

M-4901

DEBATE SOCIAL I



La reforma de salud

cedla

centro de estudios para el desarrollo
laboral y agrario

PROYECTO CONTROL CIUDADANO

Social Watch

DEBATE SOCIAL I



La reforma de salud

La Paz - Bolivia
2002

cedla

centro de estudios para el desarrollo
laboral y agrario

PROYECTO CONTROL CIUDADANO

Social Watch

Debate Social

Primera edición, julio 2002

Autor y Editor: CEDLA - Proyecto Control Ciudadano

Cuidado de edición: Departamento de Comunicación

Depósito legal: 4 - 1 - 1316 - 02

Impresores: Editorial Offset Boliviana Ltda. "EDOBOL"
Telfs. 241 0448 - 241 2282 - 241 5437
La Paz - Bolivia

Impreso en Bolivia
Printed in Bolivia

Presentación	7
Las reformas neoliberales de los sistemas de salud: implicaciones para Latinoamérica y el Caribe	9
<i>Dr. Ramón Granados Toraño</i>	
Introducción	9
La confusión de términos en relación con la reforma de los sistemas de salud	11
Las bases de la reforma de los sistemas de salud en los ochenta y noventa	12
Algunas lecciones del proceso para Latinoamérica	14
Algunos juicios acerca de estos procesos:	19
Enfoques teórico metodológicos de los sistemas de salud: hacia abordajes más integrales	20
1. El enfoque de la complejidad	21
2. El enfoque transdisciplinario en salud	22
3. El enfoque sistémico de la salud	22
4. El enfoque gerencial de sistemas y servicios de salud	23
5. El enfoque de la gerencia social (producción social de la salud)	24
6. El enfoque del desarrollo humano local como fuente de nuevos conocimientos y prácticas	24
7. El enfoque de modelos de atención a la salud regionalizados	25
8. El enfoque de sujetos de desarrollo	26
9. Una nueva ética de la salud	26
10. El enfoque de la calidad de la atención en salud	27
11. El enfoque democrático participativo	28
12. La construcción de nuevos conocimientos	28
13. El enfoque del aprender-haciendo y la enseñanza aprendizaje	29
14. La estabilidad del personal y construcción de capital social	29
15. La dialéctica de lo global y lo local en los sistemas de salud	30
16. Lo político, lo técnico y lo gerencial en los sistemas de salud	31
17. La equidad social y la salud	31
Algunos elementos para el análisis, discusión y síntesis, acerca de los procesos neoliberales en salud	32
Conclusiones	33
Una aproximación al empleo y condiciones laborales en el sector salud en Bolivia	37
<i>Juan Luis Espada Vedia</i>	
Introducción	37
1. Reformas en el sector salud	38
a) Gasto público en salud	39
b) Descentralización administrativa	42
c) Participación privada en el sector salud	42
2. El mercado de trabajo urbano en salud	44
A. Caracterización general: magnitud del sector y crecimiento del mercado de trabajo, características de los ocupados y características de los puestos de trabajo	44
Magnitud del sector	44
Características de los ocupados y de los puestos de trabajo	45
B. Aproximación a las condiciones laborales en el sector	47
a) Remuneraciones en el sector salud	48
b) Pluriactividad en el sector salud	49
c) Subempleo en el sector salud	51
C. A modo de conclusión	52

Análisis de las orientaciones del anteproyecto de ley de seguro universal y sus implicaciones. Visión desde los profesionales de salud	55
---	----

Dra. Nila Heredia MD
Dr. Oscar Lanza V. MD, MPH
Dr. Jorge Ríos Aramayo MD, MPH

Introducción	55
Fundamentación	55
Diagnóstico	56
1. Perfil epidemiológico	56
2. Desempeño pobre de las políticas públicas	56
De los actores y factores influyentes en la actual situación de salud	57
Caja Nacional de Salud	58
Otras cajas de seguros de salud	58
INASES	58
Iglesia	59
Contratación de servicios, acceso a la salud y al socorro sanitario	59
Las políticas de salud en Bolivia	60
El Colegio Médico Departamental La Paz y las propuestas de reforma:	
Ley del Seguro Universal en Salud	61
Propuesta del Colegio Médico Departamental La Paz	62
Análisis crítico	62
Análisis del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud	65

Julio García C.

1. Introducción	65
1.1. Un país atrasado	65
1.2. Bolivia y la crisis	65
1.3. Servicios de salud	65
2. Origen del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud	66
2.1. Finalidad estratégica del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud	67
2.2. Del financiamiento de las prestaciones	68
2.3. Constitución del Fondo Solidario de Salud	69
2.4. Análisis sobre solvencia o insolvencia económica de los co-financiantes	70
2.5. Gobierno administrativo	71
2.6. Seguridad jurídica	71
2.7. Virtual disolución del gobierno tripartito de la CNS	71
3. Seguro universal de salud, vía sistema de seguridad social	72
3.1. Universalidad	72
3.2. Antecedentes históricos	72
4. Bases financieras para la seguridad social	72
4.1. Ampliación de cobertura de la Caja Nacional de Salud	75
4.2. Fortaleza institucional de la Caja Nacional de Salud	76
4.3. Resistencia de los trabajadores en defensa de la CNS y las cajas sectoriales	76
5. Conclusiones sobre el proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud	78
Condiciones ideológicas entre la seguridad social y el seguro universal de salud	79

FENSEGURAL

Condiciones globales	79
Principios básicos del sistema	79
Condiciones de cumplimiento del seguro	81
Carácter social del patrimonio	81
Anteproyecto de ley del sistema boliviano de seguro universal de salud	83

Versión al 29/10/2001

Anexo estadístico	97
--------------------------------	----

PRESENTACIÓN

El Centro de Estudios para el Desarrollo Laboral y Agrario (CEDLA) y el Proyecto Control Ciudadano tienen el agrado de presentar la publicación periódica “*Debate Social*” que estará orientada a analizar y a aportar al debate de diversos aspectos de la problemática social del país.

Este primer número de “*Debate Social*” está dedicado a tratar la reforma de salud, tema de verdadera importancia tanto para la población en general como para los trabajadores de la salud en particular.

La reforma del sector de la salud en Latinoamérica y en otros países viene siendo operada en el marco de la aplicación de programas de ajuste estructural y de reformas en la administración pública, en la seguridad social y en las relaciones laborales. En este sentido, la reforma de salud en la mayoría de los países ha implicado cambios en las políticas de financiamiento, en la relación entre los sistemas público y privado y se han aplicado políticas de reducción de costos en el marco de exigencias de equilibrios fiscales. Por ello, se ha orientado hacia la flexibilidad en materia de atención, de costos y de recursos humanos, adquiriendo distintas formas, dimensiones y metodologías de aplicación.

Estos cambios, según varios estudios e investigaciones, están erosionando el carácter social del servicio público con la introducción de valores comerciales en el sector salud como consecuencias de la privatización y de iniciativas orientadas al mercado. Las presiones para lograr retornos financieros compatibles con aquellos que se pueden obtener en los mercados de otros sectores de la economía, pueden llevar a un abandono del carácter social de los servicios de salud y a la discriminación intencional de enfermos y grupos vulnerables que requieren atención.

En el ámbito laboral sectorial, entre los aspectos comunes de la reforma de la salud con consecuencias sobre el personal del sector deben mencionarse, entre los principales, aquellos referidos a la gestión -donde a través de políticas de descentralización y municipalización se transfieren a entidades de menor nivel la responsabilidad de la administración y, en muchos casos, la generación de los recursos y la disminución de costos- a través de políticas de terciarización y/o subcontratación de servicios que incluyen, en algunos casos, aspectos prestacionales. Estos procesos están asociados a transformaciones importantes en el número y composición de los recursos humanos, en las modalidades de su contratación y remuneración y en sus condiciones de trabajo que responden a estrategias de competitividad heterogéneas de las diferentes unidades proveedoras de servicios y a las particularidades de gestión.

Si bien cada país ha abordado la reforma de salud con algunas particularidades, es común que en este proceso se descuide las implicaciones que ésta tiene sobre los recursos humanos del sector, que se caracteriza por un uso intensivo de mano de obra compuesta en proporciones importantes por mujeres. En general, no se considera el hecho de que es a través del personal de salud que

se brinda el servicio, por lo que el resentimiento en sus condiciones de trabajo puede afectar tanto la cantidad como la calidad de las prestaciones y, por tanto, del propio servicio.

La reforma del sector de la salud en Bolivia, que viene operándose desde hace algunos años a partir de la promulgación de las leyes de Participación Popular y de Descentralización Administrativa -que modifican el modelo de gestión del sector a través de la descentralización de los servicios vía municipios y prefecturas-, la implementación de procesos de gestión autónoma de hospitales -que incluye nuevas formas de contratación del personal-, la terciarización de diferentes servicios, y la propuesta contenida en el Anteproyecto de Ley del Seguro Universal de Salud -que implica la creación de una carrera sanitaria sujeta a disposiciones legales específicas-, se inscribe en el marco de las orientaciones antes señaladas.

Es debido a esta situación y a que la reforma de la salud en Bolivia no está siendo debatida con la amplitud y profundidad necesarias, que este primer número de "*Debate Social*" está dedicado a analizar esta problemática desde los siguientes ámbitos. En primer lugar, consideramos de suma importancia contar con una contextualización del entorno económico, social y político regional en el cual se están operando las reformas de salud, para lo cual se cuenta con un balance sobre las implicaciones de las reformas neoliberales de los sistemas de salud para Latinoamérica y el Caribe. En segundo lugar, se ha considerado relevante conocer los puntos de vista y la posición de organizaciones de profesionales y de trabajadores de la salud en relación al Anteproyecto de Ley del Seguro Universal de Salud presentado por el Poder Ejecutivo al Parlamento. En tercer lugar, y tomando en cuenta que en el debate sobre las reformas de salud generalmente se omite el tratamiento de las implicaciones de las mismas en el ámbito laboral, hemos considerado necesario introducir un análisis sobre el empleo y las condiciones laborales en el sector de la salud en Bolivia.

Estamos seguros que los análisis presentados son un primer aporte a un debate que se profundizará en el futuro próximo y que involucrará a vastos sectores sociales. Por ello, queremos agradecer en esta oportunidad al Colegio Médico Departamental de La Paz, a la Confederación Nacional de Jubilados y Rentistas de Bolivia, a la Federación Nacional de Trabajadores de Seguridad Social de Bolivia, al Dr. Ramón Granados Toraño Consultor de OPS/OMS y a Juan Luis Espada del CEDLA, que han hecho posible la publicación de este primer número de "*Debate Social*".

Javier Gómez Aguilar
DIRECTOR EJECUTIVO
CEDLA

La Paz, junio de 2002

LAS REFORMAS NEOLIBERALES DE LOS SISTEMAS DE SALUD: IMPLICACIONES PARA LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE

*Dr. Ramón Granados Toraño **

Introducción

El 2000 fue un año clave en la visión mundial acerca de la Salud para Todos. Si la política se mide por resultados, estamos en condiciones de evaluar el impacto de la misma, pues el horizonte temporal ha sido alcanzado. Es necesario identificar cuál ha sido su resultado en equidad del desarrollo en salud, acceso universal y coberturas básicas de salud a grupos de población desprovistos de los mismos.

El mundo, en los últimos veinte años, dio cambios radicales; algunos insospechados. Sin embargo, la brecha entre pobres y ricos es mayor que en 1978, fecha en que Salud para Todos en el año 2000 fue enarbolada como una meta social, como una reivindicación humana irrefutable por su contenido de justicia social. La atención primaria de salud era la estrategia para alcanzar esas metas.

El mundo se modificó y los sistemas de salud no estuvieron al margen de ese cambio. Emergió el mundo unipolar post guerra fría con una visión hegemónica de la política, la cultura, la economía y las costumbres. La reducción del rol del Estado en los asuntos colectivos y la búsqueda de la eficiencia económica penetró todos los ámbitos de la vida humana. Ello tendría su influencia determinante sobre la visión de salud y de los sistemas de salud.

Los sistemas de salud latinoamericanos llegaron a este momento histórico, el año 2000, con tareas incompletas de equidad, eficiencia, calidad e impacto ante los problemas terminales de la salud de la población. La construcción de ciudadanía en muchos de nuestros países también es una labor inconclusa.

Había que transformar los sistemas de salud. Nadie podría negarse a ello. La eficiencia, la corrupción, la calidad, la equidad y la eficacia se retomaron como elementos para una reforma del quehacer en salud. Tras la agenda explicitada, otra oculta, hacía de la reducción del gasto público de salud el objetivo principal. Sin embargo era imposible, con una opinión pública mundial favorable a la salud y los derechos humanos fundamentales, lanzarse a reducir el gasto público en los sectores sociales, disminuyendo la participación del Estado en los procesos de desarrollo y dentro de ellos la salud, sin una nueva teoría acerca de la salud y de los sistemas de salud. Con esta nueva teoría¹, configurada como discurso hegemónico, y con el financiamiento de los bancos, se comenzó la transformación de las bases doctrinarias, metodológicas y

* Dr. Ramón Granados Toraño. MD, MSP, Ph D en Salud Pública. Consultor de OPS/OMS en Colombia.

¹ Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud. Banco Mundial, Washington D.C. EUA, 1993.

operacionales de nuestros sistemas de salud. La salud se redujo a la atención médica de prestadores institucionales, fundamentalmente hospitalarios y la salud pública quedó reducida a algunas externalidades positivas y negativas.

En 1995 era una hipótesis atrevida lo que hoy es una indiscutible realidad social. La reforma de los sistemas de salud no fue más que la emergencia del neoliberalismo en los sectores sociales². La salud se convirtió en área para el ajuste de la economía y el saneamiento de las finanzas públicas. Los sectores sociales fueron un colchón para disminuir los costos sociales del ajuste y legitimar la respuesta estatal frente a la ciudadanía, esta última concebida como ficción en una buena parte de los países.

El discurso político que avaló estas propuestas técnicas hegemónicas, manifestaba que las reformas de los sistemas de salud perseguían la equidad del desarrollo en salud y la Salud para Todos en el 2000. Ninguna de estas propuestas atacó de frente a la atención primaria de salud, aunque con los hechos se negaran sus postulados básicos.

A pesar de toda la experiencia acumulada en salud pública, en nuestra región, se hizo caso omiso de la misma y se lanzaron propuestas salidas del reduccionismo económico neoclásico, que encontró aliados en jóvenes profesionales de la salud, generalmente graduados en escuelas de salud pública de los países industrializados y reclutados para proyectos élite de los organismos financieros internacionales. La reforma sectorial de salud viajó montada en proyectos multimillonarios de la banca multilateral, que contrató a buenos talentos jóvenes de nuestra región, y fuera de ella, para estos fines.

El discurso económico neoclásico, y la lógica inherente al mismo, sustituyeron la lógica de la epidemiología y de la participación social democrática. La tecnocracia de Chicago y *Harvard boys* se hizo dominante frente a la desmovilización social y falta de propuestas de los salubristas latinoamericanos, en un mundo que había cambiado radicalmente. “Cuando teníamos las respuestas nos cambiaron las preguntas” al decir de Eugenio Vilaça Mendes³. Las nuevas propuestas financiadas eran coherentes con los modelos macropolíticos y macroeconómicos que invadieron nuestra región.

Esta ola de transformación de los sistemas de salud contemporáneos aprovecha el contexto de los años noventa, con la caída del bloque de países socialistas de Europa del Este y la influencia política, económica y social que se deriva de este acontecimiento, al que algunos calificaron como el fin de la historia y el triunfo definitivo del mercado.

² Esta afirmación supone que la reforma de un sistema de salud responde a:

- La naturaleza, volumen y estructura de los problemas de salud de la población sobre los cuales debe actuar.
- La adecuación, coherencia y consistencia de la oferta de respuestas sociales organizadas para la solución de esos problemas de salud.
- Es obvio, que la readecuación de los sistemas de salud con eficacia, eficiencia, equidad y participación social implica la reestructuración institucional, la reingeniería de procesos, etc., pero no está subordinada a presiones sectoriales o extrasectoriales distintas a la salud.

³ Vilaça, Mendes, E. Comunicación personal. 1997.

Los gobiernos conservadores de Thatcher, en el Reino Unido⁴, y de Reagan, en Estados Unidos, habían iniciado un movimiento radical de reformas neoliberales en los ochenta⁵, aprovechando las coyunturas que preceden a la caída del socialismo real imponiéndose nuevas visiones de la política, la economía y el desarrollo social al mundo industrializado y en vías de desarrollo. El derrumbe del socialismo real europeo montó sobre ruedas al neoliberalismo en el nuevo orden económico, político y militar mundial. Ello tuvo su expresión en los sistemas de salud.

América Latina, tímidamente en la mayoría de los casos, se incorporó a partir de los ochenta al discurso de las reformas de los sistemas de salud, bajo el influjo de las teorías dominantes y la presión política y macroeconómica de ajustar los sistemas de salud a las exigencias de los procesos de cambio más globales.

A más de diez años de estos experimentos, muchas de las expectativas de eficacia, eficiencia, calidad y equidad no se han alcanzado. Una evaluación exhaustiva de estos procesos no se ha realizado y es tarea pendiente de la salud pública latinoamericana.

Las expectativas de aceleración de los procesos de desarrollo de los sistemas de salud para alcanzar la Salud para Todos se frustraron y transcurrido el horizonte temporal de la meta, se confirmó que grandes masas de población del mundo dependiente y subdesarrollado están bien lejos de esos objetivos políticos⁶.

Hoy se comprueba que la reforma neoliberal, no sólo frustró la Salud para Todos y profundizó las brechas inequitativas de la salud-enfermedad⁷, sino que deterioró la salud pública del continente⁸.

