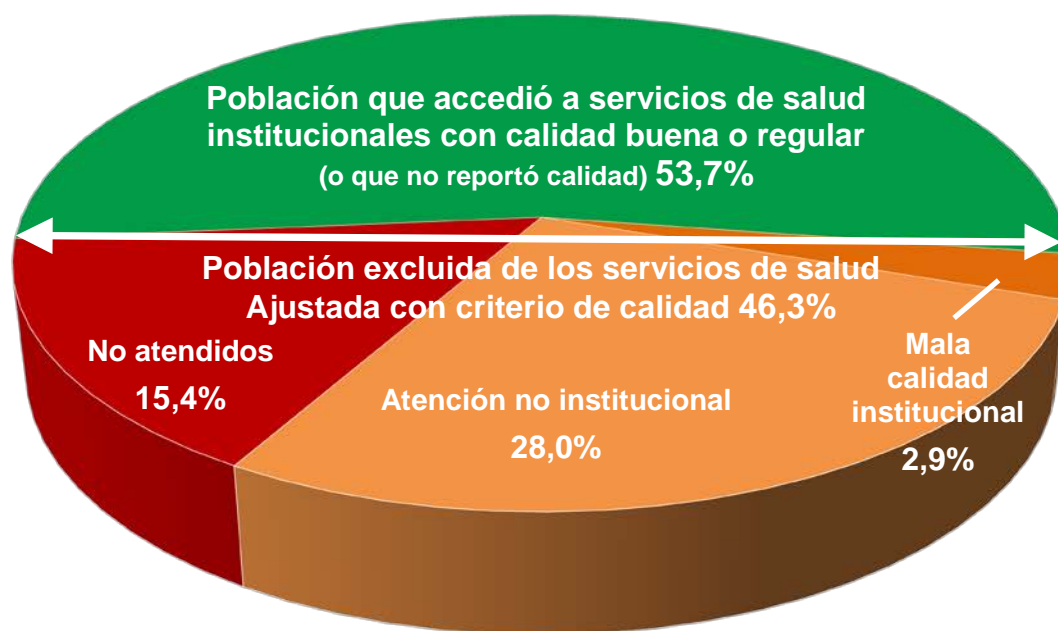


Fuente: elaboración propia en base a datos de INE (2011b)

Sin embargo, el interés de este análisis es de identificar mala calidad en las personas que recibieron atención institucional, para así determinar una tasa de exclusión ajustada por el criterio de calidad (las personas que fueron atendidas no institucionalmente ya fueron consideradas como excluidas por el hecho de no haber accedido a servicios de salud institucionales). En este caso, el 57,6% de las personas que recibieron atención institucional y que respondieron a la pregunta sobre calidad percibieron buena calidad de atención, mientras que una calidad regular fue reportada en 36,2% de los casos y mala calidad en 6,2% de los casos. Pero lo que más llama la atención es que las personas que recibieron atención no institucional reportaron generalmente una mejor calidad de atención que las personas atendidas institucionalmente, tanto desde el lado positivo (mayor proporción de buena calidad percibida) como del lado negativo (menor proporción de mala calidad percibida): así, de las personas que recibieron atención no institucional y que respondieron a la pregunta sobre calidad, el 68,4% reportó buena calidad de atención, el 30,1% una calidad regular y solamente el 1,4% una mala calidad de atención (ilustración 71).

A nivel agregado, se incrementa entonces la proporción de población excluida cuando se considera el criterio de mala calidad de atención institucional. En efecto, el 6,2% de la población atendida institucionalmente y que reportó mala calidad (ilustración 71) representa el 2,9% del total de la población con necesidad percibida en salud. De acuerdo con los criterios mencionados anteriormente, está población se viene a añadir dentro de la población excluida de los servicios de salud, ya que a pesar de haber accedido a un servicio institucional, no lograron hacerse atender de manera normal. En este contexto, la tasa de exclusión de los servicios de salud ajustada por el criterio de calidad asciende a 46,3% de la población con necesidad percibida en salud, en lugar de 43,4% si no se considera el criterio de calidad: el 15,4% tuvo demanda contenida, el 28,0% fue atendido de manera no institucional y el 2,9% fue mal atendido en servicios institucionales. La proporción de personas que lograron acceder a servicios institucionales con calidad buena o regular (o que no reportaron criterio de calidad) es entonces de 53,7%, en lugar de 56,6% si no se considera el criterio de calidad (ilustración 72). Por otra parte, cabe señalar que esta exclusión por mala calidad podría ser subestimada, ya que por no reportar información, el 18,3% de la población atendida institucionalmente y que no reportó criterio de calidad se consideran todavía dentro de la población con acceso, es decir fuera de la población excluida.

