

# PMS

# Estudio de Mercado Servicios para la Salud en Bolivia

Abril 2016

Documento elaborado por la Oficina Comercial de Chile en La Paz, Bolivia - ProChile

# I.

**pro|CHILE**  
IMAGINA · CRECE · EXPORTA



# I. Tabla de contenido

<b>I. Tabla de contenido</b> .....	<b>2</b>
<b>II. Resumen Ejecutivo</b> .....	<b>4</b>
1. Nombre y descripción del servicio .....	4
2. Estrategia recomendada .....	4
2.1. Evaluación de oportunidades en el mercado para el servicio .....	4
2.2. Recomendaciones para el proveedor nacional .....	5
2.3. Análisis FODA .....	5
<b>III. Identificación del servicio</b> .....	<b>6</b>
1. Nombre del servicio .....	6
2. Descripción del servicio .....	6
<b>IV. Descripción general del mercado importador</b> .....	<b>6</b>
1. Tamaño del mercado .....	6
2. Crecimiento en los últimos años .....	7
3. Estabilidad económica, política, institucional y seguridad jurídica del mercado .....	8
4. Política nacional y marco legislativo aplicable al sector servicios .....	10
5. Disponibilidad de instrumentos financieros locales para la adquisición de servicios desde el exterior .....	12
6. Políticas y normativas respecto de las compras públicas de servicios .....	14
7. Infraestructura y telecomunicaciones disponibles .....	15
8. Principales mega-proyectos programados o en ejecución que inciden en la demanda de servicios .....	16
9. Participación del sector privado en las principales industrias de servicios .....	19
<b>V. Descripción sectorial del mercado importador</b> .....	<b>20</b>
1. Comportamiento general del mercado .....	20
2. Estadísticas de producción y comercio del servicio .....	23
3. Proporción de servicios importados .....	26
4. Dinamismo de la demanda .....	28
5. Canales de comercialización .....	28
6. Principales players del subsector y empresas competidoras .....	29
7. Marco legal y regulatorio del subsector .....	29
8. Tendencias comerciales del sector .....	31
<b>VI. Competidores</b> .....	<b>32</b>
1. Principales proveedores externos .....	32
2. Descripción de los servicios otorgados por competidores locales o externos .....	32
3. Segmentos y estrategias de penetración de competidores .....	33

Para ver el detalle de las principales empresas del sector privado en Bolivia ver capítulo IV, numerales 9 (Participación del sector privado en las principales industrias de servicios), de este estudio donde se detallan las empresas por departamento..... 34

4. Valores aproximados de servicios provistos u ofrecidos por competidores ..... 34

**VII. Obstáculos a enfrentar por los exportadores de servicios .....34**

**VIII. Indicadores de demanda para el servicio .....34**

**IX. Opiniones de actores relevantes en el mercado .....36**

**X. Recomendaciones de la Oficina Comercial sobre la estrategia comercial en el mercado ...37**

**XI. Contactos relevantes.....38**

**XII. Fuentes de información (*Links*) .....39**

# II. Resumen Ejecutivo

## 1. Nombre y descripción del servicio.

Servicios para la Salud.

## 2. Estrategia recomendada

### 2.1. Evaluación de oportunidades en el mercado para el servicio

Bolivia es uno de los países de América Latina y el Caribe con uno de los niveles más bajos de gasto en salud pública (4% en porcentaje del PIB). Asimismo, la mejora sanitaria es la más baja de la región, siendo el segundo peor después de Haití. Pero además, la asignación del gasto en salud al interior del país, refleja segmentación del sistema de salud. Es así que, el Seguro Social gasta el 40% y afilia a un 27% (dando atención efectiva al 16%), mientras que el sector Público gasta el 30% y debe atender a toda la población no afiliada a las 14 cajas del seguro social. Además, se observa regresividad en el gasto de bolsillo (aproximadamente 28% del gasto total); es decir, la población con menos ingresos (aproximadamente 10%), destina un mayor porcentaje de gasto en salud que la población con mayores ingresos<sup>1</sup>.

Actualmente, la salud está reconocida como un derecho en Bolivia. La Constitución Política del Estado garantiza el acceso gratuito al servicio de salud para toda la población y obliga al Estado a hacerse responsable de efectivizar este derecho. En este sentido el gobierno implementó el año 2013 el Sistema Único o Seguro Universal de Salud (SUS) el cual comenzó a aplicarse a partir del año 2015 en coordinación con las alcaldías y gobernaciones regionales.

Adicionalmente, el Gobierno puso en marcha el *Plan de Hospitales para Bolivia* que consiste en la construcción, equipamiento y ampliación de 46 hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel en el país, con una inversión de US\$ 1.700 millones. Y la construcción, Equipamiento y Ampliación de 180 establecimientos de primer nivel.

Debido a la carencia de Hospitales de cuarto nivel en Bolivia y la falta de servicios profesionales y asistencia a enfermedades y cirugías complejas, muchos bolivianos que cuentan con los recursos económicos, suelen ir a atenderse a otros países vecinos como Argentina, Chile, Brasil, Cuba y Estados Unidos.

---

<sup>1</sup> AECID- Oficina Técnica de Cooperación España. Estrategia de Implementación del marco de Asociación País en el sector Salud – Bolivia. <http://www.aecid.bo/portal/wp-content/uploads/2013/05/i46ESTRATEGIA-DE-IMPLEMENTACION-del-MAP-en-salud-en-Bolivia.pdf>

## 2.2. Recomendaciones para el proveedor nacional

Las proyecciones de inversión en el sector servicios para la salud en Bolivia, tienen buenas perspectivas de crecimiento en los siguientes años, debido a la inversión que realizará el Gobierno en Proyectos de construcción, ampliación y equipamiento de hospitales y centros de salud. Por el lado privado, también el escenario es promisorio, toda vez que existe una carencia de servicios y profesionales especializados que puedan atender a pacientes con diagnósticos complejos.

Es importante mencionar que según datos que arroja el presente estudio, las personas prefieren pagar los servicios de salud de manera privada, que ir a un seguro estatal, lo cual es un indicador que los bolivianos confían más en los especialistas y clínicas privadas.

## 2.3. Análisis FODA

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia de ingreso al mercado</li> <li>• Adaptación a tendencias</li> <li>• Aumentar competitividad             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategia ante competidores</li> </ul> </li> </ul>		FACTORES INTERNOS	
		Fortalezas	Debilidades
FACTORES EXTERNOS	Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experiencia y calidad reconocida en servicios salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difícil acceso a licitaciones públicas.</li> <li>• Manejo de normas y burocracia.</li> </ul>
	Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Difundir las oportunidades del mercado de la salud con las empresas afines al sector.</li> <li>• Contacto con potenciales clientes privados de los servicios de salud que ofrece Chile</li> <li>• Contacto con potenciales clínicas y hospitales para venta de equipamiento médico.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocimiento de las normas que rigen en Bolivia relacionadas al sector salud y cómo hacer negocios en Bolivia.</li> <li>• Conocimiento de las principales afecciones médicas de los bolivianos.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se recomienda hacer una alianza estratégica con empresas locales o buscar un representante legal.</li> <li>• Trabajo mancomunado con principales actores del sector.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de empresas chilenas como socios con experiencia y trayectoria en el sector.</li> </ul>

## III. Identificación del servicio

### 1. Nombre del servicio

Servicios para la Salud en Bolivia.

### 2. Descripción del servicio

Los servicios de salud, son aquellas prestaciones que brindan asistencia sanitaria (hospitales, clínicas, centros de salud, laboratorios clínicos, etc.) y a través de su personal administrativo y de salud, el sector salud provee servicios para satisfacer las necesidades de prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de las personas.

La mayoría de los países cuenta con servicios de salud públicos y privados. Los servicios públicos de salud son gestionados y financiados por el Estado, mientras que los servicios privados de salud se brindan a través de empresas que tienen fines de lucro.

## IV. Descripción general del mercado importador

### 1. Tamaño del mercado

Bolivia cuenta con una población estimada de 10 millones de habitantes según el último Censo Nacional de Población y Vivienda realizado en 2012, por el Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE), la tasa anual de crecimiento intercensal de la población a nivel nacional alcanza a 1,7%. Estos resultados comparados con el censo anterior (Censo 2001), determinan que la población urbana creció a un ritmo de 2,4%; en tanto que la población del área rural creció en 0,5% anualmente.

Para el año 2012, el 71% de la población boliviana se concentra en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Bolivia tiene la mayor población indígena de toda Sud América. Las etnias que coexisten en el territorio boliviano son 36, de las que predominan las etnias Aymara y Quechua. Según información del CENSO 2012, más de dos millones de bolivianas y bolivianos se identifican con un pueblo indígena.

La población de Bolivia tiene una estructura “joven” por el significativo porcentaje de personas menores de 15 años y el menor porcentaje de personas de 65 y más años. En los años 1976, 1992 y 2001, los menores de 15 años alcanzaron porcentajes de alrededor de 40% de la población total y las personas de 65 años o más de edad, en ningún caso llegaron a constituir 5% de la población total. Sin embargo, en el año 2012 el porcentaje de menores de 15 años disminuye a cerca de 30% y el porcentaje de mayores de 65 años aumenta a más de 6%.

Bolivia, cuenta con 3.900 centros de salud, de los cuales 3.315 son de primer nivel, otros 390 de segundo nivel y sólo 195 de tercer nivel, según el Ministerio de Salud.

Los nosocomios de primer nivel son aquellos puestos de salud, centros ambulatorios, centro de salud con internación y el centro de salud integral. Los de segundo nivel son hospitales que tienen especialidades como pediatría, ginecobstetricia, medicina interna, cirugía general y anestesiólogos. En los de tercer nivel se realizan la internación de los pacientes y es atendido por un especialista, se pueden hacer cirugías.

Los recursos que destina el Gobierno a salud y seguridad social para el año 2015 representaban el 4% del presupuesto de inversión pública proyectada, según revelan los datos del Ministerio de Economía incluidos en el Presupuesto General del Estado (PGE).

Para el 2015, el Órgano Ejecutivo programó una inversión pública de 42.387 millones de bolivianos (US\$ 6mil millones). De este monto, a salud se destinan 1.824,2 millones de bolivianos (US\$ 262 millones).

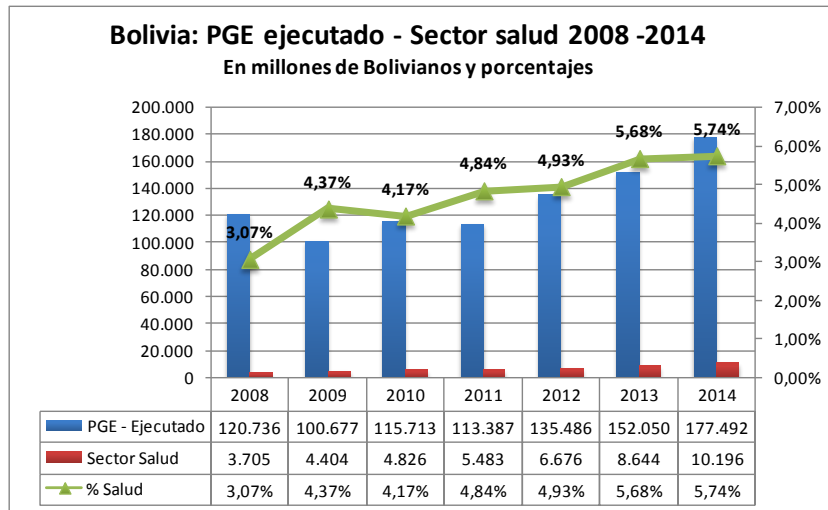
Bolivia es uno de los países de América Latina y el Caribe con uno de los niveles más bajos de gasto en salud pública (4% en porcentaje del PIB). Asimismo, la mejora sanitaria es la más baja de la región, siendo el segundo peor después de Haití. Pero además, la asignación del gasto en salud al interior del país, refleja segmentación del sistema de salud. Es así que, el Seguro Social gasta el 40% y afilia a un 27% (dando atención efectiva al 16%), mientras que el sector Público gasta el 30% y debe atender a toda la población no afiliada a las 14cajas del seguro social. Además, se observa regresividad en el gasto de bolsillo (aproximadamente 28% del gasto total); es decir, la población con menos ingresos destina un mayor porcentaje de ellos en salud (aproximadamente 10%) que la población con mayores ingresos<sup>2</sup>.

## 2. Crecimiento en los últimos años

El presupuesto ejecutado en el Sector Salud y Deportes incluye “el gasto en salud y educación de gobernaciones y municipios”, con el Presupuesto Ejecutado correspondiente a todo el Estado, el mismo ha representado el 3,07% el año 2008 y ha ido subiendo paulatinamente hasta el 5,74% el año 2014:

---

<sup>2</sup> AECID- Oficina Técnica de Cooperación España. Estrategia de Implementación del marco de Asociación País en el sector Salud – Bolivia. <http://www.aecid.bo/portal/wp-content/uploads/2013/05/i46ESTRATEGIA-DE-IMPLEMENTACION-del-MAP-en-salud-en-Bolivia.pdf>



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas. Memoria de la Economía 2011, 2012, 2013, 2014.  
Elaboración: Gustavo Rodríguez Cáceres

### 3. Estabilidad económica, política, institucional y seguridad jurídica del mercado

Según el Banco Central de Bolivia, el desempeño de la economía boliviana al término del año 2015 fue sobresaliente, registró un crecimiento de aproximadamente 5% de acuerdo a lo previsto y, por segundo año consecutivo, el mayor crecimiento económico de América del Sur.