La confusión de términos en relación con la reforma de los sistemas de salud

La confusión conceptual hizo que en Latinoamérica se denominara como tal a procesos con distinto contenido y extensión, tales como:

1. La expresión en salud del ajuste estructural de las economías.
2. Una propuesta financiera en Salud (costo/beneficio, canastas básicas de atención, focalización, y recuperación de costos).

⁴ Marmot, M. Do Inequalities Matter? Boston Review. A political and literary forum. February/March 2000. Este autor se refiere a la famosa frase de Thatcher en el sentido de la inevitabilidad de las desigualdades sociales. "Inequalities in health that are potentially avoidable are unfair. Margaret Thatcher famously asserted that there is no such thing as society. The rest of us, who think there is, may feel that social justice is a reason for desiring a reduction in social inequalities in health".

⁵ Martín, H; Schumann, H. La trampa de la globalización: el ataque contra la democracia y el bienestar. Editorial Taurus. Madrid, España 1998.

⁶ Granados, R. Reforma de los sistemas de salud. Editorial AZER. Tegucigalpa, Honduras, 1995.

⁷ Bustelo, E. Salud y ciudadanía: una mirada a la salud del futuro. Conferencia Internacional "La reforma de los sistemas de salud en América Latina: rol del Gobierno, la Empresa y la Sociedad Civil. CORSAPS, The Center for Health and Social Policy. Santiago de Chile. Marzo, 1999.

⁸ Baste citar al cólera, la malaria y la tuberculosis como problemas reemergentes de salud en el continente. Algunos países agregan a lo anterior el deterioro de coberturas de saneamiento, inmunizaciones y programas básicos de atención.

3. El recorte de la misión social coincidente con una nueva concepción del contrato social en salud.
4. El replanteamiento crítico de las bases teóricas y metodológicas de las intervenciones en salud (sectoriales, extrasectoriales e intersectoriales).
5. La reestructuración administrativa y la desburocratización.
6. La producción social de la salud y la democracia participativa en Salud.

La reforma en salud, en ocasiones se redujo al discurso político público y a las gestiones de apoyo internacional para salud, sin decisiones políticas reales de cambio. La reforma puede⁹: 1) restringirse a cambios institucionales, 2) extenderse a todo el sector de la salud, involucrando a prestadores, formadores de recursos humanos e institutos de investigación y desarrollo de tecnología de la salud e, incluso, 3) involucrar a acciones de políticas públicas saludables, gerencia social de la salud, mejoramiento de condiciones, estilos y modos de vida de la población en una visión de producción social de la salud, consecuentes con la democracia participativa.

Lo anterior es importante para definir la reforma, ya que está demostrado^{10 11}, que del total de gastos nacionales de salud, el 90 % se invierten en servicios de salud que sólo logran impactar en un 11 % la mortalidad de la población. Se invierten sólo 1,5 % en estilos y condiciones de vida que impactarían un 43 % de la mortalidad prevalente, 1,6 % en el entorno que impactaría el 19 % de la mortalidad y sólo 7 % en investigaciones biomédicas que lograrían un descenso de un 27 % de mortalidad.

Las bases de la reforma de los sistemas de salud en los ochenta y noventa

La versión neoliberal de la política y del desarrollo económico y social fue su sustento extrasectorial y sectorial. Entre los factores extrasectoriales que determinaron la reforma se encontraron:

- 1 La crisis del Estado de Bienestar y la emergencia de las concepciones políticas neoliberales¹².
- 2 La desregulación y minimización del rol conductor del Estado de los procesos de desarrollo.
- 3 La necesidad de contener costos de los sistemas de salud y reducir los gastos públicos sociales.
- 4 La crisis de finanzas de la seguridad social por las modificaciones demográficas.
- 5 El desempleo creciente de amplias masas de población.

⁹ Granados, R. La reforma de los sistemas de salud: implicaciones teórico-metodológicas para la gestión de los sistemas y el proceso de trabajo en salud. Publicado en Educación Permanente en Salud. Editores Jorge Haddad, Elia Beatriz Pineda. OPS. Serie de Publicaciones Científico-Técnicas # 17. OPS. Tegucigalpa, Honduras. 1997.

¹⁰ Dever, G. E.A. An epidemiological model for health policy analysis. Soc. Ind. Res. 1976, vol. 2, p 465.

¹¹ Daniels, N. et al. Justice is Good for Our Health. Boston Review. A political and literary forum. February/ March 2000.

¹² Ahumada, C. El modelo neoliberal y su impacto en la sociedad colombiana. El Ancora Editores. 1998, Bogotá, Colombia.

6. La desmovilización de la fuerza de presión de los movimientos sociales organizados, como efecto secundario de la transnacionalización de la economía y los cambios políticos e ideológicos operados en la última década del siglo XX.

Entre los factores sectoriales se destacaron:

1. La revolución tecnológica y la obsolescencia moral del equipamiento y la tecnología de salud.
2. La escalada de los costos de las funciones de producción para la atención de la salud.
3. La revolución de las expectativas de la población con los sistemas y servicios de salud.
4. La emergencia de grupos de presión, sectoriales y extrasectoriales, por lograr mayores cuotas de participación en el mercado de salud.
5. La discusión acerca de la eficacia, eficiencia y equidad de los servicios de salud.
6. El discurso neoclásico en salud y la debilidad de las teorías y metodologías alternativas al mismo, para ofrecer respuestas adecuadas a la transformación de los sistemas de salud.
7. La hegemonía de los organismos internacionales de financiamiento en la cooperación para el desarrollo de procesos de reforma institucionales en salud.

Se realizó una crítica profunda a los logros del Estado de Bienestar en salud (emergidas de la Universidad de Harvard y del Banco Mundial) y se iniciaron radicales reformas neoliberales en algunos sistemas de salud latinoamericanos. Se produjo una presión enorme para reducir la participación pública dentro de los gastos nacionales de salud y los sectores sociales se convirtieron en una fuente de ahorro. Los gobiernos necesitaron una proporción significativa del PIB para pagar intereses de la deuda externa. La reforma de salud fue parte de los programas de ajuste estructural del FMI, aunque sólo unos pocos gobiernos la emprendieron a profundidad.

Varios gobiernos sopesaron el impacto político de envolver a sus sistemas de salud en procesos radicales de cambio y se limitaron a la “reforma silenciosa” que no fue más que el vaciamiento de la capacidad técnica y operativa de las instituciones de salud, al disminuir los gastos recurrentes de estas instituciones.

El Banco Mundial dedicó al área de salud el *Informe sobre el Desarrollo Mundial*¹³. Los conceptos sobre política de salud del Banco fueron hegemónicos para la formulación de proyectos destinados a la reforma sectorial de salud en Latinoamérica.

Elementos básicos del documento del Banco Mundial¹⁴, generados por grupos de investigación prestigiosos de los países industrializados fueron:

1. Existe una asignación equivocada de recursos en los sistemas de salud, dedicándose una proporción de los mismos a intervenciones de escaso beneficio, en función de los costos.

¹³ Banco Mundial. Op. Cit.

¹⁴ WHO. Methods for evaluating effects of health reforms. Currents concerns. ARA Paper number 13, Geneva, Switzerland, 1997.

2. Inequidad, ineficiencia e ineficacia de los sistemas de salud actuales.
3. Uso inadecuado de los recursos de los países en desarrollo, lo que exige una estricta definición de las externalidades en salud y la focalización del gasto público en los más pobres.
4. Promoción de la competencia como factor de eficiencia y de ampliación de las oportunidades de elección por los usuarios de servicios de salud.
5. Asunción de riesgos compartidos entre financiadores y prestadores de servicios.
6. Separación de funciones de regulación, financiamiento, articulación y prestación de servicios de salud.
7. Promoción del uso de recursos privados y de ONGs para la atención de la salud, restringiendo el campo de actuación del Estado a la satisfacción de bienes públicos y la generación de canastas básicas de atención para los pobres, con criterios de costo/beneficio.
8. Recuperación de costos y establecimiento de cuotas moderadoras al uso de los servicios de salud.
9. Descentralización hacia niveles subnacionales y privatización o externalización de servicios públicos.
10. Subsidiaridad del Estado en Salud, es decir la responsabilidad primordial del individuo y las familias por su salud.
11. Desideologización y despolitización de la salud, pretendiendo darle un carácter neutralmente tecnocrático a los procesos de cambio en salud.

El citado documento se basó en la competencia administrada o *managed competition*, desarrollado en los Estados Unidos en los años 70¹⁵, que se experimentó en diferentes países a partir de los ochenta. Hoy, tales experiencias se critican en Europa¹⁶ y en Latinoamérica.

La mayoría de países latinoamericanos no puso énfasis real en transformaciones sustantivas ni encontraron, a través de la reforma de los sistemas de salud, las vías para acceder a la cooperación internacional, sin tocar los temas de fondo. Tampoco se logró mejorar la redistribución social de los beneficios del desarrollo. Estos procesos estuvieron más vinculados a los grupos de interés, beneficiados con los fondos movilizados (técnicos ejecutores y firmas consultoras de proyectos, grupos económicos involucrados en el negocio de la salud, intereses políticos y económicos, grupos académicos y otros), que a los intereses de la población.

Algunas lecciones del proceso para Latinoamérica

No se han efectuado esfuerzos oficiales rigurosos por evaluar procesos y resultados de las reformas de los sistemas de salud¹⁷, pero ya se perfilan escenarios del fracaso del neoliberalismo en salud.

¹⁵ Fairfield, G. y cols. Managed care: origins, principles, and evolution. *British Medical Journal* 1997; 314: 1823 (21 June).

¹⁶ Whitehead, M. y cols. Why is Sweden rethinking its NHS style reforms? *British Medical Journal* 1997; 315:935-939 (11 October).

¹⁷ Hay que tener en cuenta que el apoyo de los organismos financieros internacionales a estos procesos, limita la capacidad de crítica institucional. Las evaluaciones siempre son costosas, por lo cual generalmente se han hecho con dineros provenientes de fondos de cooperación externa, que no han estado muy interesados en demostrar

Dos paradigmas del modelo neoliberal en salud en Latinoamérica, Chile y Colombia, están alejándose de la ortodoxia neoliberal inicial¹⁸ sin cumplir con las metas que se plantearon.

Algunos resultados de Chile:

1. Se impulsó la privatización del sector salud hacia las ISAPRES (institutos de salud previsionales) que cubren el 35 % de la población y consumen el 50 % del gasto nacional en salud. El 65 % de la población restante es asumida por el FONASA (Fondo Nacional de Salud) con el 50 % de los fondos¹⁹. Ello evidencia fallas de la solidaridad e inequidades del financiamiento de salud en Chile.
2. El principio de la solidaridad se tocó tangencialmente por el nuevo régimen de salud²⁰. La protección de la salud depende del monto de cotización que se entrega y que, en caso de cesantía, la persona y su grupo familiar dejan el sistema privado elegido y retornan al público²¹.
3. Chile adolece de equidad en acceso a servicios de salud²², ya que en cada uno de los subsistemas (privado o público) difieren el número y la suficiencia de prestaciones otorgadas.
4. Se practica la selección adversa. Existe un sistema estratificado de acceso a paquetes de beneficios de acuerdo a la capacidad de pago de los afiliados y a sus preexistencias de enfermedad, de manera tal que hay estratos más altos con mejores planes de cobertura que atraen a los mejores proveedores y el resto del sistema con una red de servicios de menor calidad. Una proporción minoritaria accede a servicios bastante buenos y la mayoría a servicios y planes de salud de muy pobre cobertura y baja calidad²³.
5. La municipalización del sector público produjo la ruptura de la integralidad y la continuidad de la atención, y la separación de los niveles primario, secundario y terciario, derivan-

el fracaso de sus propias políticas. Las evaluaciones existentes se han desarrollado por grupos académicos nacionales y movimientos sociales enfilados a la protección de los derechos humanos fundamentales o defensa de la salud pública, y no han tenido la difusión internacional necesaria. En Europa han empezado a aparecer estudios que critican el desempeño del neoliberalismo en salud. Algunos de ellos serán citados en el presente trabajo. Otros estudios, también tratan de rescatar la vigencia del neoliberalismo y eso no es raro, dadas las circunstancias en que algunas de estas firmas consultoras son contratadas y las características del mercado de trabajo en salud en Latinoamérica y el Caribe.

¹⁸ Frenk, J. et al. Los sistemas de salud latinoamericanos en transición: una visión para el futuro. Tomado de Atención a la salud en América Latina y el Caribe en el siglo XXI. Perspectivas para lograr Salud para Todos. Institute for Alternative Futures. Fundación Mexicana para la Salud. México D.F., México, 1998.

¹⁹ Katz, J. Tendencias y cambios en los mercados de salud. VI Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. El futuro de las reformas o la reforma del futuro. Ediciones ISALUD. Buenos Aires, Argentina, 1998.

²⁰ Nancuante, U. Sistema de salud chileno. Una perspectiva histórica y conceptual. Tomado de FONASA: ¿una reforma en marcha?. Publicado por el Fondo Nacional de Salud. Santiago de Chile, Chile, Julio de 1999.

²¹ Ibidem.

²² Ibidem.

²³ Daniels, N. El derecho a la salud. Tomado de Ministerio de Salud. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Editorial Fotolito Parra & Cía Ltda. Bogotá, Colombia, 1999.

do en ineficiencia económica, técnica y social de los servicios de salud y un deterioro de la calidad de atención y precarización del sentido de pertenencia del personal al sistema²⁴.

Ante el fracaso del mercado, se ha decidido invertir fondos estatales en el subsistema público para conservar los indicadores de salud²⁵, mediante inversiones para la formación de recursos humanos y tecnología de salud y ello ha conllevado la disminución de la mortalidad infantil²⁶.

En Colombia²⁷, el énfasis fue el aseguramiento y la provisión de servicios del programa obligatorio de salud (POS) en dos regímenes, contributivo (programa para población con capacidad de pago) y subsidiado (dirigido a los pobres), que alcanzarían la cobertura universal e igualarían beneficios en el 2001. Los beneficios colectivos, dirigidos a bienes públicos con externalidades positivas y negativas, fueron asumidos por el Plan de Atención Básica (PAB). En el año 2000 se registraron los siguientes resultados:

1. El régimen subsidiado se consolidó como el programa diferencial y discriminatorio para pobres, y el usuario fue subordinado por los intereses de rentabilidad económica²⁸.
2. La reforma deterioró las acciones de promoción y prevención, desatendió la salud pública, la participación social en salud, el desarrollo de los recursos humanos en salud, la vigilancia epidemiológica y los sistemas de información para el seguimiento y control del sistema²⁹.
3. La descentralización sólo involucró al 30% de los municipios del país, de los cuales sólo el 50% tuvo capacidad para administrar la salud en el nivel local³⁰.
4. Se deterioró el rol conductor y rector del Ministerio de Salud y su capacidad como autoridad sanitaria. La descentralización hacia las entidades territoriales y hacia los establecimientos de salud (autonomía de las Empresas Sociales del Estado) significó una inusitada libertad de actuación sin petición ni rendición de cuentas y fueron más importantes las consideraciones políticas y financieras que las de salud.
5. La evasión de los aportes y subdeclaración de rentas inestabilizó financieramente al sistema³¹ y conspiraron contra la universalidad de coberturas y solidaridad. Las aseguradoras privilegiaron las utilidades sobre consideraciones epidemiológicas.

²⁴ Silva, P. El sistema de salud chileno en la actualidad. Tomado de FONASA: ¿una reforma en marcha?. Publicado por el Fondo Nacional de Salud. Santiago de Chile, Chile, Julio de 1999.

²⁵ Ibidem.

²⁶ Ibidem.

²⁷ Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Ley de Seguridad Social (Ley 100 de Diciembre de 1993). Imprenta del ISS CAN. Bogotá, Colombia, 1993.

²⁸ Herrera, V. Régimen Subsidiado de Salud: Evolución y Problemática. Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia. Volumen 1, Número 3. ISSN 0124-0064. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1999.

²⁹ Cardona, A. y cols. Impacto de la reforma de la seguridad social sobre la organización institucional y la prestación de servicios de salud en Colombia. Universidad de Antioquia. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Editorial Vieco e Hijos. Ltda. Medellín, Colombia, Marzo, 1999.

³⁰ Ministerio de Salud. Dirección de Descentralización. Intervención en la reunión de evaluación conjunta de la cooperación de OPS. 22 y 23 de febrero del 2000. Santa Fe de Bogotá, Colombia.

³¹ Fundación Corona. La evasión de aportes obligatorios al sistema de salud en Colombia. ISBN 958-96548-1-9. Editorial Fundación Corona, Bogotá, Colombia, 1999.