Ilustración 72 – Proporción de población excluida ajustada por el criterio de calidad, 2009



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

IV.3.2. Calidad percibida según personal de atención

En relación a la persona que atendió a la enfermedad percibida, las personas encuestadas perciben mayor calidad cuando fueron atendidas por “otra persona”, generalmente un(a) amigo(a) o un(a) vecino(a), con un reporte de buena calidad de 86,7% y ningún informe de mala calidad. Sin embargo, las personas atendidas por “otras personas” son muy pocas para que este dato sea realmente significativo. Luego, la mejor atención percibida está proporcionada por familiares, con 70,9% de opiniones de buena calidad y 1,1% de mala calidad; en este caso, también se puede contrastar este buen resultado por el hecho de que el 25% de los reportes de buena calidad corresponden a niños menores de 10 años, para los cuales es probable que sea la misma persona que proporcionó la atención que respondió a la encuesta. La atención proporcionada por farmacéuticos se ubica en tercer lugar en calidad, con un nivel percibido similar a las atenciones proporcionadas por un familiar (69,4% de buena calidad, 1,3% de mala calidad). Por otro lado, los tipos de personal para los cuales se reporta menor calidad percibida, es decir para los cuales la buena calidad es la más baja y la mala calidad la más alta, son los médicos, enfermeras / auxiliares de enfermería (es decir el conjunto del personal institucional), los médicos tradicionales y los promotores de salud: en caso de la mala calidad, es mayor en enfermeras (6,9%) y en médicos (6,1%), mientras que la buena calidad es menos identificada en médicos tradicionales (48,8%), enfermeras / auxiliares de enfermería (53,7%), promotores (57,7%) y médicos (58%) (cuadro 88).

Cuadro 88 – Calidad percibida según personal de atención de la enfermedad, 2009

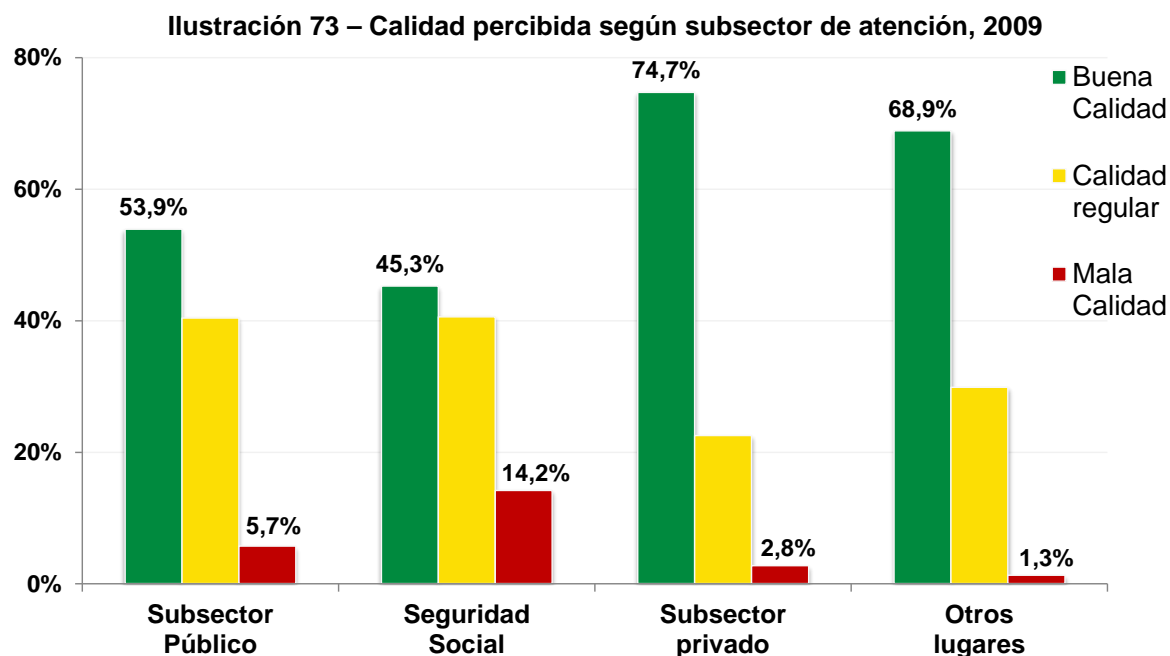
Personal que atendió la enfermedad	Calidad de atención percibida		
	Buena	Regular	Mala
Atención Institucional	57,6%	36,2%	6,2%
<i>Médico</i>	58,0% (4)	35,9%	6,1% (6)
<i>Enfermera / auxiliar de enfermería</i>	53,7% (6)	39,4%	6,9% (7)
Atención no institucional	68,4%	30,1%	1,4%
<i>Familiar</i>	70,9% (2)	28,1%	1,1% (2)
<i>Farmacéutico</i>	69,4% (3)	29,3%	1,3% (3)
<i>Médico tradicional</i>	48,8% (7)	48,0%	3,2% (4)
<i>Promotor de salud</i>	57,7% (5)	38,4%	3,8% (5)
<i>Otra persona</i>	86,7% (1)	13,3%	0,0% (1)
Total general	61,1%	34,2%	4,7%

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

IV.3.3. Calidad percibida según lugar y subsector de atención

El análisis de la calidad percibida para el lugar en el cual se atendió a las personas que reportaron alguna enfermedad muestra que de manera general, la población percibe mayor calidad en lugares no institucionales (casa, farmacia u otros) que en establecimientos de salud, lo que es coherente con los resultados de calidad percibida mayor en la atención proporcionada por familiares y farmacéuticos: mientras que las personas atendidas en establecimientos de salud reportaron buena calidad en un proporción de 57,2% y mala calidad en 6,4%, la atención fuera de los establecimientos de salud fue percibida como buena en 68,9% de los casos y mala en solo 1,3%. Dentro de la atención proporcionada en el sistema de salud, la mejor calidad está reportada en el subsector privado (74,7% de atención percibida como buena y 2,8% como mala) y la peor calidad se

percibe en la Seguridad Social de corto plazo, con solamente 45,3% de atenciones de buena calidad y 14,2% de mala calidad. El subsector público se encuentra en un nivel intermedio, con 53,9% de buena calidad y 5,7% de mala calidad percibida (ilustración 73).