**Crecimiento económico en América del Sur - 2015**  
(En porcentaje)



**ELABORACIÓN:** BCB - Asesoría de Política Económica  
**FUENTE:** Comisión Económica para América Latina y Banco Central de Bolivia  
**NOTA:** Las líneas punteadas muestran el intervalo en el que se encontraría el crecimiento del PIB boliviano según estimaciones oficiales

El sector de Establecimientos Financieros fue la actividad que aportó con mayor incidencia al crecimiento económico, resultado de la aplicación de la Ley de Servicios Financieros, que impulsa el crédito principalmente al sector productivo y a la vivienda de interés social, y de la orientación de la política monetaria. El sector de Servicios de la Administración Pública se constituyó en la segunda actividad más dinámica prestando más y mejores servicios, implicando la creación de nuevos ítems para educación, salud y empresas estatales. En el sector de Industria Manufacturera, destacó el aporte de la producción alimenticia, cemento y refinación. En el sector de Transporte fue importante el aporte de las modalidades terrestre y aérea. Resaltó también el

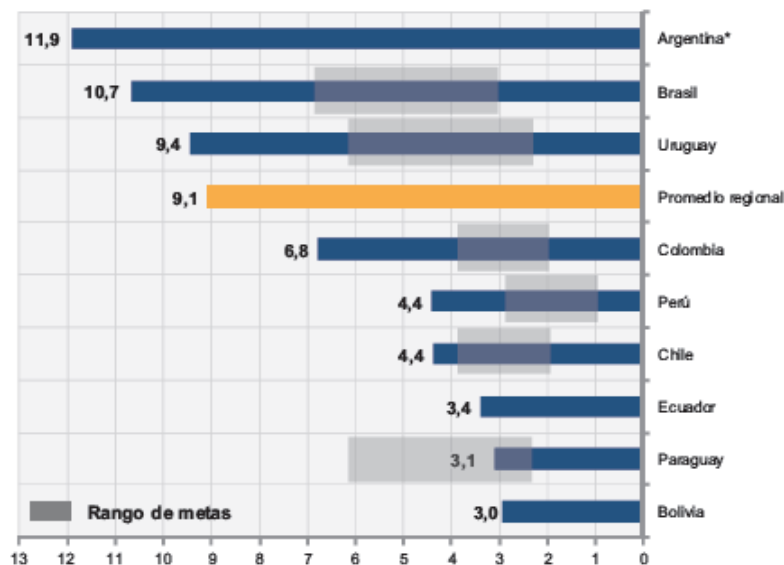


desempeño del sector agropecuario debido a un entorno climatológico más favorable que el inicialmente esperado.

La restricción de la liquidez de origen externo fue compensada por impulsos fiscales y monetarios. La caída de precios de exportaciones de varios productos, principalmente hidrocarburos, implicó una disminución de recursos provenientes del sector externo que se reflejó en disminuciones de las RIN y fue compensada con expansiones fiscales y monetarias orientadas a sostener el nivel de actividad económica.

La estabilidad del tipo de cambio nominal contribuyó a mantener la política expansiva, al mismo tiempo que fortaleció el proceso de Bolivianización. Durante 2015, el tipo de cambio respecto al dólar estadounidense se mantuvo invariable, contribuyendo a sostener una inflación baja y, por tanto, respaldó a la orientación expansiva de la política monetaria<sup>3</sup>. Asimismo, en un contexto de elevada volatilidad de las paridades cambiarias de los países de la región, la estabilidad cambiaria en Bolivia contribuyó a anclar las expectativas de la población acerca del valor del dólar lo que, junto a otras políticas públicas, permitió profundizar el proceso de Bolivianización y preservó la estabilidad del sistema financiero. La política cambiaria no generó desalineamientos persistentes del tipo de cambio real respecto al determinado por sus fundamentos de largo plazo.

**Inflación en países de América del Sur – 2015(en porcentaje)**



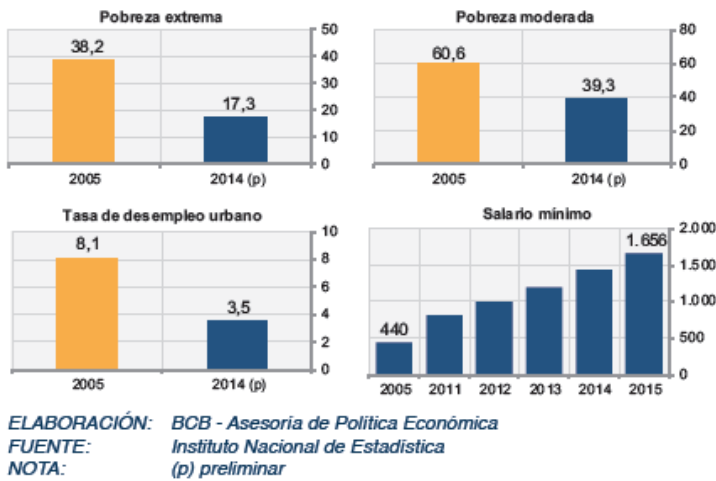
ELABORACIÓN: BCB - Asesoría de Política Económica

FUENTE: Institutos de estadística de los países y Bloomberg

NOTA: \*Los datos corresponden a octubre de 2015, última información disponible

En 2015, la inflación se mantuvo controlada, alcanzando los niveles más bajos desde 2009. En términos acumulados, la inflación nacional llegó a 3,0%, constituyéndose la tasa más baja de América del Sur.

**Desempeño de indicadores sociales seleccionados (en porcentaje y en bolivianos)**



En los últimos años se han registrado avances importantes en la mejora de las condiciones de vida gracias a las políticas sociales y al sólido desempeño macroeconómico. La política de transferencias se mantuvo en 2015 (Bono Juana Azurduy, Bono Juancito Pinto y Renta Dignidad), coadyuvando a mejorar las condiciones de vida de la población más vulnerable. La pobreza extrema y la moderada, al igual que la tasas de desempleo, registraron caídas en relación a 2005. El salario mínimo se cuadruplicó

entre 2005 y 2015. A su vez, se observó una redistribución de la riqueza, dado que en 2014 el 20% más rico de la población concentraba el 52% del ingreso, 11puntos menos que en 2006.

Por último, en abril del 2014 el Gobierno promulgó la Ley de Promoción de Inversiones. La ley tiene el objetivo de establecer el marco jurídico e institucional general para la promoción de las inversiones en el Estado, a fin de contribuir al crecimiento y desarrollo económico y social del país. La norma se aplica para las inversiones bolivianas y extranjeras que se realicen en el territorio.

Para el año 2016, el Fondo Monetario Internacional proyecta un crecimiento del 3,8%, cifra menor a lo proyectado por el gobierno del 5% anual. Esto como efecto principal de la disminución de los precios de los hidrocarburos, que son el principal producto que Bolivia exporta. Luego de 10 años Bolivia tuvo un déficit comercial que ha ido en aumento. Según el informe de Fundación Milenio, “las reservas Internacionales netas (RIN) es uno de los temas más preocupantes, ya que las mismas han sufrido una reducción del 25% en un año y medio, pasando de US\$ 15.477 millones de 2014 a US\$ 11.575 millones de junio de 2016, es decir que se reducen en US\$ 3.901 millones y lo peor de todo es que a la velocidad a la que se están quemando las RIN, por la urgencia por sostener el consumo, no está logrando obtener un gasto eficiente para mejorar los niveles de inversión y creación de fuentes de empleos sostenibles.

Sobre las exportaciones, el escenario es aún más oscuro, ya que en 2014 se exportaron US\$ 12.893 millones y el 2015 el valor de US\$ 8.726 millones, reduciendo las exportaciones en US\$ 4.167 millones, es decir caen un 32%. A mayo 2016 la caída libre sigue su curso como la de una montaña rusa, ya que se vuelven a reducir las exportaciones en US\$ 1.124 millones respecto al mismo periodo del 2015, es decir caen en 29% en tan solo cinco meses”.

**4. Política nacional y marco legislativo aplicable al sector servicios**

Con la creación del Ministerio de Salud y Deportes en 1938 y con una atención centralista y hospitalaria se inició en Bolivia el Sistema Nacional de Salud. En 1953 se implementó el sistema solidario de seguridad social que se

limitó a los trabajadores dependientes o independientes que cotizaban en este sistema, excluyendo al resto de la población que no podía cotizar y generando fuertes niveles de desigualdad, más aún si se consideran los altos niveles de desempleo y de informalidad que tendría la economía boliviana. Esta situación obligó a reformar el Seguro Nacional de Salud (SNS) en la década de los 70 a adoptar un nuevo modelo de atención a través de médicos familiares en los hospitales.

En 1984, en el contexto de la Declaración de Alma Ata (1978), se inicia una regionalización de la salud en Bolivia y se crean los Distritos y Áreas de Salud en el subsistema público, centrándose en la Atención Primaria de Salud (APS) y en una perspectiva más técnica y pragmática, gracias a los ajustes económicos impuestos por la crisis de los 80 y al aumento de las desigualdades.

Los mecanismos de seguro se desarrollaron poco a poco en la década siguiente, con el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (1996), el Seguro Básico de Salud (1998), el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en (2002) y el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM) en 2006.

Pese a estas reformas permanecían problemas persistentes de accesibilidad geográfica y cultural, especialmente en el área rural, que el gobierno actual, propugnando valores de interculturalidad, busca solucionar mediante la reformulación del Sistema Nacional de Salud hasta su forma actual basada en la política SAFCI puesta en marcha desde el año 2008, con la premisa de superar la inequidad en el acceso y en las coberturas de los servicios de salud, y de ajustarse a la realidad cultural boliviana.

En la actualidad el Gobierno prepara la implementación del Sistema Único de Salud (SUS), el cual fue previsto para el año 2013, sin embargo aún no se ha implementado por falta de infraestructura y recursos. El proyecto de ley data de 2010. El SUS “tiene como objetivo lograr que todo el sistema público, incluida la seguridad social, funcione de manera concertada, que tenga la misma calidad, las mismas prestaciones y permita el acceso de todos los bolivianos a la atención médica gratuita. Dentro de este proyecto, es necesario analizar el número de personas que no está asegurada que es aproximadamente el 70%. De esta cifra, que más o menos equivale a siete millones de personas; dos millones cubren el seguro universal materno-infantil y el seguro de adulto mayor, por tanto, cinco millones no están asegurados y la mayoría de ellos no tiene capacidad económica de acceso a la atención privada aceptable y es para ese grupo que estamos trabajando con la cobertura universal de salud o puede llamarse también seguro público gratuito”<sup>3</sup>. Esta norma, que vuelve a subrayar el papel central de la SAFCI, pretende garantizar el derecho a la salud y el acceso universal de todos los habitantes en el territorio nacional, con carácter universal, gratuito, integral, equitativo, intercultural, participativo, con calidad y control social.

Se suprimen el SUMI y el SSPAM. Se crean instancias que deben garantizar la implementación y continuidad del Seguro Único de Salud, entre éstas el Fondo Único de Salud (FUSE), un Consejo Asesor del Fondo Único de Salud (Cafusp) y el Servicio Nacional de Contratación de Farmacias (Sernacofar). Con la creación de esta última instancia, se pretende garantizar el acceso de la población a los medicamentos. Uno de los aspectos más discutidos del SUS, principalmente en las instituciones de seguros de salud, es el financiamiento del Seguro Único. En 2012 se acordó que el funcionamiento del SUS se haría efectivo gracias al aumento del 2% del

---

<sup>3</sup> Entrevista de la Dra. Nila Heredia, Ministra de Salud y Deportes. La Estrella del Oriente, 7/6/2010: “Ministra de Salud. ‘Sistema Único de Salud estará funcionando el 2011’”.

presupuesto para salud de los municipios y las gobernaciones<sup>4</sup>. Tampoco está claro el papel de la Caja Nacional de Salud (el 53% de los afiliados de la CNS son empleados del sector público) y de las otras Cajas de seguro de salud en el futuro SUS.

## 5. Disponibilidad de instrumentos financieros locales para la adquisición de servicios desde el exterior

El acceso de la población a la atención en salud ocurre de tres maneras:

- A través de la atención en el sector público, el cual está abierto a las personas preferentemente no aseguradas en la seguridad social a corto plazo, pagando un precio por las consultas médicas, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. Los precios de estas prestaciones se determinan considerando solamente el costo de operación del establecimiento de salud, en tanto que el Estado debe cubrir los costos del recurso humano con fondos provenientes del Tesoro General de la Nación (TGN), HIPC<sup>5</sup> e Impuesto Directo a los Hidrocarburos (IDH).
- Por medio de la afiliación a la seguridad social a corto plazo, para lo cual se debe cotizar el 10% de los ingresos. El asegurado y sus beneficiarios (esposa o conviviente, hijos, padre, madre y hermanos) acceden a la atención en las Cajas de Salud y cuentan con los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional con prestaciones en dinero y en especies.
- Acudiendo a los servicios de salud privados o aquellos que tengan algún tipo subvención no gubernamental como ocurre con los establecimientos de salud de la Iglesia y las ONGD.