6. La viabilidad financiera del sistema estuvo en juego por las condiciones del desempeño económico del país. Aumentó el desempleo y el empleo informal³² y disminuyeron los aportes contributivos.
7. El modelo concibió la competencia de aseguradores y proveedores, públicos y privados. Los hospitales públicos compiten por clientelas y recursos, para mantenerse en el mercado y, en teoría, comparten el riesgo financiero con las aseguradoras, lo cual, derivó en todo el riesgo para los hospitales que, para no quebrar, se lanzan a una febril búsqueda de recursos, facturando todo servicio producido y rechazando demanda, con consecuencias nefastas para la misión social, moral de trabajo del hospital y compromiso de su personal.
8. Los cuantiosos recursos del sistema se consumen³³ en una costosa intermediación guiada por las utilidades corporativas, que han quebrado a los servicios hospitalarios públicos. Una buena proporción se consume en burocracia, no fluyen rápida y eficientemente por trabas administrativas y corrupción, hay pagos indebidos por afiliación múltiple dentro de los dos regímenes y se usan utilidades del régimen subsidiado para cubrir las pérdidas del régimen contributivo.
9. Una riesgosa reconceptualización de la moral social³⁴ sometió a la salud³⁵ a las leyes del mercado y de la rentabilidad económica.
10. Se transformó al paciente en cliente consumidor de productos, cuyos derechos no están bien definidos respecto a aseguradores y prestadores de servicios y la responsabilidad política y social del Estado se delegó a entidades comercializadoras en las que el concepto de utilidad aplastó a la moral hipocrática.
11. Son alarmantes la ausencia de la autoridad del Estado y las fallas en los mecanismos de vigilancia y control, expresiones de los defectos estructurales del nuevo sistema.
12. No se tuvo en cuenta las notables diferencias regionales de Colombia³⁶.
13. Se incrementaron los recursos a expensas de gasto privado, pero se observa una profunda crisis en el sistema de la cual se inculpa, en gran parte, al Estado y a la intermediación.
14. Deterioro de la calidad de la atención, del profesionalismo y del capital intelectual del sistema.
15. La inequidad del sistema general de seguridad social en salud.

³² Castaño, R. Una visión del sector salud. Foro Internacional "Información y Direccionamiento Estratégico". Bogotá, Colombia, Agosto, 1998 .

³³ Academia Nacional de Medicina de Colombia. Comisión de Salud. Ley 100 de 1993: Reforma y crisis de la salud. Santa Fe de Bogotá, Colombia, Febrero de 1999.

³⁴ Saltman, R., en "Reformas sanitarias en Europa. Análisis de las estrategias actuales". Publicación de la OMS, Ginebra, 1997, aborda el análisis de los valores en la determinación de los contenidos de las reformas, y la legitimidad de las mismas, su credibilidad y aceptabilidad social.

³⁵ Academia Nacional de Medicina de Colombia. Ibid.

³⁶ Academia Nacional de Medicina de Colombia. Ibid.

En Latinoamérica, la intermediación³⁷ (el tercer pagador) generó ineficiencia económica, social y técnica y no se produjo el mejoramiento esperado de servicios ni de los niveles de salud de la población. Europa también reporta dificultades con estos procesos³⁸, y se plantea la imposibilidad política, económica y cultural de adoptar modelos como el norteamericano, por sus costos e inequidades^{39 40}.

La literatura revisada acerca de los esquemas de competencia administrada y atención gerenciada en salud plantea:

- Irracionalidad de la atención, pues la demanda es inducida por la oferta⁴¹, al elegirse los diagnósticos y tratamientos más económicos o rentables para las aseguradoras.
- Dificultades para controlar los costos y deficiencias en sistemas administrativos y de evaluación.
- Los aseguradores disminuyen las actividades contratadas para tener utilidades mayores.
- Se concentran los servicios especializados en las áreas urbanas en detrimento de las rurales.
- Transferencia creciente de dinero público y subsidio del Estado hacia el sector privado.
- Dificultad para la competencia entre aseguradores y proveedores en municipios y ciudades pequeñas, y oligopolia que niega las bases de la competencia del mercado regulado⁴².
- La intermediación ha incrementado los costos y aumentado la burocracia⁴³.
- Los costos se elevan por especialistas y unidades de capitación para diagnóstico y tratamientos.
- Burocratización del control, monitoreo de terceros pagadores y de la calidad de atención en salud⁴⁴.
- La manipulación política de los beneficiarios de los subsidios a la demanda⁴⁵ (carnets y otros)^{46 47}.

³⁷ Granados, R. Intervención en el Panel de Salud y Seguridad Social del III Congreso de las Américas de Municipios y Comunidades Saludables. Medellín, Colombia, 8 al 12 de Marzo, 1999.

³⁸ Se citan en este documento algunas fuentes que analizan los casos de Suecia, Reino Unido, Holanda y Nueva Zelandia. Todos ellos iniciaron reformas basadas en el mercado regulado y han reconsiderado algunas de estas reformas, a veces sustancialmente. Según *British Medical Journal* (BMJ), 28 de junio de 1997, la moda por la competencia parece haber pasado y la reforma de los sistemas de salud parece haber entrado en una nueva fase.

³⁹ Gorski, P. Perinatal outcome and the Social Contract. Interrelationships between health and humanity. *Journal of Perinatology*, vol. 18, No. 4, 1998 (July/August), pp. 297-301.

⁴⁰ PNUD. Informe sobre el desarrollo humano 1997. UNDP. New York. EUA, 1997.

⁴¹ Robinson, R. The US experience: Evidence on Managed Care and Lessons for Latin America. Paper prepared for the conference "Reforming Latin American Health Care Systems. London School of Economics, Great Britain, 15-16 September 1999.

⁴² Whitehead, M. Y cols. Op. Cit.

⁴³ Ham, C. Reforming the New Zealand health reforms. *British Medical Journal*. BMJ 1997; 314: 1844 (28 June).

⁴⁴ Fairfield, G. y cols. Managed care: origins, principles and evolution. *BMJ* 1997; 314: 1823 (21 June).

⁴⁵ Granados, R. Op. Cit. 1995.

⁴⁶ Herrera, V. Régimen Subsidiado de Salud: Evolución y Problemática. *Revista de Salud Pública Universidad Nacional de Colombia*. Volumen 1, Número 3. ISSN 0124-0064. Santa Fe de Bogotá, Colombia, 1999.

⁴⁷ Jaramillo, I. Evaluación del régimen subsidiado en salud. *Coyuntura en 1998-1999*. FESCOL-Fundación Corona. Santa Fe de Bogotá. 1999.

- La disminución de la ética de la salud, con deterioro del personal de salud y pérdida de legitimidad y credibilidad en las instituciones sectoriales⁴⁸.
- Pérdida de horizonte político en salud.

Algunos juicios acerca de estos procesos:

1. Es necesario mayor control político y técnico, además de un uso más adecuado de la epidemiología y administración de salud, que complementen los estudios económicos y gerenciales globales⁴⁹ para controlar y eludir la confianza ciega en el mercado.
2. Imposibilidad de conducir estos procesos sin el fortalecimiento de mecanismos de vigilancia y control.
3. Es indispensable lograr más cooperación y menos competencia entre los servicios de salud y entre aseguradores⁵⁰, de manera que existan responsables por los planes de salud locales.
4. Las reformas de los sistemas de salud deben evitar el choque de intereses de corto y largo plazo⁵¹.
5. La reforma del sistema de salud no se puede aislar de objetivos sociales más amplios, como la redistribución de la riqueza social, empleo, vivienda, nutrición, educación y comportamientos de vida.
6. El control social de la gestión de los sistemas y servicios de salud es esencial para lograr la sostenibilidad de los desarrollos, su transparencia y luchar contra la corrupción.
7. Recepción crítica de las prescripciones normativas de reforma y de políticas de salud que se adecuan a realidades nacionales determinadas.
8. Evaluar fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas en las peculiaridades políticas, económicas, culturales, históricas, demográficas y epidemiológicas de cada país y regiones dentro de los mismos.
9. Evaluar modalidades diferentes para las distintas condiciones. La heterogeneidad de problemas requiere heterogeneidad de soluciones y de respuestas sociales.
10. Poner mayor énfasis en los fines (resultados, acceso equitativo, impacto en la situación de salud de la población, disminución de inequidades) y menos en los medios acerca de cómo lograrlos.
11. Elaborar *PROYECTOS NACIONALES* articuladores de la cooperación internacional para la reforma.

⁴⁸ Movimiento nacional por la salud pública. Pre-textos de salud pública No. 1. Bogotá, Colombia, Abril 1999.

⁴⁹ Titelman, D. et al. The health care market and reform of health system financing. Series de Financiamiento. Economic Commission For Latin America and the Caribbean. Marzo del 2000 (en prensa).

⁵⁰ Las experiencias de Suecia y Nueva Zelanda apuntan en ese sentido.

⁵¹ El objetivo a corto plazo era aumentar la productividad y eficiencia de los sistemas, y la credibilidad de los mismos ante influyentes sectores de opinión; los objetivos a largo plazo deben alcanzar la equidad del desarrollo y asegurar el acceso a grupos de población en grandes necesidades de salud, que no son aquellos con influencia política y económica para determinar los modelos y tipos de reforma.

12. Promover más cogestión de la salud y mayor intersectorialidad del desarrollo local y nacional.
13. Promover el desarrollo integrado de redes de servicios de salud, aspecto enfatizado por políticos y técnicos, para atender integralmente a las necesidades de salud de las familias⁵².
14. Fortalecer la rectoría, la vigilancia y la regulación como tareas ineludibles del Estado en defensa de la redistribución social, la solidaridad y la equidad del desarrollo de la salud⁵³.
15. Vincular a los núcleos docentes e investigativos a los procesos de reforma, a manera de concebir nuevos conocimientos y fortalecer la enseñanza e investigación en salud pública.

Enfoques teórico metodológicos de los sistemas de salud: hacia abordajes más integrales

A pesar de todo el arsenal teórico metodológico⁵⁴ acumulado para el estudio de la salud, se impuso la tendencia neoliberal, que limitó el análisis de la salud-enfermedad y de la respuesta social organizada.

La heterogeneidad de realidades hace imposible que el análisis de los sistemas de salud se realice con criterios e instrumentos homogenizadores⁵⁵. Algunos análisis se realizaron mediante el auxilio de herramientas económicas neoclásicas, extrapoladas a la salud, para generar información que tuviera en cuenta el costo/efectividad y permitiera la priorización epidemiológica y gerencial⁵⁶. Aspectos centrales de los sistemas de salud y temas como equidad, coberturas, resultados y salud pública se analizaron a través de los instrumentos de focalización del gasto público y las externalidades, con el objeto de reducir la participación estatal en salud. Se desplazó la filosofía, la política y la ética de las discusiones acerca de los sistemas de salud, lo que opacó las intenciones políticas verdaderas de las decisiones técnicas.

Las categorías y conceptos importados de la economía neoclásica y la administración moderna, aportaron a la producción de indicadores sintéticos. Pero desplazaron el interés por la complejidad epistemológica de la salud y conceptos tales como nivel y estructura de salud, factores determinantes de la salud, calidad de la atención, intersectorialidad, producción social de la salud, impacto en salud y participación social organizada. Ello llevó a un vacío conceptual, metodológico y operacional alternativo.

Se ha insistido en las insuficiencias teóricas y metodológicas de limitar las perspectivas de análisis de los sistemas de salud⁵⁷ y obviar enfoques como el sociopolítico del análisis de los

⁵² Ham, C. Op. Cit.

⁵³ OPS/OMS. La Salud Pública en las Américas. Instrumento para la medición de las funciones esenciales de salud pública. Versión Preliminar. Washington D.C. Marzo, 2000.

⁵⁴ WHO. Health policy and systems development: an agenda for research. Edited by Katja Janovsky. Geneva Switzerland, 1996.

⁵⁵ González, G. La reforma del sistema de salud en la Argentina. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, Argentina, 1996.

⁵⁶ Granados, R. Op. Cit. 1997.

⁵⁷ Hernández, M. El proceso sociopolítico de las reformas sanitarias en Colombia. Cartilla de Seguridad Social. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Franco". Universidad de Antioquia. ISSN 0123-1839. Colombia, Diciembre, 1998.

factores protectores de salud, de la salud pública y sociológicos sobre el mejoramiento de la calidad de vida⁵⁸. La construcción de nuevos conocimientos y propuestas metodológicas y operativas debe involucrar a políticos, epidemiólogos, economistas, administradores, científicos sociales y de salud.

Los estudios neoliberales que alimentaron la reforma sustituyeron el análisis político, histórico, sociológico y epidemiológico por el análisis económico neoclásico, con las consecuencias siguientes⁵⁹:

- la lógica de la epidemiología se sustituyó por la lógica de la eficiencia,
- la lógica de la atención integral de salud se sustituyó por la lógica de la focalización,
- la lógica de la producción social de la salud se sustituyó por la lógica del mercado,
- la lógica de la participación social se sustituyó por la lógica de usuarios y clientes,
- la lógica de sujetos sociales se sustituyó por la lógica de objetos de atención,
- la lógica de la medicina social se sustituyó por la de los agentes económicos y el mercado.

Se disminuyó la capacidad de los sistemas de salud y la de enfrentar sus responsabilidades sociales, por el reduccionismo de las interpretaciones económicas, gerenciales y tecnológicas utilizadas, que obviaron elementos sustantivos de los sistemas de salud, así como de la lógica contradictoria de los procesos sociales y de la complejidad dialéctica de los mismos^{60 61 62}.

Una visión teórico metodológica integral de las transformaciones, que actualmente demandan los sistemas de salud, debe tener en cuenta enfoques metodológicos que aborden las diferentes dimensiones complementarias y sinérgicas de los sistemas biológicos y sociales. Entre ellos:

1. El enfoque de la complejidad

La salud requiere, por su multidimensionalidad del enfoque de la complejidad dialéctica⁶³, contrario a los instrumentos simples, ideas preconcebidas y prescripciones normativas universales. El análisis de los sistemas de salud restringido a la visión económica neoliberal de la eficiencia, las externalidades y al uso de los incentivos económicos en salud, se basa en el paradigma de la simplicidad⁶⁴ que impone un orden único y elude la diversidad y la heterogeneidad.

⁵⁸ Guerrero, E. Un modelo para pensar la reforma. V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, Argentina, 1996.

⁵⁹ Capote, R; Granados, R. La salud pública en el Siglo XXI: tendencias y escenarios. OPS/OMS. Honduras. Editorial Guardabarranco. Tegucigalpa, Honduras, 1996.

⁶⁰ Granda, E. Salud e identidad. Foro Internacional "Modelos de desarrollo, espacio urbano y Salud". Santa Fe de Bogotá, Colombia, 29 y 30 de abril de 1999.

⁶¹ Granados, R. Op. Cit. 1997.

⁶² Chris Ham. Priority setting un health. Tomado de WHO. Op Cit. 1996.

⁶³ Morin, E. Introducción al pensamiento complejo. Gedisa Editorial. Barcelona, Barcelona. Septiembre, 1995.

⁶⁴ Según Morin, "un paradigma está constituido por un cierto tipo de relación lógica extremadamente fuerte entre nociones maestras, nociones clave, principios clave. Esa relación y esos principios van a gobernar todos los discursos que obedecen, inconscientemente a su gobierno". Ibid.

El enfoque complejo en salud establece diferencias en la unidad, acepta las contradicciones de las distintas lógicas que están inmersas en la producción social de la salud y asume la realidad con sus interacciones, retroacciones, determinaciones y azares, desórdenes y órdenes, intermediaciones y vinculaciones mutuas.

La reforma de salud neoliberal ha adolecido de algunos males teórico-metodológicos, tales como el **reduccionismo metodológico** (la visión tecnocrática de carácter organizativo-financiero), en algunas versiones o el **holismo abstracto** (prescripciones normativas tecnocráticas, como la separación de funciones, la competencia de aseguradores y proveedores, pluralismo estructurado y otras).

Los análisis reduccionistas pretendieron desideologizar la discusión y sustituir el análisis político, histórico, sociológico y epidemiológico de la Salud por la visión de las relaciones mercantiles. Se obviaron discusiones actuales de los sistemas de salud, tales como la dialéctica de la totalidad concreta y las partes; la integración del conocimiento para el abordaje “problémico”; el desarrollo de sectores y el enfoque intersectorial; medicina científica y medicina tradicional; trabajo institucional y trabajo comunitario; indicadores de salud sintéticos y enfoque integral de la totalidad dialéctica; proceso de producción social de salud frente a intervenciones biologicistas individuales sobre la enfermedad; lo público y lo privado.

El enfoque complejo tiene el reto de articular las disciplinas necesarias para el estudio de la realidad y facilitar el diálogo de diferentes lógicas que produzcan conocimientos nuevos y praxis renovadas en salud.

2. El enfoque transdisciplinario en salud

La naturaleza de los problemas de los sistemas de salud obliga a plantearnos la necesidad de nuevas bases conceptuales y prácticas profesionales en salud. Los problemas de salud y de la organización de las respuestas sociales deben ser el eje para la articulación de disciplinas, profesiones y programas de intervención⁶⁵.

La reforma verdadera de la salud requiere de una articulación transdisciplinaria que innove y cree nuevos conocimientos, que supere la yuxtaposición de saberes, habilidades y destrezas en los equipos de trabajo y logren la solidaridad innovadora y creativa entre disciplinas y profesiones que permitan transformar el proceso de trabajo e impactar en salud.

3. El enfoque sistémico de la salud

Este enfoque metodológico estudia los sistemas de salud como unidades sistémicas dialécticas que se encuentran en constante desarrollo y contienen en su seno la fuente de las contradicciones. El enfoque sistémico planteado concibe a la salud como un proceso social en el que se produce y reproduce la vitalidad humana colectiva e individual y contiene dimensiones económicas, sociales, culturales, políticas, de comportamiento, epidemiológicas y sanitarias, a través de cuales se determina el nivel y las expresiones diferenciales del estado de salud.

⁶⁵ Kahssay, H.M. El futuro de la salud pública depende de los centros de salud. Foro Mundial de la Salud, volumen 19, Ginebra, Suiza, 1998.

Es una herramienta para la estructuración de las respuestas sociales ante los problemas de salud de la población, que involucra acciones locales, intermedias y nacionales, individuales, familiares, comunitarias e institucionales, sectoriales de salud e intersectoriales, políticas y técnicas, estatales y no estatales.