Por lugar específico de atención, se reporta la mejor calidad de atención en los consultorios privados (81,4% de buena calidad y 1,6% de mala calidad), seguidos por las farmacias, clínicas privadas y casa, con respectivamente 70%, 70,9% y 69,6% de buena calidad y 1,4%, 3,4% y 1,2%

Cuadro 89 – Calidad percibida según lugar de atención, 2009

Lugar de atención de la enfermedad	Calidad de atención percibida		
	Buena	Regular	Mala
Subsector Público	53,9%	40,4%	5,7%
<i>Puesto de salud</i>	48,6% (8)	44,2%	7,2% (8)
<i>Centro de salud</i>	56,4% (6)	37,7%	6,0% (7)
<i>Hospital público</i>	54,6% (7)	40,5%	4,9% (6)
Seguridad Social (Caja de Salud)	45,3% (9)	40,6%	14,2% (9)
Subsector privado	74,7%	22,5%	2,8%
<i>Consultorio privado</i>	81,4% (1)	17,0%	1,6% (4)
<i>Clínica privada</i>	70,9% (2)	25,7%	3,4% (5)
Otros lugares	68,9%	29,9%	1,3%
<i>Su casa</i>	69,6% (4)	29,2%	1,2% (1)
<i>Farmacia</i>	70,0% (3)	28,6%	1,4% (3)
<i>Otro lugar</i>	57,4% (5)	41,3%	1,3% (2)

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

de mala calidad reportada. En cambio, los lugares con peor calidad son los establecimientos de la Seguridad Social de corto plazo (no se diferencia hospitales, policlínicos y otros), tanto del punto de vista positivo (menor proporción de buena calidad reportada, con 45,3%) como del punto de vista negativo (mayor proporción de mala calidad, con 14,2%). Luego, los puestos de salud son los segundos menos valorados, con 48,6% de buena calidad y 7,2% de mala calidad. Siguen los centros de salud y los hospitales públicos, para los cuales se reporta respectivamente 56,4% y 54,6% de buena calidad, y 6,0% y 4,9% de mala calidad (cuadro 89).

IV.3.4. Calidad institucional percibida según grupos de población

Analizando en forma rápida la calidad de la atención institucional por grupos de población, se constata que las brechas más grandes en la percepción de la calidad se encuentran según criterios de Departamento de residencia (entre Santa Cruz con mejor calidad y Tarija con peor calidad), edad (entre 40 y 49 años con mejor calidad y 70 años y más con peor calidad), idioma hablado (entre personas que solo hablan castellano, con mejor calidad y personas que solo hablan idioma nativo, con peor calidad), tipo de contrato (entre consultores con mejor calidad y personas con ítems, con peor calidad percibida) y cobertura por seguros de salud (entre personas cubiertas por seguros privados, con mejor calidad y personas cubiertas por seguros sociales y seguros subnacionales, con peor calidad). En cambio, no se observan brechas muy importantes entre hombres y mujeres, entre pobres extremos y no pobres (los no pobres reportan una proporción de buena calidad ligeramente mayor, pero también una mayor proporción de mala calidad), entre quintiles de ingreso (mismos resultados que para incidencia de pobreza), entre población en edad de trabajar activa y económicamente inactiva, y según beneficio del bono Juana Azurduy (cuadro 90).

Respecto a criterios geográficos, la calidad reportada es ligeramente mayor en el área urbana (59,4% de buena calidad) que en el área rural (53,8%), a pesar de que la mala calidad se reporta en proporciones similares en ambas áreas (entre 6,1 y 6,3%). Por departamentos, Potosí, Tarija, Chuquisaca, La Paz y Oruro son los departamentos en los cuales se reporta la menor proporción de buena calidad (respectivamente 42,5%, 46,5%, 47,4%, 50,3% y 52,7%) mientras que en los demás Departamentos, se reporta entre 63% y 66% de buena calidad institucional. Desde el punto de vista negativo (mala calidad), Tarija reporta la mayor proporción de mala calidad institucional (13,2%), seguido por La Paz (10,9%) y Oruro (8,4%), mientras que en Chuquisaca y Santa Cruz, se reporta una baja proporción de mala calidad percibida, respectivamente 2,7% y 3,2% (cuadro 90).

Por criterios de edad, los grupos en los cuales se reporta mayor calidad son entre 0 y 14 años y entre 35 y 54 años, con más del 60% de las atenciones institucionales percibidas con buena calidad. Entre 15 y 19 años, 30 y 34 años, y a partir de los 55 años de edad, se percibe una calidad mucho más defectuosa, con menos de la mitad (50%) de las atenciones institucionales realizadas con buena calidad. En cuanto a la mala calidad, es percibida principalmente en personas de 30 a 34 años de edad (10,1%), 55 a 59 años (16,6%) y a partir de los 65 años (>8%). Esta percepción de menor calidad en adultos mayores se confirma aun utilizando los grupos de edades reducidos (10 años en lugar de 5 años), en los cuales la mayor proporción de mala calidad se reporta en personas a partir de 50 años y de 20 a 29 años (cuadro 90).