Los subsectores público y de la seguridad social a corto plazo atienden además las prestaciones establecidas en los seguros públicos de salud, como: el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de cinco años; el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), dirigido a las personas mayores de 60 años; y las prestaciones de programas como Tuberculosis, Chagas, Malaria y otros. Todos estos seguros y programas públicos de salud son gratuitos y están financiados con los fondos de Coparticipación Tributaria, IDH municipal y recursos externos.

Ahora, en el siguiente gráfico, se observa en el eje vertical izquierdo el gasto total en salud como porcentaje del PIB y en el eje vertical derecho se mide el gasto en salud per cápita en dólares corrientes.

<sup>4</sup> En realidad solo 167/237 municipios han aprobado el incremento de 2% para financiar el SUS, y 6/9 departamentos con fondos de IDH (impuesto a los hidrocarburos). Fuente: Estrategia de implementación del marco de asociación país en el sector salud – Bolivia.

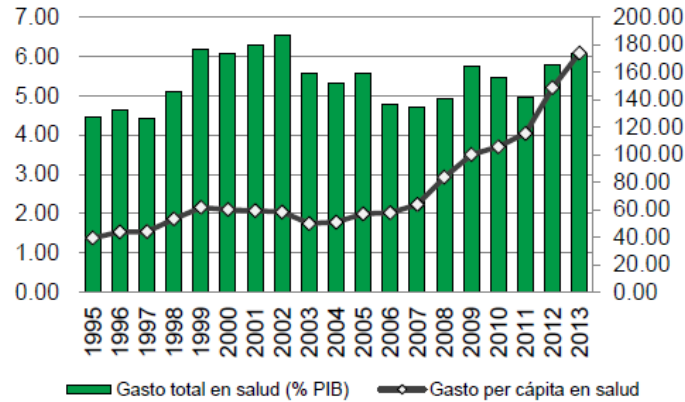
<sup>5</sup> La “Heavily Indebted Poor Countries Initiative” (HIPC), primer enfoque global para la reducción de la deuda externa de países pobres más endeudados, fue iniciada por el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional en 1996. En el año 1997, Bolivia fue el segundo país en ingresar a este programa. Más de 55% del alivio de la deuda es destinado a la transferencia de los recursos liberados hacia los gobiernos municipales y a la creación de ítems de maestros y trabajadores en el área de educación y salud. El resto es destinado a apoyo presupuestario. Los gobiernos municipales reciben estos recursos para su utilización en salud, educación e infraestructura social y productiva, a través de transferencias a sus cuentas, sin requisitos para el desembolso. Impacto de la Iniciativa HIPC en Bolivia.

([http://www.jubileobolivia.org.bo/recursos/files/pdfs/Resumen\\_HIPC\\_Bolivia.pdf](http://www.jubileobolivia.org.bo/recursos/files/pdfs/Resumen_HIPC_Bolivia.pdf)).

El DS del 27/3/2002 estableció que los recursos obtenidos de la iniciativa HIPC II serían transferidos a la Cuenta Especial “Diálogo 2000” a partir del mes de abril de 2002; la Ley del Diálogo Nacional 2000, del 31/7/2001, establecía los lineamientos básicos para la gestión de la Estrategia de Reducción de la Pobreza.

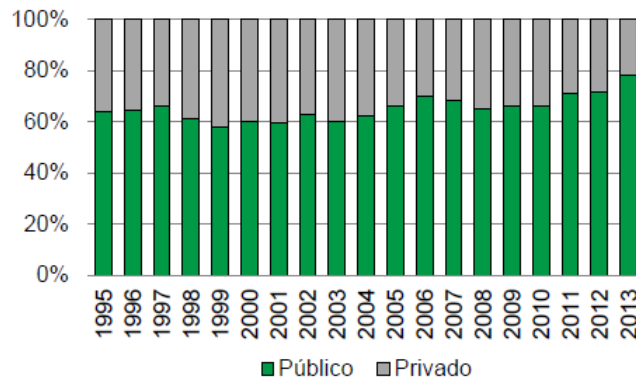
Aunque el comportamiento del Gasto total es un tanto errático con una media de 5.4% del PIB para la serie entera, el gasto per cápita muestra una clara tendencia positiva desde el año 2003, es decir, que desde dicho año se han destinado, por persona, mayores recursos al cuidado de la salud.

**Gasto total y per cápita en salud como porcentaje del PIB y en dólares corrientes, respectivamente para Bolivia de 1995-2013**



Fuente: Banco Mundial

**Composición del Gasto total en Salud entre gasto público y privado en Bolivia 1995-2013**



Fuente: Banco Mundial

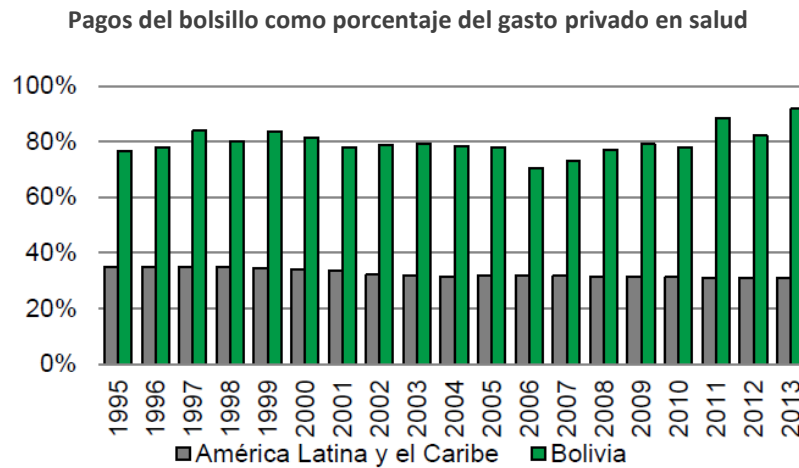
Complementariamente, en el gráfico anterior, se muestra la composición del gasto total en salud, diferenciando entre gasto público y gasto privado. Se observa, por ejemplo, que el sector público ha ido creciendo en lo que respecta al gasto en salud efectuando, al 2013, un 78.4% del gasto total en salud mientras que en Latinoamérica y el Caribe la proporción que ocupa el gobierno en el gasto de salud es, en promedio 49.2% al 2013.<sup>6</sup>

Por último, en el siguiente gráfico se muestran los pagos del bolsillo como porcentaje del gasto privado de salud para América Latina y el Caribe y Bolivia entre 1995 y 2013.

Los datos muestran que la mayor parte del gasto privado de salud en Bolivia se realizaría en pagos directos por el servicio, es decir, el individuo o familia revelarían que prefiere no usar el seguro público de salud.

<sup>6</sup> Estadísticas del Banco Mundial

La OMS en su reporte del año 2000 sugiere que un alto grado de pagos directos del bolsillo podría volver injusto el sistema de salud ya que expondría a los individuos a eventos catastróficos inesperados lo cual podría llevarlos a situaciones de pobreza, socialmente indeseables.



Fuente: Banco Mundial

## 6. Políticas y normativas respecto de las compras públicas de servicios

El financiamiento de los proyectos gubernamentales en lo que se refiere construcción de hospitales y equipamiento se los realiza, a través de licitaciones públicas, la mayoría de las veces internacional por la cuantía del monto de los proyectos, que continúa siendo la modalidad predominante.

Las compras públicas están administradas por el Sistema de Contrataciones Estatales de Bolivia –SICOES ([www.sicoes.gob.bo](http://www.sicoes.gob.bo)). El proceso de contratación de servicios generales se rige por el Decreto Supremo N° 0181, del 28 de junio de 2009, de las Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios (NB-SABS) y el Documento Base de Contratación (DBC) para Servicios Generales. La modalidad de licitación pública en la cual pueden participar empresas extranjeras es desde **Bs. 1.000.001 en adelante (US\$ 141.443)**.

Los proponentes elegibles son:

- Empresas nacionales o extranjeras legalmente constituidas.
- Asociaciones Accidentales de Empresas legalmente constituidas.

Es importante que las empresas chilenas si quieren participar de una licitación pública estén registradas en el Registro único de Proveedores del Estado (<http://www.sicoes.com.bo/rupe.html>), para lo cual, la empresa debe estar legamente constituida en Bolivia ya sea por medio de una asociación accidental o abriendo una sucursal en Bolivia ([www.fundempresa.org.bo](http://www.fundempresa.org.bo)).

## 7. Infraestructura y telecomunicaciones disponibles

Según información estadística disponible del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Salud y Deportes, Bolivia cuenta con casi 11 millones de habitantes, donde el 71% de la población se concentra en los departamentos de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba, para atender a este número de personas existen 3.628 establecimientos médicos en Bolivia de los cuales 238 son hospitales básicos 38 hospitales generales y existen 27 institutos especializados.

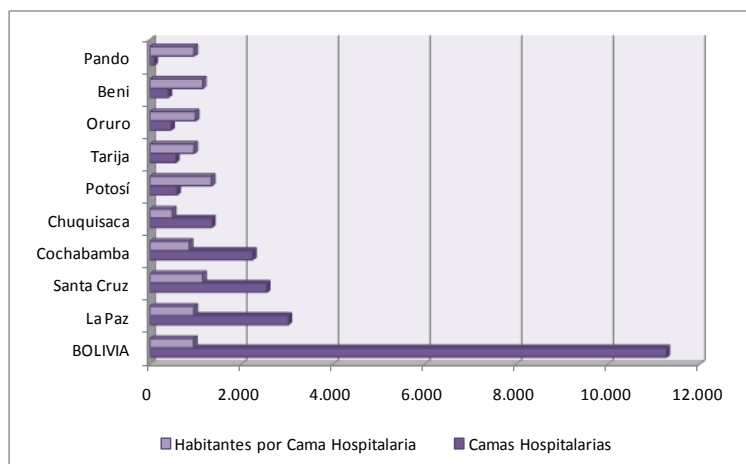
**BOLIVIA: ESTABLECIMIENTOS DE SALUD, SEGÚN DEPARTAMENTO Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO**  
Año 2013

Departamentos	Total	Puesto de Salud	Centro de Salud	Hospital Básico	Hospital General	Instituto Especializado
<b>BOLIVIA</b>	<b>3.628</b>	<b>1.613</b>	<b>1.712</b>	<b>238</b>	<b>38</b>	<b>27</b>
La Paz	742	299	381	46	6	10
Santa Cruz	612	222	290	89	4	7
Potosí	551	337	202	10	2	0
Cochabamba	549	220	266	44	15	4
Chuquisaca	405	173	213	11	3	5
Tarija	252	110	120	19	2	1
Beni	219	96	112	8	3	0
Oruro	218	108	98	9	3	0
Pando	80	48	30	2	0	0

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Estadística

Respecto a las camas hospitalarias por habitante, Bolivia cuenta con 11.273 camas hospitalarias y 960 habitantes por cama, los departamentos más afectados por disponibilidad de camas son: Pando, Beni, Oruro, Tarija y Potosí.

**BOLIVIA: HABITANTES POR CAMAS HOSPITALARIAS, SEGÚN DEPARTAMENTO**  
Año 2012



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes e Instituto Nacional de Estadística

Respecto a la infraestructura hospitalaria en Bolivia, según información de la prensa escrita muchos de los hospitales públicos en Bolivia funcionan con una infraestructura precaria y equipos insuficientes. En una inspección a uno de los principales Hospitales Públicos de tercer nivel, se pudo constatar que los consultorios no cuentan con mobiliario adecuado, y en casi todas las especialidades no tienen espacios para guardar frazadas, colchones y camillas. Los baños no tienen condiciones de higiene y solo existe en algunos espacios, y no así en todas las especialidades<sup>7</sup>.

El equipamiento de las salas de internación es precario, las camas son antiguas, muchas están rotas u oxidadas, las placas de rayos X son apiladas en un antiguo ropero, no cuentan con espacios adecuados para guardar los insumos médicos y los materiales de enfermería. El 50% de los equipos es obsoleto, recibe un promedio de 400 solicitudes de servicios al día, atiende emergencias externas y cuenta con un total de 871 funcionarios, entre médicos generales, especialista, auxiliares y personal administrativo.

Según el defensor del pueblo, el derecho a la salud es uno de los derechos humanos más vulnerados en Bolivia, "hay discriminación en el acceso a los servicios entre el área urbana y rural, a lo que se suma la precariedad de los centros de salud, la insuficiencia de personal y sobre todo la falta de calidez en la atención". "Según fuentes oficiales, en los últimos 10 años en Bolivia se construyeron 758 establecimientos de salud y se crearon 8.616 nuevos ítems, sin embargo, menos de cuatro personas de cada diez tienen cobertura de algún seguro de salud público o privado", cuestionó<sup>8</sup>.