El estado de salud de la población también tiene concepción sistémica y no puede ser reducido a las manifestaciones clásicas de morbilidad, mortalidad y otros indicadores demográficos, nutrición, crecimiento, desarrollo físico, funcional y discapacidad, ni a indicadores sintéticos, elaborados estadísticamente, tales como AVADs y otros, que resumen el nivel de salud de países, regiones, localidades y grupos sociales. Los elementos productores de salud o generadores de enfermedad son consustanciales a la vida social de los individuos y grupos sociales y a la inserción diferencial de los mismos en los procesos productivos, mediante el cual se apropian los productos del trabajo y acceden a los beneficios del desarrollo, materiales o espirituales.

Este enfoque conceptual y metodológico permite concebir la producción social de la salud. En las distintas manifestaciones de la actividad vital de los individuos y grupos sociales, se construye la vitalidad para participar en la vida social y realizarse en ella. Incluye esferas como la laboral, ideoespiritual, sociopolítica, cultural, familiar, relaciones interpersonales, uso del tiempo libre y otras, que son de vital importancia para la promoción de la salud. Por ello las respuestas sociales ante problemas de salud no se restringen a las acciones de las instituciones de salud, sino que involucran el acceso a oportunidades de vida y a la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo con justicia social y solidaridad.

4. El enfoque gerencial de sistemas y servicios de salud

Implica la necesidad de nuevos enfoques gerenciales no sólo para situaciones de cambio cerrado, en que las variables son conocidas y de comportamiento estable, sino también para situaciones de cambio contenido, con variables desconocidas o modificables y en que es necesario predecir comportamientos y prever escenarios; y de cambio abierto, en el que las variables tienen una alta tasa de cambio y volatibilidad y predomina la incertidumbre y las situaciones únicas⁶⁶. La gerencia de los sistemas de salud requiere del uso de herramientas conceptuales y metodológicas como el análisis prospectivo y técnicas de simulación que permitan a políticos y dirigentes tener abanicos de opciones anticipadas del futuro⁶⁷.

Las condiciones actuales exigen mayor diálogo entre los especialistas que estudian la frecuencia de la enfermedad como fenómeno colectivo (epidemiólogos), expertos que estudian los procesos gerenciales (administradores y planificadores de salud) y los políticos, para que estos últimos tomen decisiones informadas técnicamente, y se supere el vacío de credibilidad acerca de la utilidad del conocimiento técnico para la toma de decisiones en salud⁶⁸. Se critica la

⁶⁶ Stacey R. Gerencia dinámica: la estrategia de los noventa. Legis Editores SA. Bogotá, Colombia, 1992.

⁶⁷ Miklos, T., Tello, M. E. Planeación prospectiva: Una estrategia para el diseño del futuro. Centro de Estudios Prospectivos. Fundación Javier Barros Sierra, A.C. Limusa Noriega Editores, México, 1995.

⁶⁸ Mintzberg, H. Rise and Fall of Strategic Planning. Prentice Hall Internacional and Free Press, 1994.

gerencia tradicional por su concepción departamentalizada y de compartimientos estancos y la necesidad de nuevas lógicas de procesos y no de departamentos⁶⁹ o programas.

La gerencia debe permearse de sentido participativo con mayor compromiso de los trabajadores de los equipos de salud, para alcanzar fines, metas, resultados e impacto, además de involucrar a gerentes de todos los niveles y a la comunidad que ejerce el control social en su condición de sujeto del desarrollo. Son necesarias aptitudes y actitudes para dialogar, negociar y concertar estrategias, planes, acciones, acceder a la información y evaluar resultados e impactos (control social de la gestión y empoderamiento de individuos y grupos sociales con la salud) de la producción social de la salud.

5. El enfoque de la gerencia social (producción social de la salud)

La gerencia social de la salud implica al desarrollo humano sostenible como finalidad sustantiva y rescata a la salud como un derecho humano fundamental. La salud es una de las dimensiones del bienestar y la calidad de vida de la población.

El sector salud tiene que desarrollar el poder de convocatoria con políticos, otros sectores e instituciones de la sociedad civil para el diálogo, la negociación, concertación, producción de consensos y la obtención de compromisos intersectoriales. La producción social de la salud significa la cogestión entre instituciones gubernamentales y no gubernamentales, entre el Estado y la sociedad civil y las organizaciones sociales representativas, para que salud y bienestar social sean parte de la agenda política del desarrollo humano. Ello implica nuevas formas de liderazgo de salud para la gestión intersectorial y la movilización de la voluntad política de las autoridades nacionales, intermedias y locales. Salud contribuye a la gobernabilidad de proyectos de gobierno, al desarrollo institucional y a la consolidación de la democracia participativa mediante el logro de impacto en el mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de la población. Otra dimensión de la gerencia social es el control social y la petición y rendición de cuentas, de la gestión del desarrollo que hacen los actores políticos, las instituciones gubernamentales, no gubernamentales, públicas y privadas sobre la producción social de la salud⁷⁰.

6. El enfoque del desarrollo humano local como fuente de nuevos conocimientos y prácticas

Es cada vez mayor la participación de los gobiernos locales en la toma de decisiones en salud y el trabajo intersectorial enfocado a mejorar las oportunidades de vida de la población.

El desarrollo local ha permitido encontrar algunas respuestas teóricas y prácticas acerca de cómo profundizar la praxis democrático participativa en salud (lógica de la democracia y la participa-

⁶⁹ Manganeli, R. L.; Klein, M. *Cómo hacer reingeniería*. Grupo Editorial Norma. Bogotá, Colombia, 1995.

⁷⁰ Dever, G.E.A. y Daniels, N. Op. Cit. Daniels, N. et al. Op. Cit. (traducción libre del autor). Granados R. et al. *La vigilancia de la salud en las áreas de salud y los niveles locales en Honduras*. Revista de Salud Pública. Volumen 1, número 3. 1999. ISSN 0124-0064. Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

ción social) y articularla con las lógicas epidemiológica y del desarrollo de sistemas y servicios de salud, de manera que conduzcan a resultados. El modelo neoliberal sólo privilegió la lógica económica en los niveles nacionales, intermedios y locales y la redujo a los servicios de salud.

Sin embargo, el desarrollo local ha permitido encontrar soluciones prácticas a problemas de la producción eficaz, eficiente, equitativa de servicios de salud, con participación social (lógica de los servicios), que solucionen proporción muy significativa de los problemas de salud locales y permitan la vigilancia activa de la salud (lógica de la epidemiología), complementándose con acciones intersectoriales, bajo el rol conductor de los gobiernos locales de las agendas de desarrollo humano local⁷¹ (lógica de la democracia y la participación social) y el control social de la gestión. Esto ha sido fuente de nuevos conocimientos teóricos, metodológicos y operacionales.

7. El enfoque de modelos de atención a la salud regionalizados

Las concepciones microeconómicas de la atención gerenciada, la competencia regulada y la definición de paquetes básicos y conversiones de subsidios de oferta en subsidios a la demanda y la focalización en los pobres, generó mucha confusión. La salud pública se redujo a mercancía y se divorció lo individual de lo colectivo, la promoción y prevención de la curación y el desarrollo local de salud se distanció de la finalidad sustantiva de obtención de resultados de responsabilidad pública.

Por ello, el tema de los modelos de atención regionalizados y descentralizados⁷² toma nueva actualidad, porque hay que retomar las acciones de salud pública en los niveles locales, integrar la atención de salud, refundiendo momentos tácticos inseparables (promoción, prevención, curación y rehabilitación), recuperar la atención continuada y progresiva, el enfoque epidemiológico activo ante problemas de salud y el trabajo comunitario, utilizando las bondades de la descentralización y la regionalización de la salud pública. Los modelos locales también tienen que retomar el concepto de áreas de responsabilidad, muy deteriorado en los esquemas de salud basados en la actuación de leyes de mercado, que no respetan la división político administrativa, enfoque territorial indispensable para la epidemiología, la gerencia de la salud y la democracia participativa en salud. En ellos debe existir la tecnología adecuada, organizada en redes locales de salud, de acuerdo a criterios técnicos de organización en base a problemas y al enfoque epidemiológico.

⁷¹ Martínez, E. Gobernabilidad: la dimensión institucional del desarrollo humano. El rol del PNUD. Discurso de inauguración del Taller -PNUD/IIG "Ahora las instituciones. Desarrollo institucional para el desarrollo humano". Octubre de 1999, México.

⁷² Starfield, B. First Contact. Boston Review. A political and literary forum. February/March 2000. Starfield, B. Centros de salud para una atención preventiva de carácter integral. Foro Mundial de la Salud, volumen 19, Ginebra, Suiza, 1998. Pepper, A. Los centros de salud como centros de vida sana. Foro Mundial de la Salud, volumen 19, Ginebra, Suiza, 1998. Capote Mir, R; Granados, R. Op. Cit. Campbell, S. Los centros de salud como centros de desarrollo de la comunidad. Foro Mundial de la Salud, volumen 19, Ginebra, Suiza, 1998.

Los problemas de salud requieren soluciones integrales y no pueden ser resueltos por un solo nivel de atención o escalón de complejidad, lo que no niega que las soluciones con calidad deben estar lo más cercanas posibles a la población⁷³. El abandono de los modelos que funcionan regionalizadamente, a nivel local, con el apoyo político, técnico y logístico de los otros niveles de los sistemas de salud, explican problemas de salud pública como malaria, cólera, tuberculosis, rabia humana, tétanos neonatal, difteria, y otros, epidémicos actualmente, en varios países de la región.

8. El enfoque de sujetos de desarrollo

Si salud se integra en los planes de desarrollo local y gobiernos municipales, sociedad civil y los grupos sociales organizados conjugan esfuerzos y responsabilidades con el Estado y otros actores gubernamentales y no gubernamentales, para conducir, gerenciar y evaluar las acciones de salud⁷⁴ y del desarrollo humano, la población crecientemente se empodera con su salud y actúa como sujeto de desarrollo. La reforma de los sistemas de salud que se proponga la búsqueda persistente de la Salud para Todos⁷⁵, no podrá obviar este enfoque metodológico que no es restrictivo a salud, sino a los esfuerzos por el desarrollo humano local sostenible e irreversible⁷⁶.

Los sujetos sociales empoderados con salud defienden el derecho humano fundamental a la salud y al bienestar físico, mental y social y promueven la democracia participativa en los sistemas de salud locales y nacionales. Sólo así la población transita el camino necesario para cerrar la brecha entre su actual condición de objeto de atención, sin derechos reales, y la de sujeto del desarrollo de la salud.

9. Una nueva ética de la salud

La visión neoliberal del desarrollo resquebrajó sistemas de valores. Ante el vacío de respuestas éticas renovadas, algunas prescripciones técnicas asumieron ilegítimamente carácter ético-normativo; o se declara el carácter neutro de determinadas concepciones. Por ejemplo, las discusiones acerca de la ética del racionamiento, que sopesa el intercambio entre eficiencia y equidad⁷⁷. Este es un campo de discusión ética, que pone al decisor político ante el dilema de cómo financiar la salud del que no tiene capacidad de pago y cómo asumir el costo descomunal de la atención médica⁷⁸. Tal discusión se enlaza con la ética si se entiende que es un deber

⁷³ Kahssay, H.M. Op. Cit.

⁷⁴ Granados, R. y cols. La vigilancia de la salud en las áreas de salud y los niveles locales en Honduras. Revista de Salud Pública. Volumen 1, número 3. 1999. ISSN 0124-0064. Universidad Nacional, Bogotá, Colombia.

⁷⁵ Aunque las metas sociales no fueron alcanzadas en el año 2000, la OMS ha planteado la renovación de la meta de Salud para Todos.

⁷⁶ Tenti, Fanfani, E. Civilización y “descivilización”. Revista IDHA. PNUD. 1999.

⁷⁷ Calderón, G. La salud como derecho y la posibilidad de la ética de la distribución de los recursos sanitarios. Tomado de Ministerio de Salud. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Editorial Fitolito Parra & Cía Ltda. Bogotá, Colombia, 1999

⁷⁸ Del Barco, J. L. Ética y economía. Tomado de Ministerio de Salud. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Editorial Fitolito Parra & Cía Ltda. Bogotá, Colombia, 1999.

de las democracias justas y colmadas de contenido garantizar a todos el derecho a la salud⁷⁹; como los recursos son escasos, los derechos y prerrogativas a la atención de salud tienen que depender de una justa e imparcial distribución de los recursos de salud⁸⁰.

La nueva ética de la salud impedirá que la población sea vista como un denominador en nuestros cálculos; asimismo una visión de la salud con compromiso social impedirá que el individuo, los grupos étnicos, sexos, etnias y grupos sociales o demográficos, con riesgos específicos, sean considerados como objetos de atención, de planificación o usuarios o clientes. De igual manera, la ética no podrá centrarse solamente en las nuevas tecnologías y el destino de los escasos recursos médicos y económicos para el tratamiento de un paciente, sino que también tendrá que enfocar problemas más amplios, como salud y justicia social⁸¹. La salud pública es un campo humano de realización colectiva e individual de los derechos humanos fundamentales que incluye necesidades materiales, culturales y espirituales. Es asimismo un aporte a la construcción de ciudadanía y bienestar; de paz y sociedad humana; de ecología humana y social sostenible; de desarrollo económico, social, cultural, artístico, espiritual y de auténtica realización de la personalidad humana. Ello es el desarrollo éticamente sustentable de la salud.

10. El enfoque de la calidad de la atención en salud

El discurso neoliberal hace de la calidad un sinónimo de desarrollo tecnológico y sofisticación diagnóstico-curativa o la reduce a oportunidad del servicio, trato personalizado, confort y libre elección. Se ha simplificado calidad de atención al punto de hotelería eficiente, mercadeo empresarial lucrativo, promoción de la mercancía salud y otras estrategias y tácticas ligadas al lucro.

Frente a las anteriores consideraciones existe un movimiento de recuperación de la calidad, en el sentido de que calidad es el respeto a la población, a los propios funcionarios de los sistemas de salud e impacto en los problemas terminales de salud. La reforma sólo puede considerarse un éxito si la calidad de la atención de salud mejora⁸². La calidad es el respeto a los sujetos sociales, mediante la solución adecuada de sus problemas de salud que legitima a la gestión institucional y a la producción social de la salud.

La calidad en salud tiene diferentes dimensiones:

- **técnica institucional:** cumplimiento de protocolos diagnósticos y terapéuticos, basados en la evidencia, círculos de garantía de calidad, comités de calidad y otros,
- **psicológica y sociológica:** confort y la satisfacción del paciente, trato humanizado y personalizado, adecuada relación de médico pacientes, calidez y otros,
- **organizacional de redes:** en que la calidad es un atributo de la atención progresiva que soluciona problemas de salud y es integral y continuada,

⁷⁹ Ibidem.

⁸⁰ Daniels, N. El derecho a la salud. Tomado de Ministerio de Salud. Seminario Internacional Ética y Reforma a la Salud. Editorial Fotolito Parra & Cía Ltda. Bogotá, Colombia, 1999.

⁸¹ Daniels, N et al. Justice is Good for Our Health. Boston Review. A political and literary forum. February/March 2000.

⁸² Gilmore, C. La gerencia de la calidad. Serie HSP-UNI. Manuales Operativos PALTEX, Volumen III. OPS, Fundación Kellogg, Washington, D.C., 1996.

- **producción social de la salud:** en que la calidad es acceso a las oportunidades de vida, a beneficios del desarrollo y su impacto en el bienestar y calidad de vida de la población.

11. El enfoque democrático participativo

Es la participación social activa en las transformaciones de los sistemas de salud para la construcción de ciudadanía y bienestar social, en la concepción de la población como sujeto del desarrollo humano local equitativo. En la misma participan todos, por el bien de todos, en un pacto social por la salud, como construcción democrático participativa.

Se necesitan ideas filosóficas y conceptuales diferentes a las neoliberales sobre la participación social en salud⁸³, que definan su carácter activo, en el sentido de que la población no es objeto de políticas públicas sino el artífice de su propio desarrollo humano local, lo cual es un gran desafío no sólo para la salud.

Es necesario un nuevo tipo de contrato social democrático y participativo en el que la reforma de los sistemas de salud involucre al Estado, las organizaciones no gubernamentales y sociales y a la sociedad civil. Se tiene que trascender el tradicional sustento representativo formal para revestirlo de contenidos sustantivos que democratizen las oportunidades de vida (salud, nutrición, educación, vivienda, empleo y otros), así como el poder⁸⁴ de la población para decidir sobre su salud.

12. La construcción de nuevos conocimientos

Son necesarias nuevas concepciones, visiones y misiones de los sistemas de salud. Ello impulsará la producción de nuevos conocimientos en salud, con la intervención de universidades, servicios de salud, gobiernos locales y la población como sujeto activo de su propio desarrollo en salud. Urge la creación y el desarrollo de nuevos espacios de reflexión y de análisis que permitan la emergencia de nuevos paradigmas, nuevos enfoques y maneras de entender un mundo complejo y en proceso de transformación acelerada, que rompan con las lógicas rígidas y los monólogos de las disciplinas y permitan la articulación con los actores sociales reales y que abran discursos y racionalidades renovadas, y nuevas perspectivas de acción por su habilidad para redefinir o reconceptualizar los problemas y para cuestionar las prácticas prevalecientes⁸⁵.

Ello obligará a la generación de grupos de trabajo docentes, investigativos y operativos en los que se destaque la solidaridad entre disciplinas biológicas y sociales, económicas y políticas; del saber científico y el saber popular. La búsqueda de nuevos conocimientos deberá resistirse tanto a la tentación de la reducción de problemas complejos a explicaciones simples, como a la conclusión de que el método analítico es impotente para explicar a la vida, al espíritu y la sociedad.

⁸³ Gómez, R.,D. Participación social en salud: alcances y limitaciones del proceso. Cartilla de Seguridad Social No. 4, Julio de 1998. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. ISSN 0123-1839 págs 46-56.