Según criterios de pertenencia declarada a Pueblos Indígenas Originarios, se percibe mayor calidad en no Indígenas (63,1% de buena calidad y 5,5% de mala calidad) que en Indígenas Originarios (50,9% de buena calidad y 6,9% de mala calidad). Sin embargo, existen grandes brechas en la calidad percibida dentro de los diferentes Pueblos Indígenas Originarios: los Chiquitanos y Guaraní reportan una alta calidad institucional (más del 80% de buena calidad y ningún reporte de mala calidad), mientras que los Aymaras y los Quechuas reportan una calidad deficiente (respectivamente 46,9% y 48,5% de buena calidad y 11,3% y 5,4% de mala calidad) mostrando que además de ser los más excluidos, los Aymaras son atendidos con menor calidad (cuadro 90).

Cuadro 90 – Calidad institucional percibida según grupos de población, 2009

Grupos de población	Calidad de atención percibida		
	Buena	Regular	Mala
Calidad percibida según criterios geográficos			
Área rural	53,8%	40,1%	6,1%
Área urbana	59,4%	34,3%	6,3%
Beni	66,6%	28,6%	4,8%
Chuquisaca	47,4%	49,9%	2,7%
Cochabamba	63,6%	32,1%	4,3%
La Paz	50,3%	38,8%	10,9%
Oruro	52,7%	38,9%	8,4%
Pando	65,6%	27,7%	6,7%
Potosí	42,5%	52,5%	5,0%
Santa Cruz	66,2%	30,6%	3,2%
Tarija	46,5%	40,3%	13,2%
Calidad percibida según criterios de sexo y grupos de edad			
Hombres	56,7%	37,3%	6,0%
Mujeres	58,2%	35,4%	6,4%
0-9 años	62,2%	33,2%	4,6%
10-19 años	53,0%	42,3%	4,7%
20-29 años	51,3%	41,8%	6,9%
30-39 años	63,6%	32,2%	4,2%
40-49 años	67,1%	29,2%	3,8%
50-59 años	58,4%	31,5%	10,1%
60-69 años	50,2%	42,9%	6,8%
70 años y más	50,7%	40,8%	8,5%
Calidad percibida según criterios indígena Originario y lingüístico			
No Indígenas	63,1%	31,3%	5,5%
Total Indígenas	50,9%	42,1%	6,9%
<i>Quechuas</i>	48,5%	46,1%	5,4%
<i>Aymaras</i>	46,9%	41,8%	11,3%
<i>Chiquitanos</i>	80,6%	19,4%	0,0%
<i>Guaranís</i>	81,4%	18,6%	0,0%
<i>Mojeños</i>	55,8%	44,2%	0,0%
<i>Otros Pueblos</i>	70,1%	23,1%	6,8%
Habla solo idioma nativo	35,7%	55,7%	8,6%
Bilingüe castellano y nativo	50,5%	41,9%	7,6%
Habla solo castellano	65,4%	29,6%	4,9%
Idioma nativo como idioma principal	46,7%	44,4%	8,8%
Castellano como idioma principal	59,8%	34,5%	5,7%
Calidad percibida según criterios de educación			
Analfabeto	43,8%	48,1%	8,1%
Sabe leer y escribir	58,1%	35,9%	6,0%

Cuadro 90 (continuación) – Calidad institucional percibida según grupos de población, 2009

Grupos de población	Calidad de atención percibida		
	Buena	Regular	Mala
Sin educación formal	46,1%	47,1%	6,8%
Educación primaria	55,9%	38,5%	5,6%
Educación secundaria	62,2%	32,7%	5,2%
Educación superior	57,1%	29,8%	13,1%
Calidad percibida según criterios laborales			
Población inactiva (edad de trabajar)	59,6%	35,5%	5,0%
Población activa	55,5%	37,3%	7,2%
Empleo formal	52,7%	38,9%	8,4%
Empleo informal	56,1%	37,2%	6,7%
Empleo asalariado	53,8%	39,3%	7,0%
Empleo no asalariado	55,8%	36,8%	7,4%
Personal de planta (ítem)	47,5%	39,9%	12,6%
Contrato con término (consultor)	63,3%	32,5%	4,2%
Empleo sin contrato	55,6%	37,7%	6,7%
Sector primario	50,1%	41,8%	8,1%
Sector secundario	63,5%	35,0%	1,5%
Sector terciario	56,3%	35,4%	8,3%
Calidad percibida según criterios económicos (ingreso)			
No Pobres	55,6%	36,1%	8,3%
Pobres (moderado + extremo)	59,6%	36,4%	3,9%
No pobres extremos	56,8%	36,1%	7,1%
Pobres extremos	60,1%	36,7%	3,2%
Pobres moderados (no extremos)	59,2%	36,2%	4,7%
Quintil 1	56,0%	40,6%	3,4%
Quintil 2	61,5%	33,8%	4,7%
Quintil 3	53,6%	40,1%	6,3%
Quintil 4	55,4%	37,7%	6,8%
Quintil 5	60,3%	31,1%	8,7%
Calidad percibida según cobertura de seguros de salud y Bono Juana Azurduy			
Total con seguro de salud	51,4%	39,9%	8,7%
<i>Seguridad Social</i>	47,2%	41,5%	11,3%
<i>Seguro privado y otros</i>	81,6%	18,4%	0,0%
<i>Seguros Públicos</i>	51,9%	40,7%	7,5%
<i>SUMI</i>	50,6%	41,2%	8,2%
<i>SSPAM</i>	51,6%	44,1%	4,3%
<i>Seguros públicos subnacionales</i>	54,1%	35,9%	10,0%
Sin Seguro de Salud	63,8%	32,5%	3,7%
No recibió el Bono Juana Azurduy	60,0%	35,4%	4,6%
Recibió el Bono Juana Azurduy	61,2%	38,8%	0,0%
Total Bolivia	55,4%	41,9%	2,7%