## 8. Principales mega-proyectos programados o en ejecución que inciden en la demanda de servicios

En el ámbito gubernamental, según el Informe de actividades 2015 del Ministerio de Salud y Deportes los proyectos en ejecución que tienen son los siguientes:

---

<sup>7</sup> Marzo 2016. 50% de equipos e infraestructura del Hospital de Clínicas es obsoleto

[http://www.eldiario.net/noticias/2016/2016\\_03/nt160311/sociedad.php?n=68&-50-de-equipos-e-infraestructura-del-hospital-de-clinicas-es-obsoleto](http://www.eldiario.net/noticias/2016/2016_03/nt160311/sociedad.php?n=68&-50-de-equipos-e-infraestructura-del-hospital-de-clinicas-es-obsoleto)

<sup>8</sup> Marzo 2016. Informe defensorial alerta sobre precarias condiciones del Hospital de Clínicas

<http://www.paginasiete.bo/sociedad/2016/3/10/informe-defensorial-alerta-sobre-precarias-condiciones-hospital-clinicas-89399.html>



## PROYECTOS DE INVERSIÓN 2015

PRESUPUESTO PROGRAMADO SEGÚN PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA		
PROYECTO DE INVERSIÓN PÚBLICA	PRESUPUESTO (Bs.)	%
PROGRAMA: BONO JUANA AZURDUY	250.860.990,00	23,2%
EQUIPAMIENTO Y FORTAL SANITARIO MOVIL A NIVEL NACIONAL	435.903.544	40,2%
CONST. Y EQUIP. INSTITUTO ONCOLOGICO EN CBBA	117.992.000	10,9%
FORTALECIMIENTO A LAS REDES DE SALUD	36.176.830,00	3,3%
DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO EN CHUQUISACA Y POTOSI	24.181.982	2,2%
PREINV. CONST. Y EQUIP. INST. GASTROENTEROLOGICO EN LA PAZ	20.580.000	1,9%
PREINV. CONST. Y EQUIP. INST. NEFRO NEUROLOGICO EN STA CRUZ	20.580.000	1,9%
PROYECTO FORTALESSA MSD	19.277.414	1,8%
CONSTRUCCION HOSPITAL TERCER NIVEL ORURO	18.096.275	1,7%
CT CONAN	21.226.007	2,0%
PROYECTO DE TELESALUD	37.974.417	3,5%
PROY. EQUIPAM. HOSP. 3ER.NIVEL EL ALTO NORTE BID 2822/BL-BO	27.992.942,00	2,6%
ATENCION INTEGRAL DE LAS ENFERMEDADES RENALES EN BOLIVIA	12.740.000	1,2%
IMPLEMENTACION PROY. MEJORAMIENTO ACCESO SERVICIO DE SALUD EN EL ALTO BID 3151/BL-BO	6.997.179,00	0,6%
PREVENCION DE LA SALUD ORAL A NIVEL NACIONAL	7.570.180	0,7%
CONTROL DE TUBERCULOSIS EN BOLIVIA - NOVENA RONDA	5.400.695	0,5%
APL III	4.989.951,00	0,5%
IMPLEM. PROG.MEJORAM. ACCESO SERV. HOSP. LPZ PTS BID-2822	4.551.159,00	0,4%
CONSTRUCCIÓN Y EQUIPAMIENTO DEL HOSPITAL DE TERCER NIVEL EL ALTO SUR BID 3151/BL-BO	3.775.000	0,3%
PROYECTO GAVI	2.669.323	0,2%
EQUIP. Y FORTAL. ESTABLECIMIENTOS DE SALUD LP, CB, OR, Y CH	3.956.671,00	0,4%
<b>TOTAL PROYECTOS DE INVERSIÓN PÚBLICA MINISTERIO DE SALUD</b>	<b>1.083.492.559</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

## PROYECTOS HOSPITALARIOS 2016

DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS BENEFICIADOS	TIPO DE NIVEL			NUMERO DE PROYECTOS	TIPO DE INVERSIÓN	MONTO TOTAL (Millones de Bs)
		Segundo	Tercer	Cuarto			
La Paz	7	6	3	1	10	7 Nuevos 3 Ampliación	<b>2.597</b>
Cochabamba	8	6	1	1	8	7 nuevos 1 Ampliación	<b>1.919</b>
Santa Cruz	9	7	1	1	9	6 Nuevos 3 Ampliación	<b>2.523</b>
Tarija	3	1	2	1	4	3 Nuevos 1 Ampliación	<b>1.697</b>
Beni	4	1	3		4	3 Nuevos 1 Ampliación	<b>807</b>
Oruro	2	1	1		2	2 Nuevos	<b>256</b>
Potosí	7	6	1		7	7 Nuevos	<b>899</b>
Pando	1		1		1	1 Nuevos	<b>334</b>
Chuquisaca	2	1	1		2	2 Nuevos	<b>627</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>29</b>	<b>14</b>	<b>4</b>	<b>47</b>		<b>11.659</b>

Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

Por otro lado, el objetivo del primer Eje de Desarrollo del Plan Sectorial de Desarrollo (PSD) 2010-2020, es el acceso de toda la población al Sistema de Salud, se logrará solamente si no existen barreras a este acceso. En este sentido, el Programa 1, llamado “Universalización del Acceso al Sistema de Salud”, tendrá como objetivo principal atacar a las barreras que impiden el acceso de los Bolivianos y Bolivianas a los servicios de salud; estas barreras son principalmente de cuatro tipos: económicas, geográficas, culturales y relacionadas con la calidad de atención. Para eliminar las barreras y así lograr el acceso universal hacia los servicios de salud, el Programa 1 está compuesto por cinco proyectos sectoriales estrechamente relacionados entre sí: 1.1 Extensión de Coberturas de los Servicios de Salud SAFCI; 1.2 Fortalecimiento de Redes de Salud; 1.3 Medicina Tradicional e Interculturalidad; 1.4 Vigilancia y Gestión de la Calidad de bienes y servicios y 1.5 Seguro Universal de Salud.

### Objetivos, Indicadores y Metas

Eje/ Programa	Objetivos	Indicadores	Situación Inicial	Meta 2020	Medios de Verificación
<b>Eje 1: Acceso Universal al Sistema Único de Salud Familiar Comunitaria Intercultural</b>	Todos los bolivianos y bolivianas, en sus diferentes ciclos de vida, en igual de condiciones; gozan de acceso universal al Sistema único de salud familiar comunitaria intercultural	% población excluida en el acceso a servicios de salud		< 5%	Encuestas específicas
<b>Programa 1: Universalización del Acceso al Sistema de Salud</b>	Disminuir la magnitud de las barreras al acceso al Sistema de Salud de tipo económico, geográfico, cultural y relacionadas a la calidad de atención para incrementar el acceso de los bolivianos y bolivianas al Sistema de Salud	Económico: % de la población con seguro de salud	56%	100%	Seguros Públicos, Seguridad Social Seguros Privados
		Geográfica: % de la población viviendo > 1 hora de servicios de salud fijos	A establecer	< 5%	Censos y estudios específicos
		Cultural: % de establecimientos de salud que coordinan con medicina tradicional	< 5%	70%	Estudios específicos
		De calidad: Resultados de evaluaciones de desempeño	A establecer	100% de los RRHH evaluados aplicando normas de atención	Estudios de evaluación de desempeño

Fuente: Plan Sectorial de Desarrollo de Salud (PSD) 2010-2020

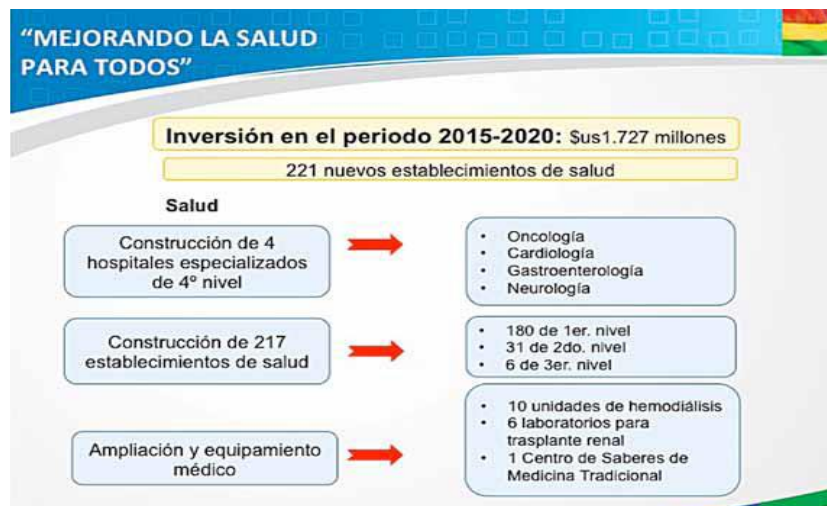
De acuerdo a noticias publicadas en medios de prensa el Presidente del Estado Plurinacional de Bolivia Juan Evo Morales Ayma el año 2015, informó la construcción para los próximos años de 4 hospitales de cuarto nivel en las capitales de departamentos: La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Tarija; así como otros de tercer nivel en ciudades intermedias y de alta demanda.

El Primer Mandatario informó que su administración resolvió erigir las infraestructuras de cuarto nivel en Tarija con la especialidad de Cardiología. El Instituto de Oncología será construido en Tolata, Cochabamba, con una inversión de US\$131 millones. El Instituto Gastroenterológico estará en La Paz y costará US\$72 millones. El Instituto de Cardiología en San Lorenzo, Tarija, con un costo de US\$152 millones. El Instituto de Nefrología y Neurocirugía se edificará en Santa Cruz, con una inversión de US\$242 millones.

Indicó que de momento Bolivia no tiene una sola instalación de ese tipo, razón por la cual los enfermos deben viajar a Argentina, Brasil, Chile y Estados Unidos para someterse a delicadas intervenciones quirúrgicas. Dentro de esa política de salud, aseguró que ciudades capitales, tales como Cobija, Pando aún carecen de hospitales de tercer nivel y que será en esos sectores donde se dotará esta infraestructura sanitaria.

Destacó la necesidad de estos lugares de contar con ese tipo de atención médica, ya que en el caso de esa ciudad amazónica, la población supera los 100.000 habitantes.

Según el siguiente cuadro se muestra el presupuesto 2015-2020 para mejorar la salud:



Fuente: Ministerio de Salud y Deportes

## 9. Participación del sector privado en las principales industrias de servicios

Las empresas privadas dedicadas al sector salud y asistencia social, se desenvuelven de manera normal en cumplimiento con las leyes y normas vigentes en el sector.

Según datos de Fundempresa, concesionaria del Registro de Comercio de Bolivia, al mes de mayo de 2016, en la Base Empresarial Vigente 4.601 empresas se dedican a los servicios de salud y asistencia social con un crecimiento de 4% respecto al periodo analizado la pasada gestión.

Las empresas que están inscritas en este sector pertenecen a los siguientes rubros:

- Servicios de hospitales
- Servicios de medicina tradicional y alternativa
- Servicios médicos y odontológicos
- Actividades de asistencia social sin alojamiento para personas de la tercera edad
- Actividades de casa de reposo y convalecencia
- Otras actividades de asistencia social sin alojamiento
- Otras actividades de atención en instituciones con alojamiento
- Otros servicios relacionados con la salud humana
- Servicios de atención en instituciones a personas con capacidades diferentes
- Servicios de atención en instituciones para personas de la tercera edad

En las ciudades de La Paz, Santa Cruz y Cochabamba se encuentran los centros médicos privados especializados y con mayor oferta de servicios médicos algunos de los más conocidos según ciudad son los siguientes<sup>9</sup>:

- La Paz
  - Clínica Alemana - <http://www.clinicalemana.com.bo/>
  - Clínica del Sur - <http://www.clinicadelsur.com.bo/>
  - Clínica Cemes - <http://cemesbolivia.com/>
  - Hospital Arco Iris- <http://www.arcoiris.org.bo/>
  - Prosalud - <http://www.prosalud.org/>
  - Clínica Rengel - <http://clinicarengel.com/>
  - Clínica Liendo
  - Clínica 6 de Agosto
  - Clínica de especialidades y accidentes – Trauma Klinik
  - Hospitales Municipales
- Santa Cruz
  - Clínica Foianini - <http://www.clinicafoianini.com/>
  - Clínica Incor - <http://www.clinicaincor.com/>
  - Clínica Siraní
  - Clínica Urbarí
  - Hospital Universitario Japonés
  - Hospitales Municipales
- Cochabamba
  - Clínica Los Olivos - <http://www.clinicalosolivos.com/>
  - Clínica Ferrel -
  - Clínica Boliviana Americana
  - Clínica Santo Domingo
  - Clínica Rafael Gutierrez
  - Hospitales Municipales

## V. Descripción sectorial del mercado importador

### 1. Comportamiento general del mercado

En el Sistema Nacional de Salud, definido como “el conjunto de entidades, instituciones y organizaciones públicas y privadas que prestan servicios de salud bajo la regulación del MSD”<sup>10</sup>, se establece la existencia de tres niveles de atención:

<sup>9</sup><http://www.gnb.com.bo/guia/Centros-de-Atencion-Medica/Clinicas,-centros-de-salud-y-emergencias-medicas.html>

- El primer nivel de atención, encargado de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito, está conformado por los puestos de salud, centros de salud, policlínicas y poli consultorios, medicina tradicional y brigadas móviles de salud.
- El segundo nivel de atención comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología.
- El tercer nivel de atención está constituido por la atención ambulatoria de especialidad, la internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad; sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.

El MSD es el encargado de formular las estrategias, políticas, planes, programas y normas en salud a nivel nacional; las cuales son ejecutadas y supervisadas a nivel departamental por los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) que dependen técnicamente del Ministerio y administrativamente de los Gobiernos Departamentales, siendo nombrada por el Gobernador la máxima autoridad del SEDES.

Dentro de cada Municipio la máxima autoridad es el Directorio Local de Salud (DILOS), que tiene por tarea el cumplimiento, implementación y aplicación de las políticas y programas de salud considerados prioritarios en el municipio. El DILOS está conformado por el Alcalde Municipal, el Jefe médico del servicio de Salud y el Comité de Vigilancia. Esta instancia de gestión se sobrepone a otra de la estructura social propuesta por la política SAFCI, que es el Concejo Social Municipal de Salud, la cual tiene un papel importante en la gestión participativa y el control social.