⁸⁴ Ibidem.

⁸⁵ Godue, C. La salud en los procesos de globalización y de internacionalización. Tomado de Relaciones internacionales, política social y salud: desafíos en la era de la globalización. Pontificia Universidad Javeriana. Grupo de Salud Internacional. JAVEGRAF. Bogotá, Colombia, 1998.

Se insistirá en el involucramiento de todos los actores sociales, disciplinas académicas, instituciones y organizaciones para la solución de problemas teóricos y prácticos. No podremos seguir conduciendo nuestros pasos en salud con herramientas reduccionistas, ni administrando conocimientos tubulares o de niveles de abstracción sin contacto con los problemas reales. Si la realidad concreta es compleja, nuestros saberes tienen que asumir el desafío de esa complejidad.

13. El enfoque del aprender-haciendo y la enseñanza aprendizaje

Necesitamos un aprendizaje adaptativo que responda a los problemas reales y se configure alrededor de ellos. La construcción democrática de las reformas de los sistemas de salud implican el proceso participativo de identificación de opciones para la transformación de las personas y los procesos de trabajo.

Hay que articular el conocimiento especializado y las técnicas validadas con la necesaria integralidad del proceso de trabajo en salud y evitar que nuestra tradicional manera de capacitar a los niveles locales no desarticule y fragmente el pensamiento y la praxis. Si las teorías con las que explicamos la realidad están fragmentadas y no son solidarias entre sí, es lógico que las intervenciones pedagógicas con las cuales deseamos transmitir y socializar esos conocimientos adolezcan del mismo mal. Por ello el esfuerzo de capacitación llevado a cabo durante años no ha producido una verdadera transformación del contenido de los procesos de trabajo: se mantiene la visión de la población como objeto de atención, la organización del trabajo jerárquico-piramidal, médico-centrista y la estructura programática de la atención de salud que no han modificado las capacidades ociosas y la ineficiencia e ineficacia de los servicios, ni promovido la creatividad local para resolver problemas.

Es imperioso un cambio del proceso educativo que aproveche todas las capacidades existentes en los ministerios de salud, universidades e institutos de investigación y los complemente sinérgicamente con la experiencia de los servicios para obtener nuevos productos en la enseñanza-aprendizaje, mediante el abordaje de problemas reales y concretos de los servicios, que articule saberes especializados, programáticos y enfoques integrales sistémicos con el saber popular. Se requiere la transformación de los tradicionales vínculos de niveles centrales y periféricos de los sistemas de salud y entre la ciencia, la tecnología y el conocimiento popular⁸⁶. La metodología es el aprender-haciendo, ya que los servicios de salud, al insertarse en el seno de procesos de producción social de la salud, tienen que ser reinventados mediante la acción-reflexión permanentes y el ensayo y error de metodologías y praxis. Es un desarrollo político del proceso educativo que democratiza conocimientos y prácticas saludables en salud.

14. La estabilidad del personal y construcción de capital social

Es un fenómeno generalizado el drenaje de cerebros desde las instituciones públicas hacia las empresas privadas, nueva forma doméstica del drenaje sur-norte. Algunos lo explican, sola-

⁸⁶

Torres, R. M. Educación popular: un encuentro con Paulo Freire. Editorial Tarea. Lima, Perú, 1988.

mente, por la mengua salarial en relación con el costo de vida. Además de ello, la deslegitimidad y descrédito institucional, han afectado la moral de los trabajadores de la salud. No es posible aceptar explicaciones superficiales ni simples, de un reduccionismo metodológico irresponsable, ya que los valores se destruyen rápido, pero su reconstrucción es notablemente lenta. No se ha puesto un adecuado énfasis en las políticas de incentivos, reduciéndose los mismos a los de carácter económico, bajo la concepción hedonista del ser humano y el individualismo económico neoclásico. Los incentivos morales, de desarrollo profesional, intelectual, cultural y espiritual, han sido poco explotados y, más bien, se ha puesto en práctica una dañina flexibilización laboral de profesionales y técnicos y la concepción de externalización de servicios científico técnicos, que no desarrollan ni a los trabajadores ni a las instituciones de salud.

Sobre tal tema, las instituciones de salud, organizaciones sindicales, colegios de profesionales, universidades, el Estado y la sociedad civil, tendrán que actuar, por las implicaciones que ello tiene en las concepciones y aplicaciones pragmáticas de los planes y programas de desarrollo humano.

15. La dialéctica de lo global y lo local en los sistemas de salud

El tema ha recibido nueva atención ya que el mundo debate tendencias contradictorias e inseparables: la globalización económica⁸⁷, la pérdida de contornos de los gobiernos nacionales y la diversidad de lo regional y local. De hecho, se ha iniciado una lucha mundial multiforme⁸⁸ entre las fuerzas de asociación y de disociación, las fuerzas de integración y de desintegración. Las transnacionales de la atención de salud, de seguros de salud, de equipamiento y de medicamentos, debilitan estructuras nacionales y subnacionales y no se subordinan a los referentes políticos y territoriales, alrededor de los cuales se organiza la atención nacional, regional y local de la salud. Por ello, la dialéctica de lo global y lo local toma nueva importancia en las condiciones actuales del desarrollo, como parte de la profundización de la democracia sustantiva y de la participación social, que replantea sobre nuevas bases el quehacer en salud.

El desarrollo humano local, la producción social de la salud, la generación de modelos de atención descentralizados y la distribución equitativa del bienestar, la población, como sujeto del desarrollo, y los gobiernos locales, como conductores legítimos del mismo, replantean la dialéctica centralización-descentralización y las necesidades de apoyo político, técnico y logístico de niveles centrales e intermedios a niveles descentralizados locales.

El desafío es articular la descentralización y participación ciudadana con proyectos nacionales que promuevan la redistribución social con equidad y justicia. Atender las diferencias y la heterogeneidad sin que ello signifique la consolidación de la injusticia social.

⁸⁷ Morin, E. El siglo XXI empezó en Seattle. Revista DHIAL. PNUD. Marzo, 2000.

⁸⁸ Morin, E.; Kern, A. B. Tierra-Patria. Editorial Kairós. Barcelona, Octubre, 1993.

16. Lo político, lo técnico y lo gerencial en los sistemas de salud

La reforma de los sistemas de salud es una empresa de naturaleza política, técnica, gerencial y social. La finalidad de la reforma es promover la transformación de los sistemas de salud para su contribución eficiente, eficaz y equitativa a la distribución y redistribución justa de los beneficios del desarrollo y su expresión en la promoción, el fomento y el mejoramiento de la vitalidad de los grupos humanos e individuos. La búsqueda de esta finalidad implica la necesidad de la conducción política de la reforma. Si la reforma es una construcción democrática, voluntaria y consciente de sujetos sociales que construyen su propia historia y se comprometen con ella, la reforma es una empresa social y humana de naturaleza esencialmente política.

En estas concepciones, política significa políticas saludables, las que trascienden a las instituciones sectoriales para insertarse en la producción social de la salud. La connotación de política saludable implica el redimensionamiento de lo técnico, económico y gerencial en salud. La conducción política y la gerencia social científica de la salud involucran sistemas biosociales complejos en los que se produce, distribuye y redistribuye la vitalidad humana⁸⁹.

Sin embargo, la reforma neoliberal se redujo a las instituciones prestadoras de servicios y a la atención diagnóstico-curativa de las enfermedades, con un enfoque tecnoeconómico, que persiguió la reducción de costos y enajenó el contenido de salud y la misión social de las instituciones. En tales versiones la política de salud se reduce al accionar de las instituciones prestadoras de servicios de salud y lo gerencial y técnico se restringe a las disciplinas sobre la prestación de servicios de salud individuales y colectivos (clínica, epidemiología y administración de salud).

17. La equidad social y la salud

El futuro de los sistemas de salud estará cada vez más ligado a la búsqueda de la equidad social⁹⁰. La salud, concebida como vitalidad de la población, está enraizada en las condiciones de vida, y ellas son parte de la democracia sustantiva y los derechos humanos fundamentales. La satisfacción de las necesidades básicas, por tanto, serán vistas como medidas de salud pública y como elemento esencial de la distribución equitativa de los beneficios del desarrollo.

Las políticas públicas saludables se enfilarán a mejorar la equidad social de las condiciones y modos de vida, tales como el acceso a la educación básica y a la cultura, disminución de los niveles de privación (necesidades básicas insatisfechas), ambientes saludables de trabajo, seguridad ciudadana y social, seguridad alimentaria, ingresos estables, infraestructura sanitaria básica, viviendas adecuadas y condiciones equitativas de participación social, que ayudarán a determinar la salud de las sociedades⁹¹.

⁸⁹ La vitalidad humana es la capacidad creadora de los grupos humanos e individuos de participar en la producción material y cultural de la sociedad, realizarse en el proceso y desempeñarse como sujeto social del mismo, que le permita desarrollar crecientemente sus potencialidades físicas, mentales y sociales.

⁹⁰ Málaga, H. Equidad en salud. Cartilla de Seguridad Social. Centro de Estudios de Seguridad Social y Organización Panamericana de la Salud. Diciembre de 1997.

⁹¹ Daniels, N. et al. Op. Cit.

Algunos elementos para el análisis, discusión y síntesis, acerca de los procesos neoliberales en salud

1. **La reforma como agenda política de la banca multilateral:** Los organismos internacionales de financiamiento y crédito lideraron la política internacional de la reforma sectorial de salud. Ello significó que el discurso neoliberal en salud sea hegemónico en los tres últimos quinquenios. Los actores nacionales más importantes en la negociación de la reforma sectorial de salud con los bancos, han sido los ministerios de finanzas y no los de salud, ni la comunidad científica de la salud de los países.
2. **El papel de la cooperación técnica internacional en salud:** La cooperación técnica internacional planteó algunas alternativas que fueron perdiendo fuerza en los últimos años. Entre ellas, la planificación estratégica, análisis de situación de salud según condiciones de vida, sistemas locales de salud y descentralización, promoción de salud, salud en el desarrollo, renovación de la estrategia de Salud para Todos, y propuestas programáticas ante problemas de salud prioritarios. Se realizaron reuniones regionales sobre reforma y se aprovecharon las Cumbres Presidenciales para incluir la temática de reforma de los sistemas de salud en las agendas políticas de desarrollo. Sin embargo, frente a la hegemonía de los bancos no hubo alternativas con suficiente poder de convocatoria. En la actualidad se ha retomado iniciativas como la evaluación de las reformas y de las funciones esenciales de salud pública como responsabilidad de la autoridad sanitaria gubernamental.
3. **Política nacional frente a la internacional:** La mayoría de los países se quedaron sin proyectos de salud autóctonos y estuvieron débiles ante propuestas que redujeron la problemática de la reforma a aspectos institucionales de organización y financiamiento de ministerios de salud e institutos de seguros sociales. Prevalció una agenda que redujo la responsabilidad estatal con la salud, con el fin de disminuir los fondos públicos y producir ahorro fiscal, mientras por otro lado se abrían espacios de negocios a aseguradoras y prestadores de servicios de salud privados y a las empresas transnacionales de equipamiento, insumos médicos y de atención médico curativa de alto nivel, desvirtuando todas las iniciativas y experiencias acumuladas a lo largo de decenios, como los esfuerzos de extensión de coberturas, atención primaria de salud, desarrollo de recursos humanos, desarrollo de infraestructura de salud, desarrollo científico y tecnológico propios, entre otros.
4. **El proceso de negociación y concertación de las reformas:** Los países latinoamericanos estuvieron débiles para enfrentar el desafío de la negociación con la banca multilateral. A ello hay que agregar que en nuestros países emergieron grupos de presión interesados en los fondos y en el negocio de salud. Se demostró que salud movilizaba una proporción importante del PIB y que una parte considerable de estos gastos eran privados. Todo lo anterior hizo que predominara, en los procesos de reforma sectorial, la lógica económica frente a la lógica epidemiológica y social. Ello ocurrió en condiciones en que ha existido una situación de relativa desmovilización social y de deterioro del pensamiento crítico en salud.
5. **Las fuentes y volumen de los gastos en salud:** El 57% de los gastos nacionales de salud son privados en Latinoamérica frente a una realidad de cerca de un 80%, en promedio, de gasto público en Europa. El gasto en salud en América Latina es de los más inequitativos del mundo. Sin aumentar el gasto público en salud será imposible incrementar las coberturas de servicios y hacer reformas de los sistemas de salud que mejoren el estado de salud de la población.

6. **Poder y rol de la cooperación externa en las reformas:** En la medida en que las propuestas y proyectos nacionales no han sido claros, los organismos financieros han tenido más poder para imponer sus concepciones. Los proyectos de reforma se han ejecutado a través de estructuras paralelas, que han debilitado a las instituciones y no han aportado al proceso de sostenibilidad. Se ha observado en varios contextos que el rol de la cooperación externa en la asunción de gastos operativos de los sistemas de salud se ha hecho muy importante.
7. **Participación democrática en las reformas:** No hubo participación social democrática importante en las reformas neoliberales en Latinoamérica. El diseño de las mismas se ha elaborado por élites tecnocráticas, con escasa participación de los grupos académicos nacionales, de docencia e investigación. Funcionarios institucionales con experiencia no han sido involucrados ni consultados en estos procesos. Otro elemento ha sido que la reforma comportó grandes cambios de culturas organizacionales, impuestos desde arriba, sin la participación activa y crítica de los trabajadores de la salud.
8. **Desarrollo autóctono de la ciencia y la técnica:** Hubo una extrapolación acrítica de modelos foráneos, desarrollados por firmas consultoras externas, que adolecían de análisis históricos, culturales, sociológicos, epidemiológicos y de administración de salud contextualizados. Además, los organismos financieros internacionales lanzaron paquetes homogéneos para realidades heterogéneas.
9. **Poca evaluación de procesos y resultados:** A pesar de llevar más de quince años con estos procesos, no se han producido evaluaciones rigurosas, que complementen los estudios financieros y organizativos con los ejes de análisis epidemiológicos y sociales. Es necesario realizar la evaluación de la contribución que estos procesos han hecho a la cohesión social, profundización de la democracia sustantiva, construcción permanente de ciudadanía, desarrollo institucional y sostenibilidad y empoderamiento de la población. Estos análisis podrían verificar quiénes han sido los ganadores y quiénes los perdedores con estos procesos de desarrollo.

Conclusiones

- 1) La definición de las características esenciales de los sistemas de salud y su grado de ajuste a las necesidades del estado de salud de la población y a las demandas de la ciudadanía en cuanto a promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, es un proceso político complejo, que ubica a la salud dentro de las concepciones de los derechos humanos fundamentales y de los valores políticos y sociales vigentes. Asimismo, la ubica dentro de una concepción de los procesos de desarrollo globales y de las posibilidades perspectivas de la inserción de nuestros países en el nuevo orden mundial globalizado.
- 2) De tal manera, la definición del contenido de las reformas es un complejo proceso político, alimentado por concepciones filosóficas, opciones económico-financieras, elementos culturales, necesidades epidemiológicas, realidades demográficas, disponibilidad de servicios, disparidades sociales de desarrollo y aspectos ético morales.
- 3) El contenido y la naturaleza íntima de las reformas de los sistemas de salud, además no sólo tiene relación con las necesidades y urgencias del presente, sino, fundamentalmente, con el aporte de Salud a las propuestas de desarrollo y a la concreción del tipo de sociedad, democracia y Estado que queremos construir: está ligado a determinadas concepciones del mundo y utopías por realizar.

- 4) La salud de los seres humanos es una finalidad sustantiva del desarrollo: la salud es vitalidad para la vida social, la creatividad y espíritu de innovación y la realización individual y social.
- 5) Las premisas políticas y los principios globales rectores del modelo de desarrollo económico y social son los que determinan el sistema de salud en cada contexto nacional:
 - Si el modelo de desarrollo privilegia la salud para todos, la solidaridad social, la redistribución de la riqueza, con principios de justicia social y equidad, como mecanismos fundamentales de construcción de ciudadanía, nos abocaremos a un sistema de salud en el cual la salud es un derecho humano fundamental cuyo mejoramiento y protección asegura la convivencia ciudadana pacífica, como prerrequisito de desarrollo humano y de cohesión social.
 - Si prevalece el interés extrasectorial de reducir el gasto público social a toda costa, disminuir el aparato prestador estatal, y abrir los sectores sociales a la competencia del mercado privado, privilegiando la participación de este último bajo el argumento de la eficiencia económica, aún cuando ello niegue la democracia sustantiva y los derechos fundamentales del ser humano, el sistema de salud se enfilará hacia una reforma neoliberal.
- 6) La aplicación de los conceptos microeconómicos neoliberales no es aséptica ni neutral, desde el punto de vista político e ideológico, como determinadas lecturas de los procesos históricos hoy pretenden demostrar. Las reformas asentadas en estos conceptos no han favorecido la construcción de ciudadanía, la profundización de la democracia, la cohesión social y la solidaridad y, en cambio, han desintegrado la atención de la salud, favorecido la exclusión social y profundizado las inequidades.
- 7) Las necesarias transformaciones de los sistemas y servicios de salud en Latinoamérica y el Caribe deben privilegiar la universalidad del acceso a servicios de salud, que asuma la atención de la salud de al menos un 30 % de población latinoamericana que hoy no lo tiene, poner énfasis en la equidad, eficacia y eficiencia en forma sistémica, y movilizar la voluntad política y los recursos necesarios para insertar estos esfuerzos institucionales en una concepción global de salud como parte esencial del desarrollo, que promueven el bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- 8) Las transformaciones necesarias de los sistemas de salud tienen que insertarse en el todo social, ya que la salud es un proceso y un producto social que involucra al Estado, a la sociedad y a los individuos, responde a las realidades nacionales, epidemiológicas, sociales, culturales, económicas y políticas, y está intrínsecamente relacionada con el bienestar de la población, la calidad de vida de los diferentes grupos sociales e individuos y con el grado de desarrollo de la democracia sustantiva, expresada ésta última en la igualdad de oportunidades de vida para todos los ciudadanos.
- 9) Los problemas de salud y sus determinantes, y el análisis de la contribución de salud al desarrollo debían estar en la esencia de los esfuerzos de transformación y darle el contenido político y técnico a las reformas, utilizando para ello todo el arsenal teórico y metodológico disponible para el análisis de situación de salud según condiciones de vida, herramientas de estudios prospectivos y los nuevos desarrollos de búsquedas de consenso, movilización social, negociación y concertación, entre otros.
- 10) Las prescripciones normativas de los organismos de crédito y financiamiento no tienen en cuenta la heterogeneidad de soluciones ante la heterogeneidad de problemas, realida-

des y situaciones, y pueden perseguir intereses extrasectoriales diferentes a la búsqueda de la equidad en salud.