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

Completando el análisis de pertenencia a algún pueblo Indígena Originario, el cálculo de la calidad según idioma hablado (principal y secundaria) muestra que las personas que solo hablan un idioma nativo reportan la peor calidad de todos los grupos de población construidos en el cuadro 90, con solamente 35,7% de buena calidad y 8,6% de mala calidad, lo que podría relacionarse en gran parte con problemas de comunicación y de racismo con el personal de salud. En cambio, las personas que solamente hablan castellano (sin hablar idioma nativo) reportaron una buena calidad para el 65,4% de las atenciones institucionales y mala calidad en 4,9% de los casos.

Por criterios educacionales, se nota una brecha importante entre personas analfabetas (43,8% de buena calidad y 8,1% de mala calidad) y personas que saben leer y escribir (58,1% de buena calidad y 6% de mala calidad). El esquema es un poco diferente según nivel educacional alcanzado en personas que salieron del sistema educativo, ya que la calidad percibida se incrementa con el nivel educacional, pero solamente hasta educación secundaria. En personas con educación superior, la buena calidad reportada es similar a la reportada por personas con educación primaria, pero la mala calidad (13,1%) es superior a lo reportado por todos los demás grupos de población (cuadro 90), lo que sugiere que debido a sus preferencias, las personas con educación superior tienen una mayor esperanza de calidad que el resto de la población y tienden entonces a declarar peor calidad a pesar de recibir servicios mejores o similares.

Según criterios laborales, la calidad reportada está en proporciones similares entre personas con empleo formal y personas con empleo informal, y entre asalariados y no asalariados. La principal diferencia se observa según tipo de contrato laboral, entre personas con ítem, que tienen la peor calidad reportada (lo que se relaciona principalmente con su acceso principal al subsector con peor calidad, el de la Seguridad Social), con 47,5% de buena calidad y 12,6% de mala calidad. En cambio, las personas con contrato con vencimiento (consultores), la calidad es buena en 63,3% de los casos y mala en 4,2%. Por sector de actividad, la brecha es igualmente importante entre trabajadores del sector primario (50,1% de buena calidad y 8,1% de mala calidad) y trabajadores del sector secundario (63,5% de buena calidad y 1,5% de mala calidad) (cuadro 90).

Respecto a criterios económicos, se constata sorpresivamente que la calidad es ligeramente mayor en pobres extremos y en pobres que en no pobres (tanto desde el punto de vista de la buena calidad como de la mala calidad), a pesar de que estas diferencias no son muy importantes. El análisis del quintil de ingreso permite completar el análisis, mostrando que la mayor proporción de buena calidad se reporta en personas de los quintiles 2 y 5 (>60%) y la menor proporción de mala calidad se constata en personas de los quintiles 1 y 2 (respectivamente 3,4% y 4,7%); las personas del último quintil (5), en cambio, son las que reportan la mayor proporción de mala calidad (8,7%) a pesar de ser el segundo quintil con mayor buena calidad reportada, demostrando que tienen mayor acceso a atención de buena calidad, pero también un nivel de esperanza que se incrementa con el ingreso y que produce mayor reporte de mala calidad cuando aumenta el ingreso (cuadro 90).

Finalmente, existen grandes brechas de calidad entre los diferentes seguros de salud, siendo las personas afiliadas a seguros privados que reportan la mejor calidad institucional (81,6% de calidad buena y ningún reporte de mala calidad), seguidas por las personas no cubiertas por ningún seguro, es decir las personas que tienen que realizar pagos de bolsillo (63,8% de buena calidad y 3,7% de mala calidad); en cambio, las personas cubiertas por la Seguridad Social son las con peor calidad percibida, con 47,2% de atenciones con buena calidad y 11,3% con mala calidad. En las personas cubiertas por seguros públicos (51,9% de buena calidad y 7,5% de mala calidad), las personas cubiertas con el SUMI son las que reportaron la menor proporción de buena calidad (50,6%), mientras que la mala calidad es más frecuente en personas cubiertas por seguros subnacionales (10%), seguidas por los beneficiarios del SUMI (8,2%) y finalmente las personas beneficiarias del SSPAM con 4,3% (cuadro 90). En cuanto al beneficio del Bono Juana Azurduy en mujeres y niños menores de 2 años, la calidad reportada es ligeramente mayor en las personas que cobraron este beneficio, pero en proporciones poco significativas: 61,2% de buena calidad y 0% de mala calidad en beneficiarios del bono contra 60% de buena calidad y 4,6% de mala calidad en las personas elegibles pero que no recibieron el bono (cuadro 90).