Los establecimientos de salud conforman distintos niveles de Redes de Salud:

- La Red de Salud Municipal está conformada por los establecimientos de primer y segundo nivel de atención, que funciona bajo la responsabilidad del Coordinador de Red nombrado por el respectivo DILOS. A partir de 2013 el Gobierno Municipal será responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del primer y del segundo nivel de atención.
- La Red de Salud Departamental está conformada por las redes de salud municipales y los establecimientos de salud del tercer nivel de atención del departamento. La responsabilidad técnica de esta red recae sobre el Servicio Departamental de Salud, y la responsabilidad administrativa sobre la Gobernación, responsable de la gestión de los recursos humanos. A partir de 2013 la Gobernación será responsable de la provisión y administración de la infraestructura, equipamiento, suministros e insumos médicos del tercer nivel de atención.
- La Red Nacional de establecimientos de salud está conformada en total por los 3.628 establecimientos de salud de Bolivia, que están estructurados en cinco subsectores: Público, Seguridad Social, Instituciones privadas, Iglesia y ONGD. De éstos el 92% corresponde al primer nivel de atención

---

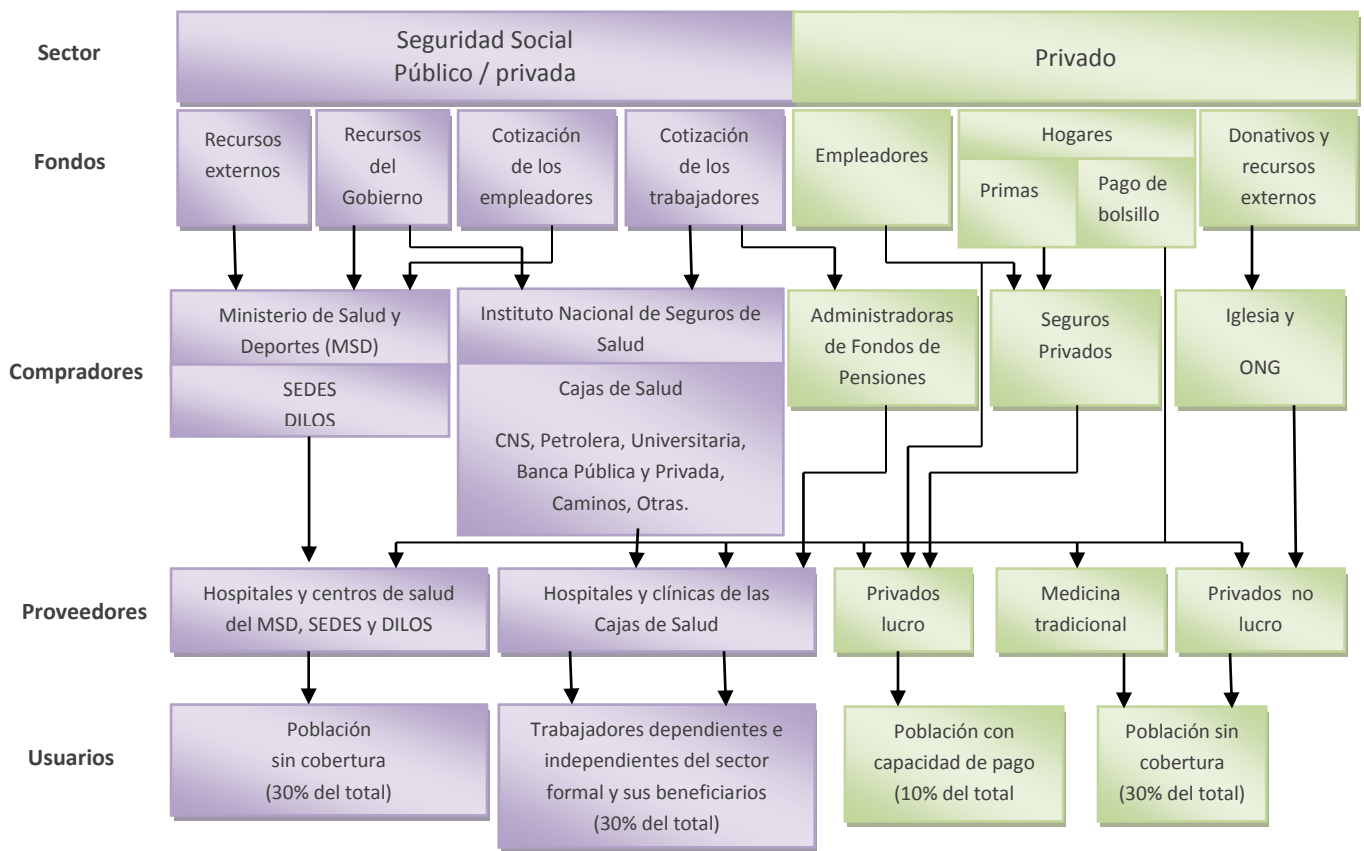
<sup>10</sup> Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales. Evaluación de Impacto de los Seguros de Maternidad y Niñez en Bolivia 1989-2003. La Paz: UDAPE; 2007.

(“puestos de salud” y “centros de salud”), el 6,5% al segundo nivel (“hospitales básicos”) y el 1,5% al tercer nivel (“hospitales generales” e “institutos especializados”)<sup>11</sup>.

El sector Salud está compuesto por los siguiente subsectores:

- Subsector público, financiado por fondos públicos, descentralizado en su gestión.
- Subsector del Seguro Social de Corto Plazo, conformado por diversas Cajas de Salud que atienden a los empleados, trabajadores con dependencia laboral formal, financiado por cotizaciones contributivas.
- Subsector privado, conformado por las entidades sin fines de lucro que actúan en salud (ONG, Iglesia y otros) y por las entidades con fines de lucro que atienden solamente a grupos poblacionales con capacidad de pago (establecimientos privados, seguros privados, etc.).
- Subsector de la medicina tradicional, conformado por diferentes proveedores: parteras, Quilliris, Herboristas, Amautas, Jampiris, Kallawayas, Chamanes, Kákuris, Aysiris, Ipayes y otros.

En el siguiente cuadro se presentan las características de cada subsector según la cobertura poblacional, las fuentes de financiamiento y gasto en salud:



SEDES: Servicios Departamentales de Salud - Niveles de prefecturas  
 DILOS: Directorio Local de Salud - Nivel de municipios  
 CNS: Caja Nacional de Salud  
 Fuente: Ledo y Soria (2011).

<sup>11</sup> 9 Fuente: sitio del MSD. “Reporte de estructura de establecimientos 2012”.  
<http://www.sns.gob.bo/snis/estadisticas/estructura>

## 2. Estadísticas de producción y comercio del servicio

La diferenciación étnica de los hogares constituye un factor explicativo de pobreza en Bolivia y los idiomas que conoce o habla el jefe de hogar es el dato que ayuda a identificar dicha condición étnica. La pobreza que afecta a los indígenas bolivianos suele ser desproporcionadamente más grave que la que afecta a otros grupos de la sociedad: es así que cerca del 80% de los indígenas se ubican por debajo de la línea de la pobreza.

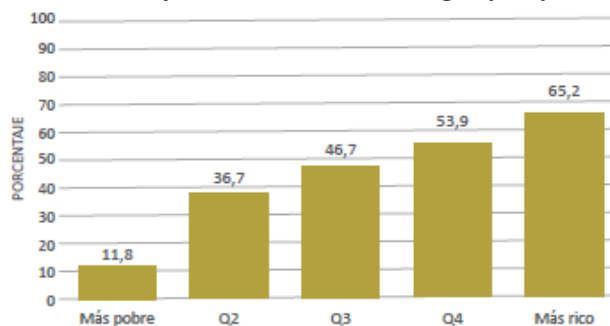
Con relación a los determinantes socioculturales, resultados de algunos diagnósticos ponen en evidencia la existencia de barreras que no solo dependen de las habitualmente reconocidas como las geográficas, las económicas y las culturales; sino la existencia de barreras relacionadas con las propias mujeres y su toma de decisión para atender su salud.

Estas barreras se asocian a las construcciones sociales inequitativas y desiguales de género, con una situación de salud de las mujeres, que muestran datos alarmantes (mortalidad materna, cáncer cérvico-uterino, embarazo en adolescentes y embarazo no deseado).

Existen otros factores de riesgo, ligados a estilos de vida como son el hábito de fumar, el sedentarismo, los inadecuados hábitos alimentarios, la hipertensión arterial, el abuso de alcohol y el sobrepeso. La respuesta es aún incipiente y se requiere de mayores contribuciones para la aplicación de instrumentos técnicos, el desarrollo de capacidades en recursos humanos y el establecimiento de alianzas.

Con relación a los determinantes ambientales, vale la pena mencionar que Bolivia tiene una cobertura de agua potable del 75% y en saneamiento (alcantarillado) del 48%. En el área urbana, la cobertura de agua potable es del 88% y en saneamiento del 54%. Más crítica es la situación en el área rural, donde el 50% de la población, principalmente indígena, cuenta con servicios de agua potable y un 37% dispone de saneamiento.

**Hogares con cobertura simultánea a los servicios básicos:  
Electricidad, alcantarillado y red de distribución de agua por quintiles de consumo**



Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)

La salud ocupacional es un campo desatendido en los últimos decenios, con situación preocupante en diferentes sectores (minería, transporte, construcción y agricultura).

Por otro lado, como anteriormente se mencionó, la Constitución política del Estado se constituye en el marco legal para generar “El Vivir Bien”. En este contexto el gobierno aprobó el Plan nacional de desarrollo del cual se desprende el Plan sectorial de salud 2010-2020, “Hacia la salud universal”, el mismo que explicita el mandato político y social del sector de salud. Establece la política de salud familiar comunitaria intercultural – SAFCI,

organizando el modelo sanitario vigente, en sus componentes de atención y gestión, aplicando la estrategia de promoción de la salud y promoviendo la soberanía y rectoría en salud.

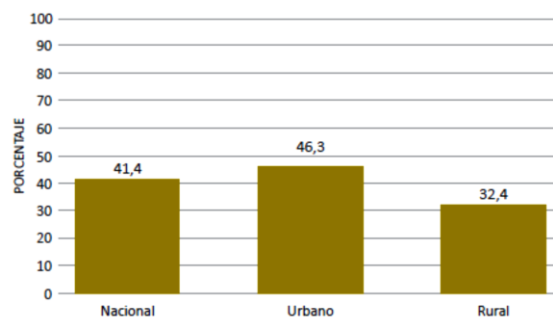
Adicionalmente, el ministerio de salud y deportes presentó un proyecto de ley para la conformación de un Sistema único de salud con el fin de mejorar el acceso, la equidad y la calidad de los servicios de salud.

Como respuesta a la problemática de salud, el gobierno ejecuta también programas sociales como el pago de la Renta Dignidad, Bono Juancito Pinto y Juana Azurduy, en la misma lógica se han ido conformando seguros de salud desde las perspectivas departamentales y municipales en el marco de las competencias autonómicas que rigen actualmente en el país, según el ministerio de planificación y desarrollo y la Unidad de análisis, de políticas sociales y económicas (UDAPE), aproximadamente 4 de cada 10 personas se encuentran afiliadas a algún seguro de salud incluyendo los seguros públicos, la seguridad social y los seguros privados. La cobertura es más alta en el área urbana (46,3%) que en el área rural (32,4%). En el área urbana la mayor proporción de la afiliación corresponde a las cajas de salud y en área rural al ex Seguro Universal Materno Infantil.

Según la Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE), la cobertura de los seguros de salud vigentes durante el año 2012:

- El 41,4% de la población se encuentra afiliada o registrada en algún seguro de salud, incluyendo los seguros de salud públicos, la seguridad social de corto plazo y los seguros privados. La cobertura de seguros de salud es ligeramente superior entre las mujeres, hecho que posiblemente se explica por una mayor protección financiera en servicios de salud materna e infantil.
- De las niñas y niños menores de 5 años, 63% se encontraba registrado en el Seguro Universal materno Infantil (SUMI).
- En la población adulto-mayor (65 años y más), se encuentra que 27,3% está afiliado en el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM).
- En lo que respecta a la seguridad social de corto plazo (Cajas de Salud) la cobertura general alcanza a 16% de la población, con una marcada diferencia según área de residencia encontrándose coberturas de 21,6% en área urbana y 5,6% en área rural.
- Por piso ecológico se encuentra que la mayor cobertura de seguros de salud se encuentra en la región del altiplano que registra una proporción de 45,2% en contraste con las regiones de los valles y llanos que registran proporciones alrededor de 40%. Al interior de los pisos ecológicos la mayor proporción de asegurados se registra en el área urbana del altiplano 52,7% y la menor en el área rural de los llanos con 30,1%.

**Porcentaje de la población que cuenta con algún tipo de seguro**

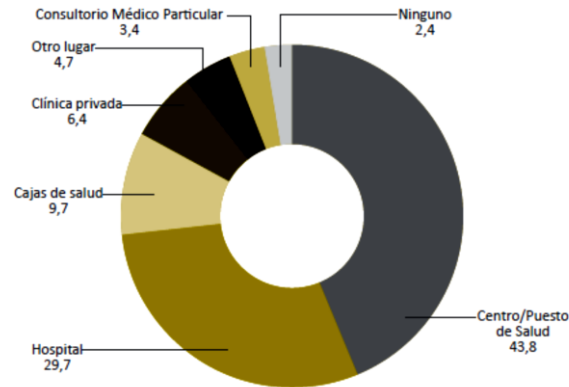


Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)



El lugar más frecuente utilizado para la atención de enfermedades o accidentes es el centro o puesto de salud, con una cobertura de 43,8% (57,9% en el área rural y 36,2% en el área urbana). En segundo lugar se encuentra el hospital, con 29,7% y en tercer lugar los establecimientos de las cajas de salud con 9,7%.