- 11) La indiscutible necesidad de priorizar la atención de los pobres no puede servir de pretexto para la exclusión y la selectividad asistencial, no debe privilegiar la selectividad privatizadora, como de hecho han realizado, sino que debe propiciar espacios políticos y sociales para la construcción de ciudadanía, el fomento de la equidad y la promoción de la solidaridad y la cohesión social.
- 12) El control social de la gestión de las políticas públicas y, entre ellas la salud, es una alternativa viable que desarrolla y fortalece la democracia participativa, empodera a los ciudadanos y grupos sociales, en su condición de sujetos del desarrollo humano, promoviendo la sostenibilidad e irreversibilidad del mismo.
- 13) La integralidad de la atención y la intersectorialidad son parte inalienable del desarrollo de la salud. Por tanto, aquellas visiones de la salud en las que la promoción de la salud es un enfoque público y la atención médica individual es un enfoque privado, carecen de fundamentos científicos y han probado en la práctica social su fracaso. Como la salud es determinada por el bienestar, la calidad de vida y el acceso a los beneficios del desarrollo, las necesarias transformaciones de la atención a través de servicios de salud, tiene que complementarse con los esfuerzos intersectoriales enfilados al mejoramiento de condiciones y modos de vida de la población.
- 14) Las transformaciones de los sistemas de salud en Latinoamérica y el Caribe no podrán hacerse bajo la premisa de mayor movilización, o utilización más eficiente y equitativa, del gasto privado en salud. Tales expectativas han sido rechazadas y desmentidas por la práctica social de las reformas neoliberales latinoamericanas en la última década.
- 15) La reforma de los sistemas de salud deberá verse dentro de la óptica social más amplia de la producción social de la salud. Esta visión incluye a las redes sociales de apoyo a niveles locales, como complemento de las redes locales de salud, necesariamente implicará mayor gasto público en salud y protección social e involucrará a esfuerzos gubernamentales, no gubernamentales, privados, de las organizaciones sociales, de las familias e individuos en un pacto social por la salud.

UNA APROXIMACIÓN AL EMPLEO Y CONDICIONES LABORALES EN EL SECTOR SALUD EN BOLIVIA

Juan Luis Espada Vedia

Introducción

Con la aplicación del modelo económico neoliberal en el país, en 1985, se han impulsado diversas reformas en los distintos sectores. Estas reformas pueden ser descritas en dos fases: 1) las reformas de primera generación, signadas por la implementación de políticas de estabilización, dirigidas a reestablecer los equilibrios macroeconómicos del país a partir de la instrumentación de políticas fiscales, monetarias y cambiarias¹; y 2) las políticas de segunda generación, dirigidas a reactivar y promover el crecimiento económico, el empleo, el desarrollo social y la modernización del Estado².

En las reformas de segunda generación se da mayor atención a las reformas estructurales de distintos sectores en el país, cuyo propósito fué reactivar la economía. Estas políticas pueden ser descritas en tres aspectos. Primero, el cambio de orientación en las funciones del Estado, dejando a un lado el “Estado Benefactor”³, para asumir el rol de “Estado nacional competitivo”, el cual debe ofrecer las condiciones de mercado óptimas para la competencia. “El Estado empieza a redefinir la naturaleza de su función en el modelo neoliberal hasta limitarse a la planeación y regulación de los diferentes sectores y a la inspección de bienes y servicios”⁴, lo que actualmente se conoce como Estado regulador, transfiriendo al sector privado la misión productiva y por consecuencia la creación de empleo.

Segundo, después de lograr estabilidad en los indicadores macroeconómicos e iniciar la apertura de mercados, surgen nuevos desafíos que requieren una pronta solución por parte del Estado. Aspectos como: distribución del ingreso, pobreza, exclusión social, corrupción, mejora de los servicios de salud, educación, etc., inducen al Estado a implementar reformas que apuntan a estrechar y fortalecer los lazos entre el Estado y la sociedad civil, tal como explica J. Castro⁵ presidente del Instituto de Planeamiento Estratégico de Buenos Aires.

¹ Cf. Aguirre, Alvaro. et al. *La Intencionalidad del Ajuste en Bolivia*. Cedla. La Paz. 1993.

² *Ibidem*.

³ Hernández, José Vargas. *Las Relaciones de los Fundamentos Teóricos entre la Nueva Economía Política, la Nueva Gerencia Pública y la Nueva Política Social*. El autor señala que “el Estado de bienestar se caracteriza por la administración de servicios sociales personales, salud, educación, empleo, seguridad social, y habitación”.

⁴ *Ibidem*.

⁵ “Crisis y Gobernabilidad: perspectivas para las reformas de segunda generación”, *Revista Contribuciones* 4/2000.

Y por último, se instrumentan políticas que se enmarcan en los lineamientos del Consenso de Washington y que pueden ser resumidas en tres puntos⁶: i) reducción del déficit fiscal, incremento de los ingresos tributarios y equilibrio de las cuentas de comercio exterior; ii) apertura comercial y financiera; iii) privatización de las empresas del Estado, privatización de algunos servicios masivos y ajuste de tarifas.

Los resultados de las reformas emprendidas se traducen, en la última década, en niveles de desempleo que se aproximan a los registrados a principios de la década de los noventa, concentración de los ingresos en pocos segmentos de la población, concentración del empleo en el sector de servicios y en el sector informal, conflictos sociales, niveles de crecimiento ínfimos. Estas características reflejan la ya proclamada crisis del modelo económico, ratificando que la pobreza, la desigualdad social y económica, y la exclusión social son características del actual modelo y no así la transición hacia una nueva modalidad de desarrollo.

Pero estas reformas no sólo tienen implicancias en sectores productivos sino también en sectores sociales, como el de salud. Desde 1987 el Banco Mundial orienta la reforma del sector con cuatro líneas estratégicas⁷: i) la descentralización administrativa, ii) participación del sector privado en salud, iii) desarrollo de seguros de salud, y iv) aumentos del pago de los servicios de salud por usuario.

Estos lineamientos pretenden consolidar las reformas del Estado, además de transferir al sector privado la responsabilidad del sector productivo; se pretende transferir o descentralizar competencias del área social a municipios e incorporar al sector privado a la prestación de estos servicios, con el argumento de que las instituciones públicas, además de ser corruptas, son ineficientes. Detrás de este argumento está la intención implícita de reducir los gastos del Estado en el sector, aspecto que se enmarca en las prioridades macroeconómicas de estabilidad fiscal.

Las reformas neoliberales, en los últimos 14 años, han modificado la dinámica del mercado de trabajo de distintos sectores, constituyéndose el empleo en la variable de ajuste en los procesos de reforma. Por lo anterior, es necesario considerar el avance de algunas de estas reformas que puedan contribuir a explicar el comportamiento del empleo en el sector salud.

1. Reformas en el sector salud

Las reformas en el sector salud pueden ser descritas en dos momentos, dentro del proceso de descentralización.

Primero, se caracteriza por la implantación del Nuevo Modelo Sanitario en Bolivia, determinado por la promulgación de dos leyes, la Ley de Participación Popular 1551 y la Ley de Descentralización Administrativa 1654⁸; es así que el Decreto Supremo N° 24237, del 8 de febrero de 1996, adecua el Sistema Nacional de Salud a una modalidad de gestión descentralizada, siendo fiel a una de las políticas propuestas por el Banco Mundial.

Segundo, el Decreto Supremo N° 25233 y el Plan Estratégico de Salud (PES, 1998) dan continuidad al proceso de descentralización. El primero establece la profundización de la des-

⁶ De Viana, Mikel. "El Régimen Social en la Segunda Generación de reformas". Revista Contribuciones 4/2000.

⁷ Torres Goitia, Javier. La Reforma de Salud en Bolivia 1983 - 1997. Fundación Milenio, La Paz. Pág. 46.

⁸ La ley 1551 fue promulgada en 1994 y la ley 1654 fue promulgada en 1995.

centralización de la gestión en salud, reglamentando la organización, atribuciones y funcionamiento de los servicios de salud y el PES se constituye en el instrumento para abordar las distintas reformas en el sector⁹.

En este proceso de descentralización se identifican tres elementos que contribuyen a explicar la dinámica del mercado laboral del sector salud y para aclarar esta correspondencia describiremos cada proceso, sin pretender realizar un análisis exhaustivo del impacto en el sector.

a) *Gasto público en salud*

Al transferirse al sector privado la responsabilidad del sector productivo, el Estado asumió como tarea prioritaria la provisión de bienes y servicios públicos, como educación, salud, saneamiento básico, alumbrado público, etc.

A partir de 1986, la participación del gasto social respecto al gasto público se fue incrementando. En 1996 este gasto, con relación al gasto del sector público no financiero (SPNF), era de 43%, proporción que tiende a aumentar exhibiendo en el 2000 no menos del 53% de participación¹⁰.

En el caso del sector, en 1980 la participación del gasto en salud respecto al gasto social fue de 29% y disminuyó a 13% en 1986. Con la adopción de la nueva política económica esta proporción alcanzó en 1992 el 38% del gasto social, y disminuyó a 27% en 1995¹¹.

El gasto en salud respecto al gasto del SPNF exhibe en 1996 una participación de 10%, proporción que desciende en 1999 a 9,6% de participación¹².

Si bien la proporción del gasto social respecto al gasto público fue aumentando, las cifras muestran que el gasto en salud, en proporción al gasto social y del SPNF, tiende a disminuir. Este comportamiento puede ser explicado debido a la mayor absorción de recursos por el sector educación¹³.

En el informe "Public Expenditure Review", elaborado por el Banco Mundial en 1999, se evidencia que el mayor gasto en el sector lo realiza el Ministerio de Salud, que en promedio significa no menos del 82%. A partir de la instauración del proceso de descentralización, la participación de los municipios en el gasto de salud tuvo un crecimiento significativo, exhibiendo en 1996 un gasto de \$us 9,1 millones, mucho mayor al gasto de 1995 de \$us 959 mil. En 1997, esta cifra declina a \$us 3,1 millones, monto que aún es significativo en relación al dato de 1995. Esta caída en el gasto municipal estuvo acompañada de un incremento en el gasto del Fondo de Inversión Social y de las prefecturas, pero aún con este aumento no se logró compensar la caída del gasto del nivel municipal.

Estos elementos contribuyeron a que el gasto público en salud disminuyese en \$us 5,9 millones, de 1996 a 1997. La participación del gasto en salud, respecto al PIB, también presenta una caída de 1,19% en 1995 a 0,96% en 1997.

⁹ Ministerio de Salud y Previsión Social. Metodologías para el Proceso de Descentralización en Salud. La Paz.

¹⁰ UDAPE. Dossier de Estadísticas Sociales y Económicas de Bolivia. N° 11. La Paz.

¹¹ UDAPSO. Movilización de Recursos para el Sector Salud en Bolivia. Datos elaborados con base a cifras de la Unidad de Análisis de Políticas Sociales.

¹² UDAPE. Op. Cit.

¹³ Cf. UDAPSO y UDAPE. Op. Cit.

Cuadro N° 1
Estructura de gasto público en el sector salud en Bolivia

	1995		1996		1997	
	Miles de \$us	%	Miles de \$us	%	Miles de \$us	%
Sector público (1)	77,792	100.00	82,507	100.00	76,632	100.00
Ministerio de Salud	66,244	85.16	64,608	78.31	63,757	83.20
Prefecturas / Corporación	630	0.81	782	0.95	1,300	1.70
Municipios	959	1.23	9,171	11.12	3,069	4.00
Fondo de Inversión Social	6,033	7.76	3,341	4.05	6,905	9.01
Otros gastos del sector público	3,926	5.05	4,605	5.58	1,601	2.09
PIB (2)	6,532,179		7,124,799		7,968,061	
% (1) / (2)	1,19		1,16		0,96	

Fuente: Bolivia, Public Expenditure Review, 1999, Banco Mundial.

Cuadro N° 2
Gasto del Ministerio de Salud por categoría
(En miles de dólares)

Categoría	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Servicios personales	23,431	29,317	35,540	38,775	45,422	49,280	52,897	55,991
Materiales / servicios no personales	8,641	29,155	18,877	24,918	13,781	10,818	7,765	3,053
Bienes reales	22,644	1,076	6,849	6,650	5,916	4,386	2,730	2,036
Pensiones para beneméritos del Chaco y personajes notables	33,541	34,497	36,144	36,595	40,567	42,197	43,881	42,398
Otras transferencias	20,195	30,408	26,803	1,033	1,019	—	240	537
Otros gastos	1,956	61	64	125	89	121	123	89
Total	110,408	124,514	124,277	108,096	106,794	106,802	107,636	104,104
Total sin pensiones (1)	76,867	90,017	88,133	71,501	66,227	64,605	63,755	61,706
PIB (2)	5,343,262	5,643,893	5,734,677	5,974,656	6,532,179	7,124,799	7,968,061	8,573,560
% (1) / (2)	1.44	1.59	1.54	1.2	1.01	0.91	0.8	0.72

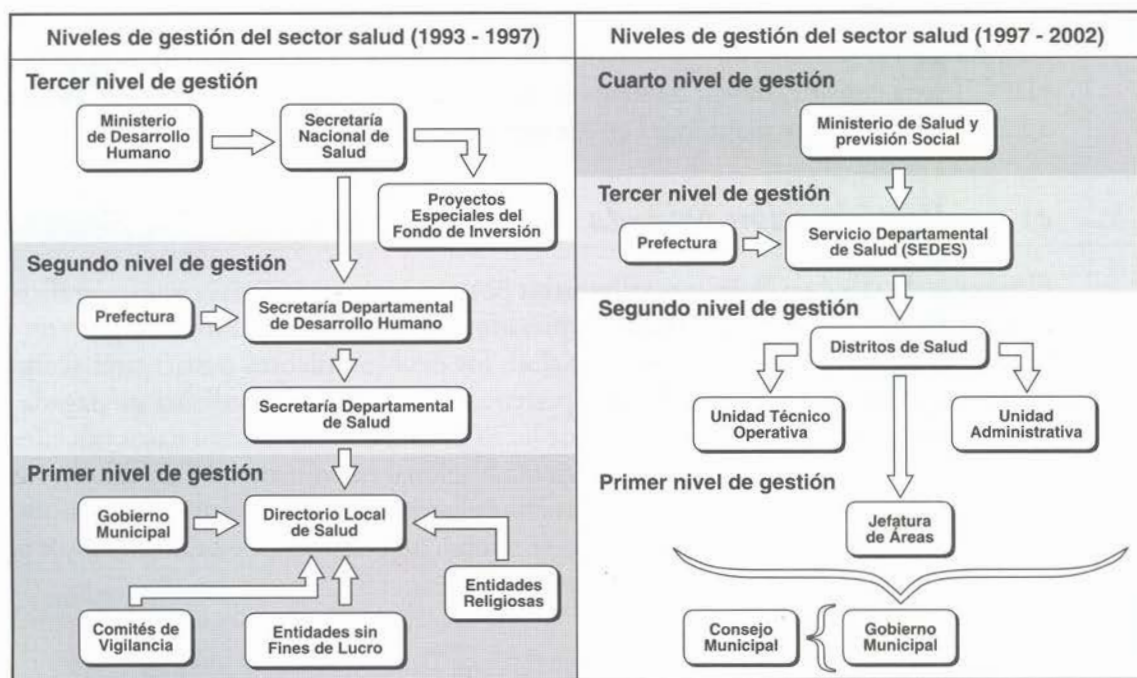
Fuente: Bolivia, Public Expenditure Review, 1999, Banco Mundial.

Si identificamos la estructura de gastos del Ministerio de Salud, advertiremos que los gastos personales (salarios, beneficios sociales, etc.) tienden a aumentar, a diferencia de los gastos en materiales y servicios no personales (servicios básicos, alquileres, mantenimiento, reparaciones, etc.), que a partir de 1994 experimenta un descenso —explicado por la transferencia del mantenimiento y reparación de la infraestructura en salud al nivel municipal— situación similar a la categoría de bienes reales, ya que la construcción de infraestructura médica es ahora responsabilidad del municipio.

La transferencia de estas competencias a los municipios debía traducirse, en los hechos, en un aumento del gasto en salud en el nivel municipal (situación que se refleja en el cuadro N° 1 únicamente de 1995 a 1996), exhibiendo en el subsiguiente año un descenso dramático. Esto lleva a deducir que para los municipios les es muy difícil asignar recursos al sector salud, y que en el largo plazo puede significar un abandono del sector¹⁴.