IV.4. Conclusiones sobre acceso y exclusión de servicios de salud

En totalidad, la encuesta de hogares 2009 reporta que solamente el 56,6% de la población que tuvo necesidad percibida en salud accedió a una atención institucional (proporcionada por un médico o una enfermera / auxiliar), mientras que el resto (43,4%) se encontró excluido, sea por ser atendido por personal no institucional (28% de las personas con necesidad en salud) o por no haber sido atendido (autoexclusión) en el 15,4% de los casos reportados de enfermedad. Si bien sigue siendo muy bajo, esta tasa de acceso institucional de personas enfermas es mayor a lo que se pudo observar antes del 2007 (entre 41 y 47%). Por otra parte, se debe relativizar este resultado, ya que además de los limitantes inherentes a este tipo de encuesta, se estima que casi la mitad (45,1%) de la autoexclusión se debe a personas que reportaron no necesitar atención en salud, sea por tratarse de un caso leve (30,1% de la auto-exclusión) o por automedicación (15%).

Además, los datos de las encuestas de hogares permiten construir datos indicativos por grupos de población, mostrando que de manera general, las poblaciones del área rural, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetas, no asalariados, con empleo informal y pobres extremos son las categorías de personas que tienen las mayores probabilidades de ser excluidas de los servicios de salud cuando los necesitaron (cuadro 91).

Cuadro 91 – Resumen de acceso a servicios institucionales según grupos de población

Criterios	Grupos con mayor acceso a servicios de salud	Grupos con menor acceso a servicios de salud
Criterios geográficos	Población del área urbana (60,2%) Población de los Departamentos de Pando (71,2%), Beni (69,1%), y Tarija (68,1%)	Población del área rural (51%) Población de los Departamentos de La Paz (45,7%) y Oruro (52,7%)
Criterios de edad y género	Niños menores de 9 años (60,5%) y personas de 60 años y más (> 60%)	Personas de 10 a 59 años (51,9%)
Criterios culturales y pertenencia indígena	Poblaciones no indígenas (60,9%), Chiquitanos (85,6%), Mojeños (81,3%), Otros Pueblos Indígenas (90,6%), hispano-hablantes (60,1%)	Pueblos indígenas originarios en general (51,5%), Aymaras (40,3%), idioma nativa principal (42,6%), monolingües idioma nativo (45,8%), extranjeros (43,8%)
Criterios de educación	Personas con educación superior (72,5%), personas alfabetizadas (55,8%)	Analfabetos (48,6%), Personas sin educación formal (49,7%)
Criterios de actividad laboral	Población inactiva y en edad de no trabajar (61,1%), trabajadores formales (63%), asalariados (57,5%), personal de planta (77,5%), profesionales (72,6%) y directivos (90,7%), trabajadores del sector terciario (55,7%)	Población activa ocupada (51,4%), trabajadores informales (47,2%), no asalariados (47,9%), sin contrato (48,7%), trabajadores industriales (42%), agropecuarios (46%) y no calificados (48,5%), sectores primario (47,5%) y secundario (46,6%)
Criterios económicos (ingresos)	No pobres (60%) y no pobres extremos (59,9%), quintil de ingreso 5 (65,9%)	Pobres extremos (48,6%), quintil de ingreso 1 (46%)
Criterios de cobertura del sistema de salud	Personas con seguro de salud en general (67,7%), persona que recibió el Bono Juana Azurduy (66,5%)	Personas sin seguro de salud (46,8%), persona elegible que no recibió el Bono Juana Azurduy (59,5%)

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

Se constata que de manera general, estos grupos de población más excluidos son también los que tienen mayor necesidad percibida en salud, salvo algunas excepciones como los niños menores de 10 años, adultos de 60 años y más (son los grupos que muestran mayor necesidad pero también mayor acceso) y mujeres embarazadas, que tienen un acceso relativamente alto al parto institucional de acuerdo con los datos de la encuesta (85% entre 2008 y 2009). Esta figura llama la atención y cuestiona la implementación de las políticas de salud ya que muestra que las poblaciones con mayores necesidades no fueron priorizadas en el acceso a servicios, excepto por criterio de edad y para la atención específica del parto a través de los seguros públicos SUMI y SSPAM. Identificar estos diferentes grupos de población permite, además de identificar condiciones socio-económicas a través de las cuales un individuo o una familia tienen mayor probabilidad de ser excluidos de los sistemas de salud, de establecer las premisas de una nueva priorización de población, basada en otros criterios que la edad, para asegurar que las nuevas políticas de salud lleguen bien al conjunto de la población.