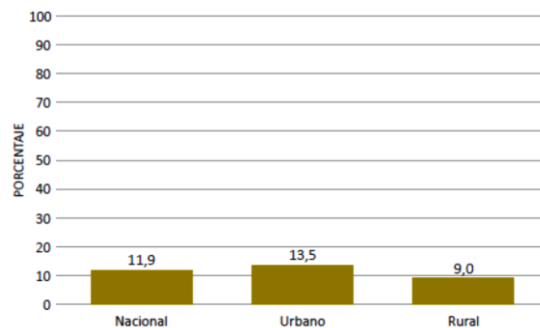
**Porcentaje de población por lugar más frecuente de atención en salud**



Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)

Con relación a la prevalencia de enfermedades crónicas, 11,9% de la población reportó tener alguna enfermedad que haya durado más de 4 semanas. La enfermedad más prevalente se refiere a los problemas gástricos o intestinales que registra un 2,1%, seguida del Chagas, la tuberculosis o tos persistente y los problemas renales que representan porcentajes de 1%.

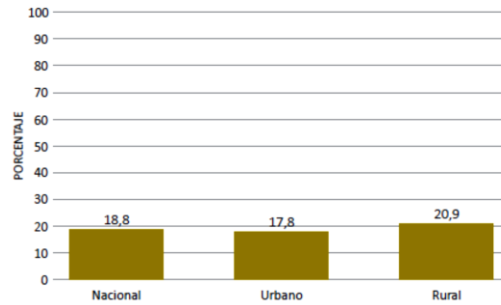
**Porcentaje de la población con alguna enfermedad crónica**



Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)

Entre los factores de riesgo asociados al estado de salud general se encuentra que 18,8% de las personas de 15 años o más fuma algún tipo de tabaco en cigarrillo, puros o pipa, con una mediana de consumo de 3 cigarrillos por día. La edad mediana de inicio en que las personas comienzan a fumar es 19 años, mientras que la edad mediana para dejar de fumar se registra a los 25 años.

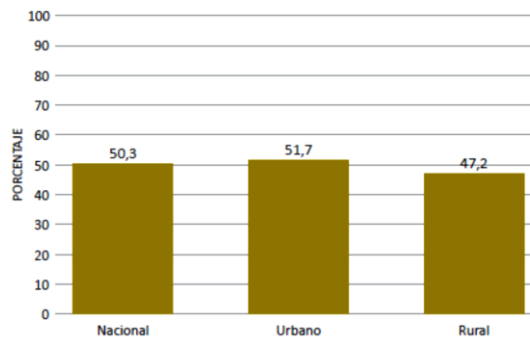
### Porcentaje de la población de 15 años y más que fuma



Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)

A nivel nacional una de cada 2 personas declara haber consumido bebidas alcohólicas en los últimos doce meses. La prevalencia de consumo de alcohol es significativamente mayor entre la población masculina que entre la femenina (63,6% versus 38,8%). No existen grandes diferencias en el consumo de alcohol entre el área urbana y rural, aunque en el área urbana la prevalencia de consumo es ligeramente mayor.

### Porcentaje de la población que consumió bebidas alcohólicas en los últimos 12 meses

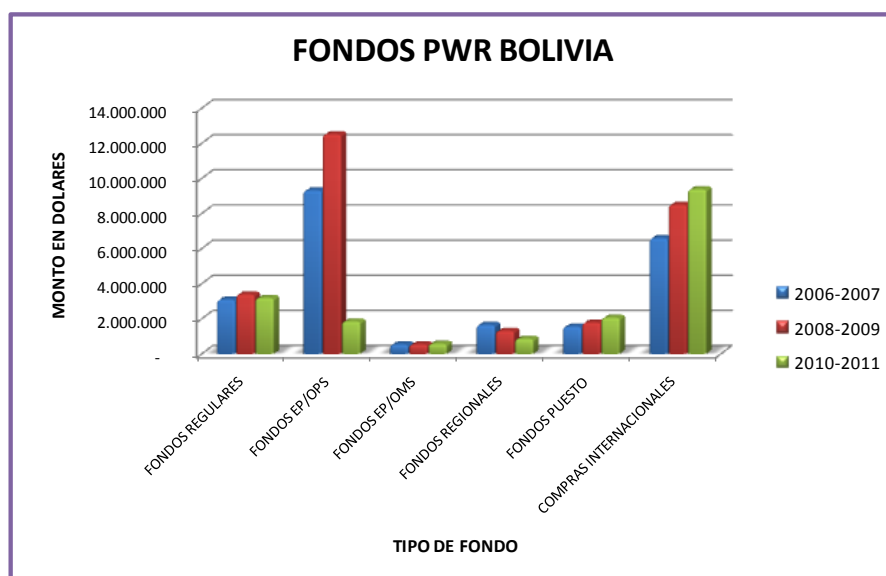


Fuente: Encuesta de Evaluación de Salud y Nutrición 2012 - Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas (UDAPE)

## 3. Proporción de servicios importados

Bolivia es un país donde actúa una importante y variada cooperación internacional, en especial en el campo de la salud. Se encuentran agencias tanto bilaterales como intergubernamentales y multilaterales. El Grupo de Socios para el Desarrollo de Bolivia (GruS) es un espacio de coordinación conformado por estas agencias. Su principal objetivo estratégico es apoyar la implementación de los acuerdos de la Declaración de Paris y el Plan de Acción de Accra. El GruS está conformado por 21 cooperantes miembros, que desde su establecimiento en el año 2006 han ido fortaleciendo progresivamente su coordinación con el Gobierno y su cooperación a Bolivia. Incluye 13 grupos de trabajo, dentro de los cuales está el grupo sectorial de salud. Por parte del gobierno nacional, las acciones de la cooperación están supervisadas por el viceministerio de inversión pública y financiamiento externo (VIPFE), en coordinación con los ministerios sectoriales.

Bolivia ha participado de todas las evaluaciones de la aplicación de la Declaración de París. El periodo 2006-2010 se caracterizó por un incremento sustantivo de los recursos internos en el financiamiento de la inversión pública, alcanzando 71,5% en 2009 (el saldo de 28,5% corresponde a recursos de la cooperación, mediante préstamos, donaciones y cooperación técnica).



BIENIO	FONDOS REGULARES US\$	FONDOS EP/OPS US\$	FONDOS EP/OMS US\$	FONDOS REGIONALES US\$	FONDOS PUESTO US\$	TOTAL US\$	COMPRAS INTERNACIONALES US\$
<b>2006-2007</b>	3.095.949	9.316.475	540.151	1.654.910	1.556.861	16.164.346	6.597.431
<b>2008-2009</b>	3.396.833	12.518.216	545.469	1.318.155	1.783.098	19.561.771	8.503.323
<b>2010-2011</b>	3.188.456	1.853.378	582.259	862.720	2.068.800	8.555.613	9.387.416
<b>TOTAL</b>	<b>9.681.238</b>	<b>23.688.069</b>	<b>1.667.879</b>	<b>3.835.785</b>	<b>5.408.759</b>	<b>44.281.730</b>	<b>24.488.170</b>

Fuente: Estrategia de cooperación de País Bolivia 2011/2015 en base a datos de la Unidad de Finanzas del Ministerio de Salud

Fondos PWR: Fondos Unicef

Es importante mencionar que numerosos países llevan programas de cooperación bilateral con Bolivia. Los programas que contemplan intervenciones en salud corresponden a Bélgica, Canadá, España, Estados-Unidos, Francia, Italia y Japón. Estas intervenciones pueden estar implementadas directamente o por intermedio de organizaciones no gubernamentales, de universidades o de agencias multilaterales. Adicionalmente a lo anterior, un fenómeno nuevo es la aparición de actores no tradicionales, que han acordado convenios de cooperación, tanto en el ámbito regional (Argentina, Brasil, Chile, Cuba, México y Venezuela), como mundial (Corea del Sur e Irán).

Como otras organizaciones multilaterales presentes en el país, se puede mencionar a las agencias del sistema interamericano (OEA e IICA), así como las instituciones financieras internacionales, Fondo Monetario Internacional, Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, los dos últimos con proyecto en el sector de salud.

Además, hay que señalar que Bolivia es la sede de dos organismos internacionales: la Universidad andina en Sucre y el Fondo indígena en La Paz.

Paralelamente a lo anterior, existe la presencia del Fondo mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. En la actualidad, Bolivia está beneficiada con proyectos para las tres enfermedades. De modo similar, aparecieron también la iniciativa GAVI, para la promoción de las vacunas y el “Partnershipfor Maternal, Newborn & ChildHealth” a favor de la salud materna e infantil, iniciativas de las cuales Bolivia es partícipe.

Existen también numerosas organizaciones no gubernamentales, tanto nacionales como internacionales, con actividades en salud. Hay que señalar la existencia de un Programa de Coordinación en Salud Integral (PROCOSI), fundado en 1988 con el objetivo de generar un impacto cualitativo en las actividades de supervivencia infantil; esta red está constituida por 31 organizaciones miembros, con presencia en los nueve departamentos del país.

En cuanto a centros colaboradores de la OMS, Bolivia cuenta con uno, el Laboratorio de física de la atmosfera, de la Universidad Mayor de San Andrés de La Paz, reconocido por sus aportes en la investigación de las radiaciones ultravioletas y su impacto en la salud humana.

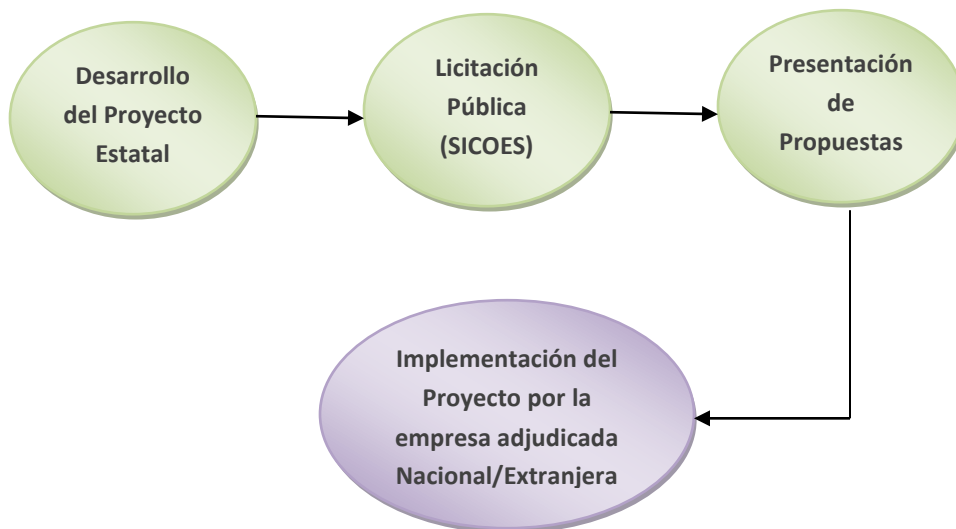
#### 4. Dinamismo de la demanda

Se debe considerar el comportamiento que ha presentado el sector de servicios de salud en los últimos años, nos hemos referido a ello en los capítulos II y V, numerales 2.1 y 1 respectivamente del presente Perfil.

#### 5. Canales de comercialización

Los servicios y productos para la salud son comercializados de manera directa cuando se trata del sector privado (Cajas de Salud Clínicas, Hospitales), pues los proyectos hospitalarios y /o de equipamiento son contratados de manera directa con distribuidores o importadores locales.

Mientras que en Sector Público las contrataciones tanto de bienes y servicios se los realiza por licitación pública. El canal de distribución en el Sector Público se describe a continuación:



## 6. Principales players del subsector y empresas competidoras

Las empresas del sector Salud son las que atienden a la población boliviana en sus diferentes especialidades, es así que según datos del Instituto Nacional de Estadística y del Ministerio de Salud y Deportes, en Bolivia existen 1.613 Puestos de Salud, 1.712 Centros de Salud, 238 son hospitales básicos 38 hospitales generales y existen 27 institutos especializados tanto públicos como privados.

Para mayor detalle de las empresas del sector salud que trabajan en los diferentes departamentos de Bolivia, se sugiere visitar el sitio web de FUNDEMPRESA:

<http://www.fundempresa.org.bo/directorio/busqueda-avanzada.php>

Otros sitios web de relevancia donde se puede encontrar un directorio de los hospitales y clínicas en Bolivia:

<http://www.bago.com.bo/hospitales.asp>

<http://www.gnb.com.bo/guia/Centros-de-Atencion-Medica/Clinicas,-centros-de-salud-y-emergencias-medicas.html>

<http://doctorbolivia.com/>

## 7. Marco legal y regulatorio del subsector

En Bolivia con la promulgación del Código de Salud en 1978 se da inicio a una serie de planes sobre políticas públicas en el sector, políticas que han ido evolucionando, flexibilizándose y haciéndose cada vez más descentralizadas y participativas.