Si bien con el proceso de descentralización de competencias, el Estado ha logrado aliviar la estructura fiscal, éste puede llegar a ser un problema más en los municipios. Lamentablemente los municipios ya no tienen la posibilidad de seguir descentralizando para aliviar su estructura de gastos, esta situación se agrava aun más cuando se considera a municipios pobres con escasos recursos.

Gráfico N° 1



¹⁴ Dentro de las categorías de gasto del Ministerio de Salud, resalta el monto destinado a pensiones de beneméritos de la guerra del Chaco y a personajes notables (Ex Presidentes y otros personajes), en promedio durante los cinco primeros años de la década de los 90, esta categoría participa con no menos del 31%, incrementándose en los siguientes tres años a 41%.

b) Descentralización administrativa

Como ya se había señalado, la tendencia a la descentralización administrativa se constituye en una de las principales reformas en la década de los noventa en Bolivia.

Si observamos los niveles de gestión en el sector salud, de 1993 a 1997, estos niveles ascendían a tres, actualmente exhibe cuatro niveles de gestión. Esta estructura puede ser una de las causas para que la cantidad de trabajadores en el área administrativa del sector salud sea elevada respecto al total de trabajadores en salud. Información del Banco Mundial evidencia que la participación del personal administrativo en el sector público en salud es en promedio 32%, entre 1995 a 1998¹⁵.

Otro elemento importante en el proceso de descentralización es la transferencia de competencias del nivel nacional a los municipios, concretamente en el sector Salud se “(...) transfiere a favor de los gobiernos municipales el derecho de propiedad sobre bienes muebles e inmuebles afectados a la infraestructura física de Salud (...)”¹⁶, se amplían las competencias del municipio, debiendo “administrar y controlar el equipamiento, mantenimiento y mejoramiento de los bienes (...) y dotar el equipamiento, mobiliario, material didáctico, insumos, suministros incluyendo medicamentos y alimentos en los servicios de Salud (...)”¹⁷. Como se colegirá, la descentralización implica asumir un conjunto de gastos que anteriormente eran responsabilidad del Gobierno Central.

En el 2001 se pretendió avanzar aún más, intentando transferir el gasto de recursos humanos al nivel municipal (municipios), situación que fue rechazada a partir de un acuerdo. Los municipios para la gestión 2001 debían otorgar \$us 5 millones de los recursos del alivio de deuda HIPCII para cubrir el déficit de ítems en el sector Salud y Educación, monto que ascendería a \$us 27 millones y se mantendrá en los siguientes 15 años.

c) Participación privada en el sector salud

El sistema de salud en Bolivia se caracteriza por estar segmentado (ver anexo, gráfico N° 1) y compuesto por los sectores público y privado. Este último está formado por tres tipos de instituciones que prestan servicios de Salud: los establecimientos particulares (consultorios, farmacias y laboratorios), aquellos que pertenecen al sistema de medicina prepagada (clínicas privadas) y las organizaciones sin fines de lucro (ONGs)¹⁸. No existen datos oficiales sobre el tamaño de este sector, pero el SNIS (Sistema Nacional de Información en Salud), institución perteneciente al Ministerio de Salud, estructura el sector privado a partir de tres grupos: ONGs, instituciones de la Iglesia y otros. Como se notará, no considera a establecimientos particulares¹⁹, por lo que subestima el tamaño del sector.

¹⁵ Banco Mundial. Bolivia, Public Expenditure Review. 1999.

¹⁶ Ley de Participación Popular, Artículo N° 13.

¹⁷ Ley de Participación Popular, Artículo N° 14.

¹⁸ UDAPSO. Op. Cit.

¹⁹ Consultorios, farmacias y laboratorios.

Cuadro N° 3
Número de establecimientos, según subsector y niveles de atención

	Primer Nivel		Segundo Nivel		Tercer Nivel		Total	
	1997	1999	1997	1999	1997	1999	1997	1999
Bolivia	2,142	2,394	141	149	76	70	2,359	2,613
Sector público y seguridad social	1,775	2,005	114	124	69	63	1,958	2,192
Público	1,643	1,866	90	97	32	32	1,765	1,995
Seguridad Social	132	139	24	27	37	31	193	197
Sector privado	367	389	27	25	7	7	401	421
ONGs	253	248	6	5	1	1	260	254
Iglesia	79	96	5	4	1	1	85	101
Otros privado (1)	35	45	16	16	5	5	56	66

Fuente: Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS).

Nota: (1) Clínicas privadas. Para obtener un listado de estas clínicas, ver "www.sns.gov.bo".

Existe una gran diferencia en el número de establecimientos del sector público (público y social) frente al sector privado (ONGs, Iglesia y subsector privado). En ambos casos los establecimientos se concentran en el primer nivel de atención, que se enmarca predominantemente en el auto cuidado de la salud, la consulta ambulatoria y la internación de tránsito²⁰.

Las cifras del cuadro N° 3 exhiben a dos grupos del sector privado que crecen a una tasa mayor que la del sector público, situación corroborada por el número de establecimientos que cada año se crean. Esta información, presentada por el SNIS²¹, muestra que en el sector público existe una tendencia a disminuir la construcción de infraestructura. Ocurre lo contrario en el sector privado. Así, por ejemplo, en 1998 se construyeron 9 establecimientos de organismos privados, 6 de ONGs y 81 en el sector público, exhibiendo en el 2000, 15 de organismos privados, 17 de ONGs y 44 establecimientos nuevos en el sector público (ver anexo, gráfico N° 2).

Esta información da cuenta del aumento paulatino del sector privado en la atención en salud, y si bien aún es muy reducido con respecto al sector público, esta tendencia en el largo plazo puede indicar un cambio en la prestación de este servicio, y a esto debemos incorporar la participación del sector privado en servicios como limpieza y alimentación (terciarización de servicios).

Por lo anterior, se puede inferir que la demanda del sector privado por recursos humanos en salud tiende paulatinamente a aumentarse principalmente en establecimientos de primer y segundo nivel de atención, además que se debe considerar los establecimientos particulares (farmacias, laboratorios, consultorios).

²⁰ Ver Decreto Supremo N° 24237.

²¹ Ver sitio web. <http://www.sns.gov.bo>

Después de 17 años de reformas estructurales, se ha evidenciado que los trabajadores son los más afectados por las políticas de carácter neoliberal, siendo el empleo la principal variable de ajuste frente a la competencia y la crisis económica. Por tanto, los recursos humanos en salud no escapan a esta situación.

A continuación, se pretende describir la dinámica del mercado laboral de los trabajadores en salud, considerando las reformas descritas anteriormente, y las que contribuyen, en parte, a explicar el comportamiento del mercado laboral del sector salud.

2. El mercado de trabajo urbano en salud

Para describir el mercado laboral del sector salud, se procesó información de empleo y condiciones laborales de los recursos humanos en salud con datos procedentes de las encuestas de hogares desarrolladas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), ya que a pesar de la participación del sector público como empleador (Ministerio de Salud y Previsión Social), éste no maneja la información de forma accesible y la existente carece de confiabilidad, a lo que se suma la imposibilidad de obtener información del subsector privado.

Por lo anterior, se ha procedido a obtener información aplicando algunos criterios específicos para seleccionar la población ocupada del sector, se ha considerado únicamente el área urbana, haciendo uso de los clasificadores de actividad económica y ocupación específica, y se han identificado siete grupos o segmentos que representan a los trabajadores en salud (Ver anexo, cuadro N° 1).

La información procesada permite lograr una aproximación a la situación laboral de los trabajadores en salud en el sector público y privado. Es importante que el lector considere las cifras como aproximaciones al comportamiento laboral en el sector salud, pues entre 1992 y 1999 han existido 3 tipos de encuentros diferentes (EIH, ENE III y Mecovi) con variaciones metodológicas y de tamaño de muestra, lo que no permite realizar lectura comparativa sobre el comportamiento de las variables del sector.

A. Caracterización general: magnitud del sector y crecimiento del mercado de trabajo, características de los ocupados y características de los puestos de trabajo

Magnitud del sector

La dinámica del Sector durante el periodo de análisis (1992-1999) muestra, hasta mediados de los noventa, un crecimiento promedio anual de 9%, tasa que crece dramáticamente a 21% entre 1995 a 1997. Esto se explica por la mayor absorción de recursos humanos en salud por parte del sector privado (ver anexo, cuadro N° 2), los siguientes dos años la tasa promedio se reduce a 4%²².

²² Es importante recordar que 1992 y 1995 las bases de hogares corresponden a las EIH 5ta. y 8va. Ronda, 1997 corresponde la ENE III y en 1999 se utiliza la MECOVI; cada encuesta tiene distintas muestras -1992 la muestra es de 5,892 viviendas, 1995 la muestra es de 6,216 viviendas, en 1997 de 10,680 y en 1999 de 3,064 viviendas-. A causa de las distintas encuestas y muestras, las tasas de crecimiento de la población ocupada para cada año, exhibe cambios muy discontinuos.

Cuadro N° 4
Magnitud del mercado de trabajo del sector salud (Área urbana)

En porcentajes	1992	1995	1997	1999
Población ocupada del sector salud	16,686	21,593	31,636	34,170
Tasa de crecimiento promedio anual del sector salud (%)	—	8.97	21.00	3.9
Población ocupada del sector salud respecto al total de la población ocupada (%)	1.64	1.72	1.68	1.6
Total (Recursos humanos en salud por sector) (%)	100	100	100	100
Empleo público	46	59	48	46
Empleo privado	54	41	52	54

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.

Las cifras del Instituto Nacional de Estadística (INE) muestran, en 1999, un total de 2.017.044 personas ocupadas en el área urbana, la proporción de trabajadores en salud respecto a este total es de 1,7%, tendencia similar en años anteriores. Si disgregamos la población ocupada en salud en el área urbana por sector, se evidencia un cambio en la composición del empleo en el sector público y privado, en 1995 no menos del 59% de los recursos humanos en salud trabaja en el sector público, situación que se revierte, y presentan en los siguientes años al sector privado como el principal empleador.

Esta información parece contradecir la afirmación de que el sector público es el principal empleador. La explicación metodológica de ello es que, primero, la encuesta de hogares además de considerar a los trabajadores en clínicas privadas, incorpora a los recursos humanos de los establecimientos particulares (consultorios, farmacias y laboratorios), y segundo, los datos del sector público no incorporan a trabajadores en municipios del área rural; aspectos que ocasionan que el tamaño del sector privado sea mayor, subvalorando el tamaño del sector público.

Anteriormente evidenciamos que los gastos en servicios personales del Ministerio de Salud presentan un incremento paulatino, y paralelo a este aumento se distingue una reducción en gastos de materiales y bienes reales, a causa de la transferencia de estas obligaciones a los municipios. Esta situación a largo plazo puede representar un problema en el nivel de empleo en el sector, considerando que el Estado no crea las fuentes de trabajo (infraestructura), responsabilidad que actualmente es del nivel municipal.

En el difícil contexto económico en el que se desarrollan los municipios, es muy aventurado pensar que estos puedan seguir invirtiendo en infraestructura en salud, lo que afectaría al nivel de empleo en el sector en el mediano y largo plazo.

Características de los ocupados y de los puestos de trabajo

Gran parte de trabajadores en salud son asalariados, y de esta población, en promedio, el sector público concentra el 68%. En 1995 se exhibe un mayor número de asalariados en el sector

público, concentrando no menos del 81%, pero en 1999 se reduce a 63% (ver anexo, cuadro 5), situación explicada por el crecimiento dramático de trabajadores asalariados en salud en el sector privado (la tasa de crecimiento anual del empleo asalariado en el sector público de 1995 a 1999 es de 7%, a diferencia del sector privado que exhibe un crecimiento promedio de 35%).

De esta población, gran parte se concentra, entre 1992 a 1997, en dos ocupaciones: médicos y trabajadores de cuidados personales. En promedio, en la ocupación de médicos el 73% son varones, en tanto que en la segunda el 86% son mujeres (Ver anexo, cuadro N° 4b).

La población no asalariada, concentrada en su totalidad en el sector privado, está estructurada principalmente por médicos especialistas, profesionales en enfermería y trabajadores en cuidados personales y afines, que en las categorías de no asalariados se ubican principalmente en la de profesionales independientes.

Del contingente de población no asalariada en promedio no menos del 48% son mujeres, en 1999 la proporción de mujeres no asalariadas alcanza el 64%, a diferencia del 42% en 1992 (Ver anexo, cuadro N° 3).

Del total de población ocupada en el sector salud, las mujeres constituyen en promedio el 64% de los recursos humanos, explicado por ocupaciones como la docencia, enfermería, farmacia, fisioterapia, bioquímica y laboratorio. A diferencia de otras actividades económicas, la población femenina puede optar por trabajar en turnos, posibilitando a mujeres con hijos a ejercer su profesión y a disponer de tiempo para su familia.

Cuadro N° 5
Población ocupada en el sector salud por sexo (Área urbana)

	1992	1995	1997	1999
Población ocupada	16,214	20,407	31,636	34,170
Hombres	6,471	7,630	11,928	10,196
Mujeres	9,743	12,777	19,708	23,974
Total (en %)	100.0	100.0	100.0	100.0
Hombres	39.9	37.4	37.7	29.8
Mujeres	60.1	62.6	62.3	70.2

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III de 1997 y la Mecovi 1999.

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

En el sector salud predomina la mano de obra calificada, a excepción de los trabajadores que prestan servicios de limpieza, alimentación, transporte, etc. Este último contingente ha sido excluido de la población de estudio debido a la difícil selección en las bases de datos de cada

encuesta de hogares. La omisión permite obtener siete grupos de estudio²³, tres muestran un nivel de educación superior y el resto un nivel medio de educación.

En el cuadro N° 6 se pueden identificar dos grupos que concentran no menos del 60% de los trabajadores en salud, el primero lo componen los médicos y profesionales afines (cirujano, dentista, cardiólogo, farmacéutico, etc.) y el segundo, los trabajadores de los cuidados personales (camilleros, enfermeras no diplomadas, niñeras, etc.).

Cuadro N° 6
Aproximación al perfil de empleo en el sector salud. Área urbana (en %)

	1992	1995	1997	1999
Perfil del empleo	100.0	100.0	100.0	100.0
Profesionales en ciencias biológicas y otras disciplinas relativas a los seres orgánicos	4.98	3.72	0.95	5.03
Médicos y profesionales afines	33.52	39.62	33.20	33.52
Personal de enfermería y partería de nivel superior	6.54	7.80	12.71	17.19
Técnicos de nivel medio en ciencias biológicas, agronomía, zootecnia, consejero agrícola y afines	5.71	4.07	2.72	1.30
Técnicos profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud	4.42	6.01	9.22	18.07
Personal de enfermería y partería de nivel medio (No universitario)	12.23	12.94	9.52	11.80
Trabajadores de los cuidados personales y afines	32.61	25.85	31.69	13.08

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III de 1997 y la Mecovi 1999.

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

De las siete actividades, en cinco de ellas la población femenina es la que participa en mayor número, a excepción de la ocupación de médicos y profesionales afines, que tiene como principal representante al sector masculino (ver anexo, cuadro N° 5).

B. Aproximación a las condiciones laborales en el sector

La descripción de las condiciones laborales es explicada a partir de variables de empleo, como remuneraciones, contratos laborales, jornadas laborales y seguridad social, indicadores que dan pautas para definir la precariedad o flexibilidad a la que están sujetos los trabajadores.

²³ Estos grupos están desagregados a tres dígitos y la selección responde a la identificación de tres ramas (1) Profesionales de las ciencias biológicas, la medicina y la salud; (2) Técnicos y profesionales de nivel medio de las ciencias biológicas y la salud; (3) trabajadores de los servicios personales y de los servicios de protección y seguridad.

En el sector salud, la tarea no es sencilla, debido a la compleja relación laboral que existe entre el trabajador y el empleador (público o privado), y es necesaria la utilización de encuestas especializadas que describan la relación contractual o las modalidades de remuneración. A modo de ejemplo, el Sindicato Médico de Uruguay describe varias modalidades de pago, como ser: pago de honorarios negociados entre el proveedor y el cliente, pago en base a una tabla de valores, pago por caso o diagnóstico, pago por capacitación, pago de salario por tiempo fijo, pago por salario mixto, pago variable en función del volumen y calidad de los procedimientos²⁴.

Como se notará, este tipo de elementos no pueden ser identificados en una encuesta de hogares. Es así que para describir la situación laboral de los recursos humanos en salud en Bolivia, se hará uso de variables como: remuneraciones, pluriactividad y subempleo.

a) Remuneraciones en el sector salud

Al constituirse en un mercado de mano de obra calificada, la diferenciación en las remuneraciones está determinada por factores como: el cargo que ocupa, la profesión que tiene, el sector en el que trabaja y el nivel de educación (superior, técnico o graduados).

En el periodo de análisis (1992-1999) se evidencia dos dinámicas en los ingresos de este sector: primero, en 1992 más de la mitad de las ocupaciones en el sector salud obtienen un salario mayor a la media de este periodo, a excepción de las enfermeras de nivel medio, nivel superior y los trabajadores de cuidados personales que tienen ingresos por debajo de este promedio; en los restantes tres años (1995-1997-1999) la situación es distinta, únicamente los médicos obtienen salarios mayores al promedio de cada año (ver anexo, cuadro N° 7).

Si observamos las remuneraciones reales en líneas de pobreza (LP)²⁵, notaremos que en 1992 los grupos de enfermeras de nivel medio, nivel superior y los trabajadores de cuidados personales tienen ingresos menores a la LP, situación que cambia en 1997, exhibiendo una mejora para los dos primeros grupos, en tanto que los trabajadores en cuidados personales mantienen ingresos menores a la LP. A diferencia de estos segmentos de población, los profesionales médicos perciben ingresos muy por encima de la LP, en 1997 la relación —remuneraciones vs. LP— alcanza a 2,93. (Ver Gráfico)

En 1999, únicamente los trabajadores de cuidados personales y afines mantienen un ingreso promedio menor al costo de la Canasta Normativa Alimentaria Real.