Por otra parte, el estudio de exclusión y acceso a los servicios de salud permitió analizar las causas directas de auto-exclusión (demanda contenida) de los servicios de salud para el periodo 2003-04, mostrando que la barrera económica es la razón principal de no buscar atención en salud en el 40,9% de los casos de demanda contenida. Este dato muestra, en paralelo a la mayor exclusión reportada en personas sin seguro de salud (53,2% contra 32,3% en personas con seguro), que un sistema de seguro o de cobertura gratuita en el punto de atención permitiría reducir en grandes proporciones la exclusión de los servicios de salud, sobre todo si se considera que este análisis de exclusión no pudo ser realizado en personas excluidas por haber sido atendidas no institucionalmente, debido a la falta de información en las encuestas de hogares. Sin embargo, este dato también muestra que no es suficiente crear un mecanismo de cobertura gratuita en el punto de atención, ya que el criterio económico no es el único que impide el acceso a servicios de salud, y que aún en personas cubiertas por seguros de salud, se reportan todavía barreras económicas.

Finalmente, se analizó en el presente capítulo el nivel de calidad percibida reportada en la encuesta de hogares 2009, mostrando que el 57,6% de las personas que recibieron atención institucional percibieron buena calidad de atención, mientras que una mala calidad fue reportada en 6,2% de los casos. Se reporta también que las personas encuestadas reportan una mayor calidad cuando fueron atendidos no institucionalmente, por un familiar o un farmacéutico, por ejemplo. Según subsector de atención, es en la Seguridad Social de corto plazo que se reporta la peor calidad, seguido por el subsector público. Si se consideran a estas personas que fueron atendidas institucionalmente y con mala calidad como excluidas (representan el 2,9% del total de la población con necesidad percibida en salud), la tasa de exclusión de los servicios de salud ajustada por el criterio de calidad asciende a 46,3% de la población con necesidad percibida en salud, en lugar de 43,4% si no se considera el criterio de calidad: el 15,4% tuvo demanda contenida, el 28,0% fue atendido de manera no institucional y el 2,9% fue mal atendido en servicios institucionales. Estos datos demuestran que, además de la falta de acceso hacia la infraestructura de salud, una falta de calidad en los subsectores público y de la Seguridad Social constituye una barrera de acceso, en el sentido de que personas atendidas mal pueden alejarse de los servicios cuando lo necesitan, pero también constituye una fuente de ineficiencia de los servicios.

Conclusiones y recomendaciones

La cobertura poblacional y el acceso actual de la población boliviana a servicios de salud curativos es uno de los factores más importante a considerar en la evolución del sistema de financiamiento de la salud hacia la cobertura universal, ya que por diversos factores, la extensión de la cobertura a algunos grupos de población excluidos puede ser muy difícil y así impedir una transición rápida hacia la cobertura universal. En efecto, si bien se puede implementar un mecanismo de acceso gratuito, este no garantizará una cobertura universal ya que existen importantes barreras económicas (no relacionadas con el costo de atención), geográficas, de calidad, y otras que impiden el acceso de la población a los servicios de salud cuando lo necesitan. Así el estudio muestra que de la población con necesidad en salud (que reportó enfermedad), solamente el 56,6% accedió a una atención institucional, mientras que el resto (43,4%) se encontró excluido, sea por ser atendido por personal no institucional o por no haber sido atendido (autoexclusión). Si bien sigue siendo muy bajo, esta tasa de acceso institucional de personas enfermas es mayor a lo que se pudo observar antes del 2007 (entre 41 y 47%). Por grupos de población, se demostró que las poblaciones del área rural, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetas, no asalariados y con empleo informal y pobres extremos son las categorías de personas que tienen las mayores probabilidades de ser excluidas de los servicios de salud cuando los necesitaron.

Estos grupos más excluidos son también los que tienen mayor necesidad percibida en salud, salvo algunas excepciones como los niños menores de 10 años y adultos de 60 años y más (tienen mayor necesidad pero también mayor acceso). Esta figura cuestiona la implementación de las políticas de salud ya que muestra que las poblaciones con mayores necesidades no fueron priorizadas en las políticas pasadas y actuales para un mayor acceso a servicios, excepto por criterio de edad a través del SUMI y del SSPAM. En este marco, se recomienda elaborar estrategias de priorización para estos grupos poblacionales más excluidos; mediante esta priorización, no se trata de hacer políticas diferenciadas (pro-pobres o pro-ricos por ejemplo), sino de distribuir mayores recursos a los grupos de población más excluidos en una lógica de equidad vertical, y así asegurar que las nuevas políticas de salud lleguen a toda la población y que todos los bolivianos y bolivianas tengan un acceso similar a salud.

En este sentido, la implementación de una cobertura “universal” gratuita en el punto de atención en Bolivia, será de gran ayuda para mejorar el acceso a los servicios de salud: la barrera económica es la razón principal de no buscar atención en salud y se muestra una brecha de acceso importante entre personas cubiertas por seguros (32,3% de exclusión) y personas no protegidas (53,2%). Pero el estudio muestra también que no es suficiente crear un mecanismo de cobertura gratuita en el punto de atención, ya que el criterio económico no es el único que impide el acceso a servicios de salud, y que aún en personas cubiertas por seguros, se reportan todavía barreras económicas. El alcance de la cobertura universal en salud será entonces sujeto a la adopción de múltiples medidas y estrategias de intervención además de la cobertura financiera “universal”, dentro de las cuales deberán ser incluidas políticas de inversión en grupos de población prioritarios mencionados en el presente estudio: área rural, Indígenas Originarias, personas sin educación y/o analfabetas, con empleo informal y pobres extremos, entre otros.