Actualmente, la salud está reconocida como un derecho en Bolivia. La Constitución Política del Estado garantiza el acceso gratuito al servicio de salud para toda la población (Art.35-37, CPE) y obliga al Estado a hacerse responsable de efectivizar este derecho (Art. 36-37, CPE). Asimismo, el Estado también garantiza la participación de la población en la gestión de salud (Art. 40, CPE), lo cual otorga a la población la posibilidad de participar en la determinación de los problemas del servicio de salud y su resolución.

El Artículo 158 de la Constitución Política del estado en concordancia con el artículo 2 del Código de salud de la República de Bolivia; establece que la salud es un bien de interés público que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud del individuo, la familia y la población en general y garantiza el ejercicio de derechos sin distinción de edad, raza, sexo o condición económica.

El Artículo 3 del Código de Salud establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y deportes, define las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio Nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna.

En este sentido el DS 29894 del 7 de febrero de 2009, en su Capítulo III, Artículo 3.- Inciso a) define el principio del “Vivir Bien”, “sumajkausay, suma qamaña, ñandereko, tekokavi, ivimaraei, qhapajñan”, como la satisfacción compartida de las necesidades humanas que incluye la afectividad y el reconocimiento, en armonía con la naturaleza y en comunidad con los seres humanos. Y en su Artículo 4 define los valores como las cualidades de

carácter social y personal que promoverán los servidores y servidoras públicas con base en la filosofía del “Vivir Bien”

En el Capítulo XVI Artículo 89.- (Estructura Jerárquica). La estructura jerárquica del Ministerio de Salud y Deportes:

Ministro de Salud y Deportes

- Viceministerio de Salud y Promoción
  - Dirección General de Servicios de Salud
  - Dirección General de Promoción de Salud
  - Dirección General de Seguros de Salud
- Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad
  - Dirección General de Medicina Tradicional e Interculturalidad
- Viceministerio de Deportes
  - Dirección General de Promoción del Deporte, la Educación Física y la Recreación

El subsector público tiene como normas rectoras principales:

- El Código de Salud (Decreto Ley No 15629 del 18 de julio de 1978), que debería ser reemplazado por una nueva Ley General de Salud, en preparación
- La Ley de Participación Popular (Ley No.1551 de 20 de abril de 1994), que fue una etapa importante en la estructuración del sistema de salud. Transfería al gobierno municipal la propiedad de la infraestructura física de los servicios públicos de salud y la responsabilidad de administrarlos, mantenerlos y renovarlos, dejando la gestión del recurso humano en la administración central del Ministerio de Salud y sus entes desconcentrados o Servicios Departamentales de Salud. Ha dado paso a la conformación de los Directorios Locales de Salud, entidades de gestión compartida en el ámbito local donde concurren el representante de la Alcaldía Municipal, el representante del Servicios Departamental de Salud y el representante de la sociedad civil, quienes son responsables de la gestión local de salud en el ámbito municipal. La Ley de Participación Popular fue abrogada por la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010), sin embargo sigue vigente su Reglamento (el DS N° 24447, de 20 de diciembre de 1996).
- La Ley de Descentralización Administrativa (Ley No.1654 del 28 de julio de 1995).La Ley de Descentralización Administrativa fue abrogada por la Ley Marco de Autonomías y Descentralización (2010), sin embargo sigue vigente su Reglamento (el DS N° 24447, de 20 de diciembre de 1996).
- La Ley del Seguro Universal Materno Infantil - SUMI (Ley No. 2426 del 211 de noviembre del 2002, ampliada en el año 2005)
- La Ley del Seguro de Salud para el adulto mayor (Ley No.3323 del 16 de enero de 2006)
- La política SAFCI(Decreto Supremo No. 29601 del 11 de junio del 2008), que tiene como fin principal la provisión y aliento de actividades de promoción y prevención de la salud, enfocada a la familia y la comunidad con articulación de la medicina tradicional y medicina académica
- La Ley Marco de Autonomías y Descentralización (Ley No. 031 del 19 de julio de 2010) delega mayor responsabilidad a los gobiernos autónomos municipales y gobernaciones. Establece la transferencia y delegación de atribuciones no privativas del poder ejecutivo a las Gobernaciones departamentales; a partir de 2013 los terceros niveles serán de tuición de las Gobernaciones.

- El proyecto del Seguro Único de Salud – SUS (Ley No. 2426 de 21 de noviembre de 2002) que entró en vigencia la gestión 2013, y tiene como objetivo cubrir a una mayor población extendiendo las prestaciones del SUMI a toda la población materno infantil y además amplía otras prestaciones al resto de la población. Como mencionado más arriba, el funcionamiento del SUS se hará efectivo gracias al aumento del 2% del presupuesto para salud de los municipios y las gobernaciones.

El subsector de la seguridad social tiene como norma rectora al Código de Seguridad Social (Ley Nº 1527 del 14 de septiembre de 1956, con varias modificaciones), que tiende a proteger la salud del capital humano, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas necesarias para la rehabilitación y la concesión de medios para mejorar las condiciones de vida del grupo familiar. Atiende a los trabajadores asalariados y organizados y cubre con prestaciones de salud por enfermedad, maternidad y niñez y riesgo profesional.

El Subsector privado incluye a las Compañías de Seguros, Compañías de Medicina Prepagada y las ONGD. Las Compañías de Seguros constituyen un receptor de fondos para financiar los servicios de salud del sector privado, la principal fuente de recursos para estas organizaciones son los hogares y las empresas, a través, de pagos de primas por seguros de salud. Es importante resaltar la actividad de ONGD y la Iglesia, por su presencia en número y su contribución en las prestaciones de servicios de salud en áreas dispersas.

El Subsector de Medicina Tradicional ha recibido particular reconocimiento a nivel nacional y está establecido de manera explícita en la Ley 2426 del Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), cuyas prestaciones se pueden hacer efectivas cuando corresponde, de acuerdo a los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos.

El nuevo Plan Sectorial de salud 2010 -2020 denominado “Hacia la Salud Universal” (PSD) es el instrumento que orienta el accionar de todo el sector Salud en Bolivia, en alineación a los nuevos paradigmas del desarrollo del Estado Plurinacional establecidos en la Constitución Política de Estado (CPE), el Plan nacional de Desarrollo (PND), el Plan de Gobierno 2010 -2015 “Evo avanza” y la política Sanitaria Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, y que emana de las propuestas sociales y sanitarias realizadas en la concertación social nacional de las Pre constituyentes de salud 2005 y del trabajo de coordinación con autoridades y técnicos del nivel nacional, departamental y municipal.

El PSD que incorpora tres ejes para su desarrollo en base a los cuales se coordinan las estrategias: 1) acceso universal al sistema de salud; 2) promoción de la salud; y 3) soberanía y rectoría sobre el sistema de salud.

## 8. Tendencias comerciales del sector

Bolivia sigue presentando un rezago en salud respecto a los demás países de la región. El sistema de salud nacional presenta dos subsistemas –público y privado- que no se complementan y en promedio llegan a cubrir a un 60% de la población.

El gasto tanto per cápita como en porcentaje del PIB ha aumentado en el transcurso del tiempo, sin embargo, este gasto no está focalizado, por tanto, termina favoreciendo a personas que sí podrían costearse su salud, en desmedro de los más vulnerables.

Por último, el sector estatal ha ido creciendo en el tiempo quitando participación al sector privado de salud, sin embargo, los datos sugieren que los individuos particulares prefieren no hacer uso del sistema público de salud y hacer pagos directos desde su bolsillo.

## VI. Competidores

### 1. Principales proveedores externos

Debido a la carencia de Hospitales de cuarto nivel en Bolivia y la falta de servicios profesionales y asistencia a enfermedades y cirugías complejas, muchos bolivianos que cuentan con los recursos económicos, suelen ir a atenderse a otros países vecinos como Argentina, Chile, Brasil, Cuba y Estados Unidos.

Argentina y Brasil destacan por sus cirugías plásticas y Cuba por su rehabilitación traumatológica, Chile destaca por prestar atención de enfermedades de alta complejidad. Clínicas amplias y médicos reconocidos a nivel internacional que trabajan con tecnología de punta son algunas de las bondades que destacan los pacientes.

El periódico “El País” de Tarija<sup>12</sup>, señala que debido a la falta de diagnósticos o de tratamientos efectivos movilizó a más de 300 bolivianos hacia la Argentina con la esperanza de curarse de sus problemas renales o acceder a un trasplante de riñón en algún hospital a través del sistema público de salud. Uno de los puntos fundamentales es que en Buenos Aires se cubren gastos que en Bolivia todavía son costosos o responden a varios trámites.

### 2. Descripción de los servicios otorgados por competidores locales o externos.

En Chile el 9,7% de las consultas que aquejan a los foráneos son los malestares digestivos y más de 300 pacientes fueron atendidos por enfermedades como apendicitis, gastroenteritis, neumonías o cálculo al riñón. Las cifras oficiales, además, evidencian diferencias en el origen de los pacientes, según se atiendan en el sector público o privado. En el primer caso, el predominio absoluto es de peruanos y bolivianos, que concentran el 71,3% de las prestaciones. Esto coincide con que son las principales colonias de inmigrantes que llegan Chile buscando mejores oportunidades de empleo y calidad de vida para sus familias<sup>13</sup>.

Respecto a la atención privada, los precios también timentan a los pacientes extranjeros, porque son hasta seis veces más bajos que en EE.UU. A pesar de que Chile es uno de los destinos más caros de la región. Un trasplante de riñón cuesta en Chile US\$ 70.000, casi tres veces más que en Bolivia. En Argentina y Brasil, los precios para

---

<sup>12</sup> Más de 300 enfermos bolivianos esperan por un riñón en Argentina

<http://eju.tv/2015/08/mas-de-300-enfermos-bolivianos-esperan-por-un-rinon-en-argentina/>

<sup>13</sup>[http://www.cajpe.org.pe/gep/index.php?option=com\\_content&view=article&catid=52:migrantes-noticias&id=2312:chile-uno-de-cada-cuatro-extranjeros-que-se-atienen-en-el-sistema-de-salud-lo-hace-por-embarazos-segun-datos-oficiales-del-ministerio-de-salud-respecto-de-todas-las-prestaciones-en-el-pais](http://www.cajpe.org.pe/gep/index.php?option=com_content&view=article&catid=52:migrantes-noticias&id=2312:chile-uno-de-cada-cuatro-extranjeros-que-se-atienen-en-el-sistema-de-salud-lo-hace-por-embarazos-segun-datos-oficiales-del-ministerio-de-salud-respecto-de-todas-las-prestaciones-en-el-pais)



esta operación bordean los US\$ 60.000, y en Estados Unidos, esta intervención alcanza los US\$ 200.000 aproximadamente<sup>14</sup>.

En Argentina el acceso a la salud es gratuito y universal y los tratamientos en hospitales públicos son cubiertos por el Estado si es que el paciente no cuenta con una Obra Social (Seguro de salud). De esta manera, los extranjeros son igualmente atendidos con su cédula de identidad o pasaporte.

Sin embargo, para acceder al trasplante de un órgano de un donante cadavérico es necesario contar con el Documento Nacional de Identidad (DNI) permanente que se otorga luego de dos años de residencia en el país vecino.

Según datos publicados por el Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, de las 9.308.547 consultas realizadas durante 2012 en los hospitales públicos porteños, sólo 4.887.681 fueron realizadas por vecinos de la Ciudad, es decir, el 52%. De estos datos se desprende que el restante 48% no acude al hospital cercano a su hogar y decide emprender un viaje que, según dónde viva, será más o menos largo y tedioso<sup>15</sup>.

### 3. Segmentos y estrategias de penetración de competidores

Para poder trabajar con el sector público es decir la Caja Nacional de Salud (CNS), se sugiere revisar de manera constante la página Web del Sistema de Contrataciones Estatales (SICOES) y Ministerio de Salud, en los cuales se publican las licitaciones para proyectos de envergadura como equipamiento hospitalario, construcción de hospitales y otros relacionados:

- Caja Nacional de Salud  
<http://www.cns.gob.bo/>
- Sistema de Contrataciones Estatales (SICOES)  
<https://www.sicoes.gob.bo/general/frames.php?direccion=../contrat/procesos.php>
- Ministerio de Salud  
<http://www.minsalud.gob.bo/institucional/convocatoria-de-bienes-y-servicio-2015>  
<http://www.minsalud.gob.bo/precalificacion-hospitales>

En el caso de las cajas de Salud, éstas publican sus solicitudes de bienes y servicios en sus sitios web y los contratos son directos:

- Seguro Social Universitario – La Paz (<http://ssulapaz.org/>)
- Seguro Social Universitario – Cochabamba (<http://www.ssucbba.org/web/>)
- Seguro Social Universitario – Santa Cruz (<http://www.ssusrz.org/web/>)
- Caja Petrolera de Salud (<http://www.cps.org.bo/>)
- Caja de Salud de la Banca Privada (<http://portal.csbp.com.bo/inicio/>)
- Caja bancaria Estatal de Salud (<http://www.cbes.org.bo/>)
- Caja de Salud Cordes (<http://www.cajacordes.org.bo/>)

<sup>14</sup>Clínicas chilenas se lanzan a la conquista de pacientes latinoamericanos <http://www.economiaynegocios.cl/noticias/noticias.asp?id=60239>

<sup>15</sup> Tratamientos gratis, el eje de una nueva migración <http://www.perfil.com/elobservador/Tratamientos-gratis-el-eje-de-una-nueva-inmigracion-20141221-0049.html>

Para ver el detalle de las principales empresas del sector privado en Bolivia ver capítulo IV, numerales 9 (Participación del sector privado en las principales industrias de servicios), de este estudio donde se detallan las empresas por departamento.

#### 4. Valores aproximados de servicios provistos u ofrecidos por competidores

No se cuentan con estadísticas o información sobre los valores provistos y ofrecidos por competidores a hospitales o clínicas, sin embargo por información de algunos gerentes de clínicas privadas, los servicios y productos chilenos son valorados por su calidad y experiencia en este sector.

## VII. Obstáculos a enfrentar por los exportadores de servicios

Dadas las desigualdades del sector salud en Bolivia, el subsistema de seguridad social, que concentra la mayor parte de los recursos, afilia a un reducido porcentaje de la población, que es el sector español-parlante y perteneciente al quintil más alto de ingresos, este porcentaje de la población aproximadamente 40%, son potenciales clientes para turismo hospitalario en Chile al contar con los recursos necesarios para pagar sus gastos en salud. El restante pueden representar una carga social migrante.

El Plan de Hospitales públicos para Bolivia consiste en la construcción, equipamiento y ampliación de 46 hospitales de segundo, tercer y cuarto nivel en el país, con una inversión de US\$1.700 millones y la construcción, Equipamiento y Ampliación de 180 establecimientos de primer nivel. Para que las empresas chilenas puedan acceder a estos proyectos tienen que presentarse a licitación pública (nacional) con un socio estratégico boliviano que cuente con experiencia prestando servicios en este sector, en el caso de licitaciones internacionales, las empresas pueden presentarse directamente montos mayores a US\$ 141.443, (para mayor detalle ver capítulo IV subtítulo 6).

## VIII. Indicadores de demanda para el servicio

Los bolivianos que no están asegurados en las cajas y los que no están incluidos en el seguro integral de salud (niños menores de cinco años, mujeres embarazadas y en puerperio y discapacitados) tienen que pagar para ser atendidos.

Una consulta médica cuesta entre US\$ 2 y US\$ 4 en los hospitales de segundo y tercer nivel; una radiografía tiene un valor de US\$ 9, un hemograma llega a costar US\$ 4 y así se va cobrando de acuerdo a las prestaciones, aunque tanto en las Alcaldías como en la Gobernaciones se aclara que también hay un sistema de categorización que hace descuentos a los que demuestran su pobreza.

Cuando hablamos de los seguros, la salud también cuesta porque varios de los servicios deben ser subvencionados. El Tesoro General de la Nación (TGN) asigna un presupuesto para cubrir el seguro integral y ese dinero es administrado por las alcaldías. Por ejemplo, si una mujer va a dar a luz, el seguro paga US\$ 7 por el parto y US\$ 50 si es cesárea, tomando en cuenta que para estas atenciones se necesita un médico, una enfermera, un neonatólogo, además de otros especialistas, un centro médico y medicamentos<sup>16</sup>.

Es importante mencionar que Bolivia tiene un rezago mayor en tecnología médica. El tratamiento a los pacientes con cáncer aún se hace en muchos casos con bombas de cobalto, que ya han desaparecido en los países desarrollados. En el Hospital Oncológico de Santa Cruz se está construyendo un búnker para reemplazar esa bomba por un acelerador lineal y la Gobernación planifica que sean tres en corto tiempo.

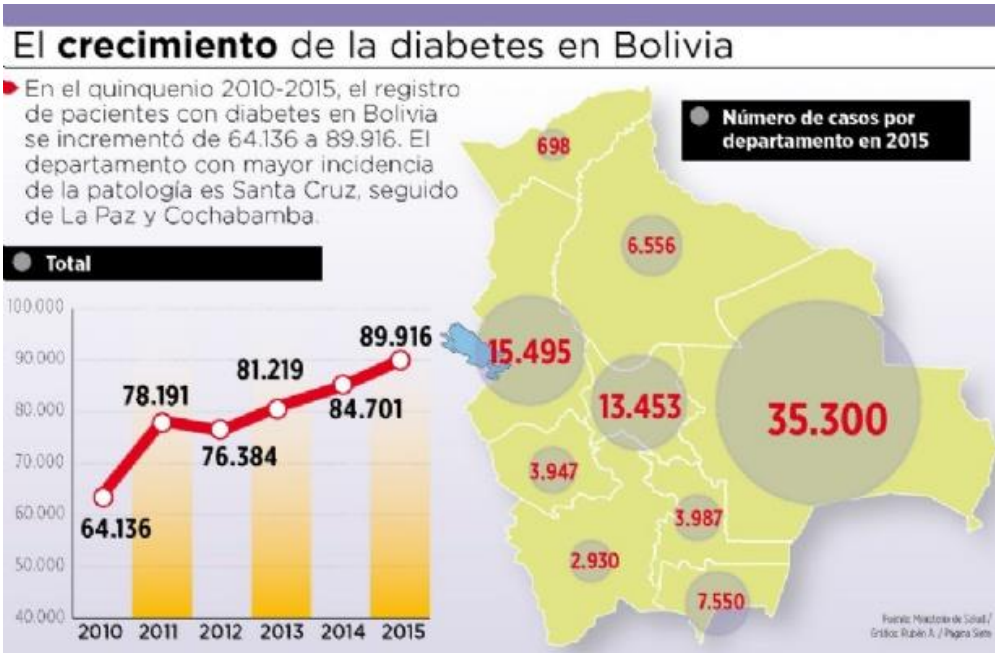
En Bolivia no se realizan trasplantes de médula para tratamientos de leucemia, tampoco hay trasplante de córnea en el sector público. Argentina, Brasil y Chile son los lugares a los que los bolivianos con dinero acuden en busca de tratamiento. Los que no pueden hacer esos gastos, se resignan en Bolivia.

Por otro lado, según parámetros internacionales, debería haber 2,5 médicos por cada 1.000 habitantes y 2,5 camas por similar población. El experto en salud pública Guillermo Cuentas sostiene que en Bolivia hay un déficit de 13.000 camas y de personal de salud.

Entre las enfermedades que preocupan al estado boliviano esta la diabetes, en los últimos cinco años, el registro de casos se incrementó en 30%, de 64.136 en 2010 a 89.916 en 2015. Se prevé que hasta 2020 la cifra de pacientes con esta enfermedad se duplique y llegue a 180 mil, informó el Ministerio de Salud.

---

<sup>16</sup>Bolivia invierte seis veces menos que Uruguay y Chile en salud.  
<http://www.eldeber.com.bo/especiales/bolivia-invierte-seis-veces-menos.html>



Fuente: <http://www.paginasiete.bo/sociedad/2016/4/7/bolivia-90000-casos-diabetes-anos-duplicaran-92381.html>

Por último según consulta a algunos médicos en Bolivia se está haciendo algunos avances en nuevas legislaciones, en estos momentos se está elaborando la normativa para realizar trasplantes, sin embargo hay muchos otros temas que abordar, por lo cual se necesitará contar con la orientación y experiencia de países vecinos como Chile.

En el ámbito de especialidades, en Bolivia hace falta desarrollar especialidades y equipamiento en las siguientes áreas:

- Cardiología
- Nefrología
- Neurología
- Traumatología
- Subespecialidades en las anteriores mencionadas

## IX. Opiniones de actores relevantes en el mercado

En consulta con los artículos publicados por la prensa escrita relacionados al presupuesto que asigna el gobierno a la salud y las condiciones del servicio en salud en Bolivia, algunas opiniones fueron las siguientes:

- Guillermo Cuentas ex ministro de Salud, aplaude la decisión de la implementación del Seguro Universal de Salud, pero pide la construcción de un proyecto nacional de salud para que pueda ser una realidad. Para esto, menciona necesario incorporar tres elementos centrales: primero, la creación de un sistema boliviano de salud con acceso a un Servicio Universal de Salud mediante un pacto nacional en el que estén involucrados actores de la sociedad, municipios y gobernaciones. Segundo, para garantizar un acceso universal de salud se necesita cuadruplicar los gastos de salud en el país. Comparando con algunos Estados de Sudamérica, el gasto per cápita (por persona) de salud en Bolivia es de US\$ 103 al año, mientras que en Chile es de US\$ 787. El tercer elemento es priorizar una reforma estructural del modelo sanitario que tenemos en el país, debe haber cambios<sup>17</sup>.
- Bolivia se encuentra entre los últimos cinco puestos de 36 países del continente americano en número de salubristas (médicos y enfermeras) por población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se necesitan alrededor de 23 médicos, enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes para brindar servicios esenciales de salud a la población. La realidad de nuestro país es adversa, solo tiene 14,1 profesionales en salud por 10.000 habitantes. Esta realidad contrasta con los 130 profesionales de salud por 10.000 habitantes que tiene Cuba y los 125 de Estados Unidos. "Ni siquiera llegamos a dos por mil habitantes. Es lamentable nuestra situación", reflexiona Edgar Villegas, presidente del Colegio Médico de Bolivia.<sup>18</sup>
- El experto Guillermo Cuentas explica que en Bolivia la salud no es gratuita, salvo para los cuatro millones (de un total de 10 millones) que están asegurados en alguna de las cajas, o para los niños menores de cinco años, las madres gestantes o que dieron a luz, hasta que su niño cumpla un año, que están incluidos en el seguro integral. El resto de la población no tiene protección y debe sacar dinero del bolsillo o convertir su casa, sus animales o cualquiera de sus bienes en billetes para intentar curarse.
- El representante de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Bolivia, Fernando Leño, "Bolivia es un país que tiene grandes retos en salud, y está bien encaminado, hay una decisión política que le ha permitido avanzar en distintos indicadores en materia de salud que consideramos que está llevando adelante el Gobierno del presidente Evo Morales y la ministra de Salud (Ariana Campero)", dijo<sup>19</sup>.

## X. Recomendaciones de la Oficina Comercial sobre la estrategia comercial en el mercado

<sup>17</sup> El Seguro Universal de Salud se aplicará a partir de esta gestión. [http://www.la-razon.com/sociedad/Tercer\\_Mandato-Seguro\\_Universal-Salud-aplicara-gestion\\_0\\_2204179571.html](http://www.la-razon.com/sociedad/Tercer_Mandato-Seguro_Universal-Salud-aplicara-gestion_0_2204179571.html)

<sup>18</sup> Bolivia está en la cola de médicos por habitante [https://www.eldia.com.bo/index.php?cat=1&pla=3&id\\_articulo=190856](https://www.eldia.com.bo/index.php?cat=1&pla=3&id_articulo=190856)

<sup>19</sup> OPS destaca avances en indicadores de salud en Bolivia. <http://www.eabolivia.com/politica/22235-ops-destaca-avances-en-indicadores-de-salud-en-bolivia.html>

Las proyecciones de inversión en el sector servicios para la salud, tienen buenas perspectivas de crecimiento en los siguientes años en Bolivia, debido a la inversión que realizará el Gobierno en Proyectos de construcción, ampliación y equipamiento de hospitales y centros de salud. Por el lado privado, también el escenario es promisorio, toda vez que existe una carencia de servicios y profesionales especializados que puedan atender a pacientes con diagnósticos complejos.

Las empresas extranjeras para adjudicarse un proyecto estatal de salud en Bolivia tienen que contar con un socio en Bolivia para poder participar de las licitaciones nacionales (menores a US\$ 141.443) o abrir una sucursal en el país para postular a licitaciones internacionales puedes hacerlo de manera directa, sin embargo se sugiere realizar un trabajo de acercamiento previo con potenciales socios estratégicos.

Es importante mencionar que según datos que arroja el presente estudio, las personas prefieren pagar los servicios de salud de manera privada, que ir a un seguro estatal, lo cual es un indicador que los bolivianos confían más en los especialistas y clínicas privadas.

Existe interés de clínicas privadas Bolivianas, en generar convenios con contrapartes chilenas para la derivación de pacientes con enfermedades que requieran tratamientos especializados.

Por último, se sugiere a las empresas chilenas relacionadas a servicios para la salud, tomar en cuenta detalles de cultura, costumbres, horarios, comidas, entre otros, para poder adecuarse a la idiosincrasia y ritmo de trabajo en Bolivia.

## XI. Contactos relevantes

- Ministerio de Salud  
<http://www.minsalud.gob.bo/>
- Sistema de Contrataciones Estatales  
[www.sicoes.gob.bo](http://www.sicoes.gob.bo)
- Asociación Boliviana de Aseguradores  
<http://www.ababolivia.org/>
- INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD (INASES)  
<http://inases.gob.bo/>
- Organización Panamericana de la Salud en Bolivia  
<http://www.paho.org/bol/>
- Naciones Unidas en Bolivia  
<http://www.nu.org.bo/agencia/organizacion-panamericana-de-la-salud-opsoms/>

## XII. Fuentes de información (*Links*).

- Ministerio de Salud  
<http://www.minsalud.gob.bo/>
- Instituto Nacional de Estadística (INE)  
[www.ine.gob.bo](http://www.ine.gob.bo)
- Banco Central de Bolivia (BCB)  
[www.bcb.gob.bo](http://www.bcb.gob.bo)
- Sistema de Contrataciones Estatales  
[www.sicoes.gob.bo](http://www.sicoes.gob.bo)
- Unidad de Análisis de Políticas Sociales y Económicas  
<http://www.udape.gob.bo/>