Finalmente, además de definir las pautas de una futura priorización en la implementación de las políticas de salud, el presente estudio da los insumos necesarios a la realización de un estudio sobre cobertura poblacional de seguros y servicios de salud, en el que se analizará la producción actual de servicios de salud y el incremento de la demanda proyectada con la implementación de la cobertura gratuita en el punto de atención en Bolivia, cruzando los datos de producción, exclusión y cobertura por seguros.

Bibliografía

- **Asamblea Constituyente y Honorable Congreso Nacional (2009)**, *Constitución Política del Estado*, texto aprobado en el Referéndum Constituyente de Enero de 2009, texto oficial, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Beall J. y Piron L-H. (2005)**, *DFID Social Exclusion Review*, London School of Economics (LSE) and Overseas Development Institute (ODI), disponible en www.odi.org.uk.
- **Bessis S. (1995)**, *De la exclusión social a la cohesión social, Síntesis del Coloquio de Roskilde*, 2 a 4 de marzo de 1995, UNESCO, París, disponible en www.unesco.org.
- **Carrin G. y James C. (2004)**, *Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period*, Discussion Paper N°2 – 2004, Department "Health System Financing, Expenditure and Resource Allocation" (FER), Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP), WHO, Geneva, disponible en www.who.int.
- **Carrin G., James C. y Evans D. (2005)**, *Achieving universal health coverage: developing the health financing system*, WHO, Department of Health Systems Financing, Technical Briefs for policy-makers N°1, disponible en www.who.int.
- **Dupuy J. (2011a)**, *Cobertura poblacional de seguros de salud en Bolivia*, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, no publicado.
- **Dupuy J. (2011b)**, *Factores claves y Marco teórico conceptual sobre Cobertura Universal en Salud*, Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, no publicado.
- **Estivill J. (2003)**, *Concepts and strategies for combating social exclusion: An overview*, International Labour Office – STEP / Portugal, disponible en www.ilo.org.
- **Feo O. (2010)**, *Sistemas Públicos Universales vs Propuestas de Aseguramiento en Salud - Experiencias en Latinoamérica*, en Asociación Latino America de Medicina Social ALAMES en Bolivia (2011), *Memoria primer Foro Nacional por la Salud de los Pueblos y Naciones de Bolivia*, 20-22 de agosto de 2009, disponible en www.alamesbolivia.sns.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2000)**, *Encuesta Continua de Hogares 1999 ECH MECOVI*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2001)**, *Encuesta Continua de Hogares ECH MECOVI 2000*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2002a)**, *Informe Técnico del Diseño de la Muestra Maestra de Hogares*, Fernando Rivero y Fernando Mollinedo, INE, disponible en www.eclac.cl.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2002b)**, *Encuesta de Hogares Programa MECOVI 2001*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2005)**, *Encuesta Continua de Hogares 2003-2004*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2006)**, *Encuesta de Hogares 2005*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2007)**, *Encuesta de Hogares 2006*.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2008)**, *Encuesta de Hogares 2007*.
- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2011a)**, *Encuesta de Hogares 2008*, disponible en www.ine.gob.bo.

- **Instituto Nacional de Estadísticas INE (2011b)**, *Encuesta de Hogares 2009*, disponible en www.ine.gob.bo.
- **Mills A. (2007)**, *Strategies to achieve universal coverage: are there lessons from middle income countries? A literature review commissioned by the Health Systems Knowledge Network*, disponible en www.who.int.
- **Ministerio de Salud y Deportes MSyD (2010)**, *Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020: Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida*, Dirección y coordinación: MSc. Julien Dupuy - Dirección General de Planificación, Ministerio de Salud y Deportes, disponible en www.sns.gob.bo.
- **Naciones Unidas (2007)**, *Literature review on social exclusion in the ESCWA region*, Economic and Social Commission Forwestern Asia (ESCWA), United Nations, New York 2007, disponible en www.escwa.un.org.
- **Organización Mundial de la Salud OMS (2005)**, *Resolución WHA 58.33, Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad*, 58ª Asamblea Mundial de la Salud, Novena sesión plenaria, 25 de mayo de 2005, disponible en www.who.int.
- **Organización Panamericana de la Salud OPS (2003)**, *Exclusión en Salud en países de América Latina y el Caribe*, Serie No. 1 Extensión de la Protección Social en Salud, Unidad de Políticas y Sistemas de Salud, Área de Desarrollo Estratégico de la Salud, Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, disponible en www.paho.org.
- **Presidente Constitucional de la República Evo Morales Ayma (2007)**, *Decreto Supremo Nº 29272, Plan Nacional de Desarrollo: Bolivia Digna, Soberana, Productiva y Democrática para Vivir Bien - Lineamientos Estratégicos*, 12 de septiembre de 2007, disponible en www.gacetaoficialdebolivia.gob.bo.
- **Rovere M. (2010)**, *Sobre el acceso universal a salud en Latinoamérica*, en ForoSalud (2010), *Seminario internacional Por el acceso universal, integral y con dignidad a salud - Desafíos en América Latina*, Lima 26 de febrero de 2010, disponible en www.alames.org.
- **Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas UDAPE y Organización Panamericana de la Salud OPS (2004)**, *Caracterización de la Exclusión social en Salud en Bolivia*, disponible en www.paho.org.

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**