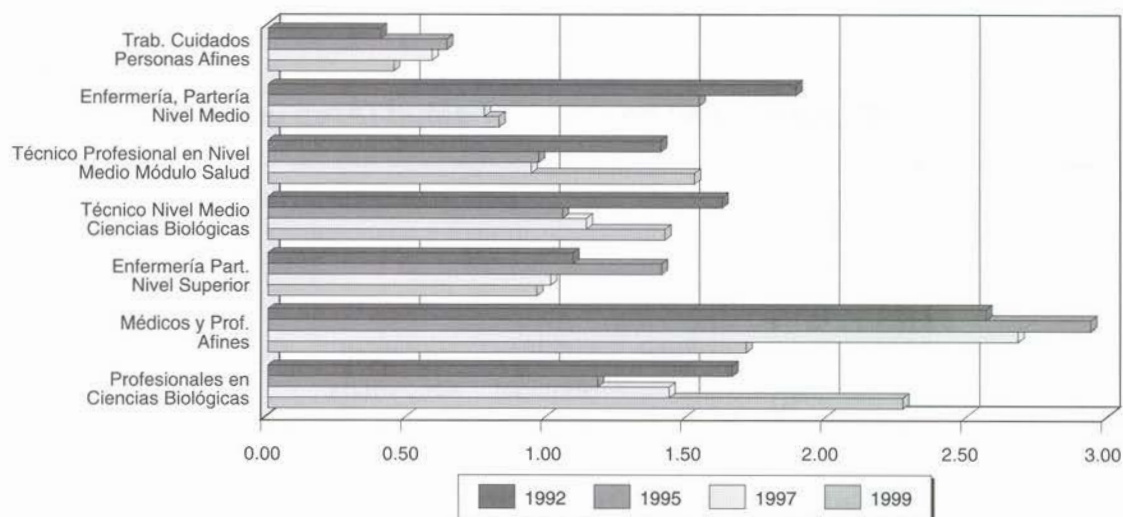
Si desagregamos la información por sexo, notaremos que el ingreso promedio de la población masculina es mayor al ingreso promedio de la población femenina. En el caso de los médicos especialistas la brecha de los ingresos promedio es muy notoria. En 1999, el varón percibe en promedio Bs. 1.066, diferente al ingreso de la población femenina, que asciende a Bs. 610. La desigualdad de ingresos por sexo se presenta aun cuando el nivel de instrucción es el mismo.

Ocupaciones de enfermería y de cuidados personales presentan remuneraciones bajas. Si consideramos que la población femenina participa en mayor número en estas actividades, tendremos que la precariedad laboral afecta más a mujeres que a varones.

²⁴ OPS. Relaciones Laborales en el Sector Salud. Observatorio de los Recursos Humanos de Salud en las Reformas Sectoriales.

²⁵ En función al Costo de la Canasta Normativa Alimentaria (CNA). En 1992 la CNA era de 411 Bs, en 1995 de 401 Bs, en 1997 de 390 Bs y en 1999 de 348, toda la información en Bs de 1990.

Gráfico N° 2
Remuneraciones en términos de línea de pobreza medida por el costo de la canasta normativa alimentaria



Si observamos los sectores del sistema de salud, público y privado, la información expone que en el periodo de análisis los trabajadores del sector estatal perciben ingresos mayores a los del sector privado. Si expresamos los ingresos de los trabajadores del sector privado en LP, se descubre la situación precaria de trabajadores en ocupaciones de enfermería, técnicos de salud y trabajadores de cuidados personales. En 1992 este grupo tiene ingresos por debajo del costo de la canasta normativa alimentaria, situación similar en los siguientes años (ver anexo, cuadro N° 7) con algunas excepciones que ligeramente sobrepasan la LP, pero que no puede considerarse como un logro o mejora en las condiciones de vida de esta población. De este contingente, la población femenina es la más afectada, ratificando nuevamente la vulnerabilidad de este grupo.

En ambos sectores, los médicos especialistas presentan niveles de remuneración mucho mejores que el resto de los recursos humanos en salud.

La información refleja los ingresos precarios, pero no así las distintas modalidades de remuneración dentro del sector, o la relación contractual del trabajador con el empleador, información que reforzaría o evidenciaría las condiciones precarias de los trabajadores en salud.

b) Pluriactividad en el sector salud

La pluriactividad en el sector salud es mucho más evidente que en cualquier otro sector, la duración menor de la jornada de trabajo, permite que los profesionales en salud puedan asumir una segunda actividad económica, y esta doble actividad responde a una insatisfacción laboral, explicada por los niveles de ingreso de la actividad principal o por la inestabilidad laboral que le ofrece el empleador al trabajador.

En el sector salud debemos diferenciar a dos grupos de población: El primero, al notar que los ingresos que recibe no son suficientes como para proporcionar a su familia los requerimientos mínimos de sobrevivencia, adopta un segundo trabajo para incrementar sus ingresos; es decir,

es la necesidad la que impulsa al trabajador a extender su horas de trabajo. El segundo grupo, que diferencia del anterior, percibe los ingresos suficientes como para subsanar todas las necesidades de su familia, siendo la segunda actividad la que le permite acumular o ahorrar, generalmente esta población está conformada por médicos especialistas.

Cuadro N° 7
Pluriactividad en el sector salud (Área urbana)

	PLURIACTIVIDAD					
	1992			1997		
	Total	Sólo actividad principal	Con actividad secundaria	Total	Sólo actividad principal	Con actividad secundaria
Total	100.0	83.1	16.9	100.0	86.5	13.5
Profesional ciencias Biológicas	100.0	94.6	5.4	100.0	100.0	0.0
Médicos y profesionales afines	100.0	74.3	25.7	100.0	75.4	24.6
Enfermería y partería de nivel superior	100.0	82.5	17.5	100.0	92.3	7.7
Técnicos de nivel medio en ciencias biológicas	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0
Técnicos profesionales de nivel medio de la medicina moderna y la salud	100.0	100.0	0.0	100.0	100.0	0.0
Enfermería y partería de nivel medio	100.0	98.8	1.2	100.0	82.3	17.7
Trabajadores de los cuidados personales y afines	100.0	79.4	20.6	100.0	91.5	8.5

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de hogares (INE).

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

En la sociedad contemporánea, el compromiso que tiene el trabajador en Salud con la sociedad, está siendo sometida por un interés económico, cuando el bienestar de la población es relegada por el interés económico, contradiciendo los principios de la medicina humana.

La información de la encuesta de hogares revela que en 1992, el 17% de los trabajadores en salud asumían dos actividades, situación que en 1997 es distinta, ya que la proporción que opta por una actividad secundaria se reduce a 13,5%. Este comportamiento es similar al nivel de ocupaciones en el sector, a excepción de las enfermeras de nivel medio.

En 1992, año en que las mujeres tienen una participación mayor en actividades secundarias, la población femenina exhibe un ingreso promedio de la actividad principal menor al costo de la canasta normativa alimentaria. Si observamos según ocupación específica, las enfermeras de nivel medio, las profesionales en ciencias biológicas y las trabajadoras en cuidados personales

están por debajo de la LP (ver anexo, cuadro N° 8)²⁶, lo que induce a la mujer a adoptar una segunda actividad económica para obtener el ingreso necesario y lograr un nivel de vida aceptable. Esta estrategia de vida tiene muchas implicaciones para la familia, pues significa un abandono del hogar como mecanismo para lograr la subsistencia de los miembros del hogar.

En el caso de los varones, su participación en actividades secundarias es menor respecto a la población femenina; pero a diferencia de esta población, el ingreso promedio de la actividad principal sobrepasa el costo de la canasta normativa alimentaria, a excepción de los trabajadores en cuidados personales (ver anexo, cuadro N° 8).

Pero ¿cuáles son estas actividades secundarias? La información de la encuesta de hogares muestra que del contingente de trabajadores con una segunda actividad, el 67% realiza las mismas actividades que en su actividad principal, en tanto que el 24% se dedica a actividades de docencia y el restante 9% tiene actividades no relacionadas con su profesión —de esta población el 9% son artesanos, el 14% trabajan en la construcción y el 78% son comerciantes, de este último grupo el 100% son mujeres que tienen un puesto de mercado, quiosco o puestos fijos y móviles— (ver anexo, cuadro N° 9).

En 1997 la situación es distinta, tanto hombres y mujeres exhiben un ingreso promedio, de la actividad principal, mayor al costo de la CNA, pero por ocupación específica, aun las trabajadoras de cuidados personales y los técnicos profesionales de nivel medio mantienen ingresos menores a la LP. La proporción de mujeres con una segunda actividad económica se reduce, pero se mantiene la desigualdad entre ambos sexos, ya que el hombre percibe mejores ingresos.

A diferencia del anterior año, existe un cambio en el tipo de actividad secundaria, asumida por los trabajadores en salud, reduciéndose la proporción de trabajadores en ocupaciones de docencia y se incrementa la población en trabajos que no hacen al área de salud —este contingente se incrementa a 20%, del cual el 30% son gerentes de pequeñas empresas, el 16% son oficiales y operarios del procesamiento de alimentos y afines, el 18% trabaja en la confección y textiles y el 36% es personal doméstico y afines (limpiadores, lavaderos y planchadores)— (ver anexo, cuadro N° 9).

c) Subempleo en el sector salud

El término subempleo se utiliza para indicar el empleo inadecuado y este indicador tiene dos componentes: el subempleo visible e invisible. (...) El primero se presenta cuando una persona trabaja menos tiempo del que voluntariamente desearía, y el segundo, cuando existen deficiencias cualitativas del empleo como son el bajo nivel de los ingresos laborales, la inadecuación de las tareas a las capacidades del trabajador, y la baja productividad de la mano de obra²⁷. En Bolivia no es posible operativizar ambas dimensiones, debido a la insuficiente información.

Por lo anterior, algunos autores han optado por definir el subempleo a partir de la comparación entre el ingreso horario observado y el normativo (es el ingreso que un trabajador debería percibir por una hora de trabajo, de tal manera que en toda la jornada llegue a percibir un monto de dinero suficiente como para alimentar adecuadamente a su familia)²⁸.

²⁶ Ver anexo, la información presentada en el cuadro considera únicamente a la población que afirmó tener una segunda actividad laboral y declaró ingresos.

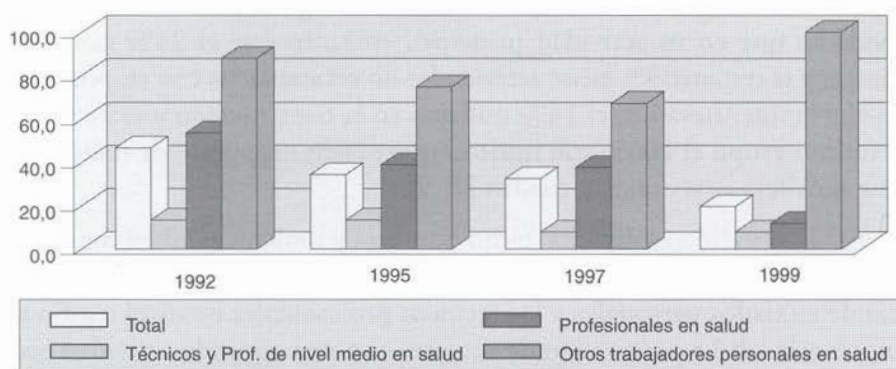
²⁷ Arze, Carlos. et al. Empleo y Salarios: el círculo de la pobreza. Cedla. La Paz. 1994.

²⁸ Para mayor detalle de la metodología ver Arze, Carlos. et al. Ibid.

A partir de este marco conceptual, en el sector Salud se evidencia, en cifras generales, que el contingente de trabajadores subempleados desde 1992 paulatinamente ha disminuido, alcanzando en 1999 una tasa de subempleo de 19%, a diferencia del 48% en 1992 (ver anexo, cuadro N° 10).

Esta tendencia es similar si consideramos el tipo de ocupación, a excepción de los trabajadores en cuidados personales, que en 1997 presentan una tasa de subempleo de 68% menor a la de 1992, pero que asciende a 100% en 1999.

Gráfico N° 3
Evolución del subempleo en el sector salud, según ocupación



Si disgregamos el subempleo por sexo, del total de población subempleada, en 1992, el 88% son mujeres, situación que se agrava presentando en 1999 la tasa de 93%. Estas cifras no hacen más que confirmar la situación precaria de trabajo de las mujeres frente a las condiciones de trabajo de los varones.

C. A modo de conclusión

1. La descentralización de los servicios de salud refleja la intención de reducir las competencias del Estado dentro de este sector, profundizando la llamada reforma o modernización del Estado, que en un primer momento fue la transferencia del sector productivo al sector privado, y hoy en día es el alejamiento paulatino del Estado en la prestación de servicios en salud.
2. Las reformas dentro del sector responden a la lógica del modelo, siendo las leyes de Descentralización Administrativa y Participación Popular los ejes de partida, beneficiando únicamente al gobierno central, pues la transferencia de nuevas competencias al nivel municipal está acompañada de nuevos costos y gastos que deben asumir todos los municipios, competencias difíciles de asumir por los más pobres.

Con la transferencia de gastos, el Ministerio debería disponer de mayores recursos para el pago de nuevos ítems en salud, pero la información muestra que las tasas de crecimiento anual de empleo en el sector público tienden a reducirse.

Por otro lado, la descentralización otorga a los municipios la responsabilidad de crear infraestructura en salud, aspecto que es muy difícil de asumir para muchos municipios. Por tanto, aun cuando el gobierno disponga de trabajadores en salud, éstos no podrán insertarse en los municipios por la ausencia de infraestructura. Esta situación a largo plazo será muy notoria.

3. Si bien la información que se utiliza presenta una imagen preliminar del sector y da pautas de algunos comportamientos, también oculta diferentes modalidades de remuneración y de negociación contractual que puede diferir de sector a sector, modalidades que perjudican a una mayor proporción de trabajadores y benefician a pocos. Es importante que exista una reflexión al interior de los sindicatos del sector, para que estos asuman la tarea de conformar bases de datos que evidencien las condiciones de trabajo de los recursos humanos en salud. Esto permitirá dotar de argumentos a los trabajadores para que en un futuro puedan interpelar las políticas públicas en salud. Mientras esta situación no cambie, los distintos sindicatos se registrarán por supuestos que en su momento no serán validados en la discusión del sector con el gobierno.
4. Gran parte de la bibliografía sobre reformas y análisis del sector salud, presentan al sector público como el principal empleador. La información procesada muestra una situación distinta y explicada a partir de las omisiones de cada fuente de información. Las encuestas de hogares no cubren el área rural, mermando el número de trabajadores en el sector público; el tamaño del sector privado se explica por el número de trabajadores no asalariados (profesionales independientes, cuenta propias, etc.), causando que el sector privado figure como el principal empleador.
5. El empleo en el sector privado, entre 1995 y 1997, creció mucho más que en el sector público, pero en condiciones laborales precarias, presentando ingresos bajos respecto al sector público.
6. Es un sector intensivo en mano de obra calificada, lo que determina que el gasto en servicios personales en el sector salud sea elevado, por tanto, la tendencia a la mejora en la calidad del servicio significará un incremento en el gasto. La intención de profundizar la descentralización en los últimos años, significará que estos gastos sean asumidos por los municipios.
7. De la población ocupada en el sector salud se evidencia una mayor participación de la población femenina. En el periodo de análisis (1992-1999) se exhibe, en promedio, una intervención no menor al 64%. En 1992, el 60% eran mujeres, proporción que aumenta a 70% en 1999. Ocupaciones como enfermería, auxiliares de enfermería, docencia, laboratoristas, fisioterapeutas y cuidados personales, son las principales actividades que realizan las mujeres en el sector.

Lo que parece ser una excelente opción para las mujeres profesionales, es en realidad un trabajo precario, que se evidencia por los reducidos ingresos percibidos por gran parte de esta población, y si consideramos aspectos de seguridad laboral reafirman las condiciones precarias de trabajo.

8. La actividad informal es considerada una opción o estrategia de vida de la población desocupada, en el sector salud existe un contingente de población (enfermeras con o sin diploma y las llamadas matronas no asalariadas) que desempeña actividades que no están reguladas y en las que las mujeres participan en mayor número.

ANÁLISIS DE LAS ORIENTACIONES DEL ANTEPROYECTO DE LEY DE SEGURO UNIVERSAL Y SUS IMPLICACIONES. VISIÓN DESDE LOS PROFESIONALES DE SALUD

Dra. Nila Heredia MD

Dr. Oscar Lanza V. MD, MPH

Dr. Jorge Ríos Aramayo MD, MPH

Introducción

El Colegio Médico, consciente de su misión, considera un deber ineludible participar activamente en representar a la población, para establecer debates constructivos y periódicos con todos los actores del proceso de gestión en salud y la sociedad, con el objeto de aportar con el debate democrático desde la sociedad hacia los organismos estatales para la elaboración de políticas de salud.

Asimismo, se declara contestataria a cualquier política de cualquier gobierno o autoridad que atente contra la salud y contra los intereses de la población y el país.

Con este espíritu, el Colegio Médico Departamental La Paz ha realizado un análisis de las orientaciones del anteproyecto de Ley de Seguro Universal de Salud y sus implicaciones sobre la dramática situación de salud por la que atraviesa el país.

En este contexto, los profesionales médicos tienen el objetivo de contribuir a la elaboración de Políticas de Estado, que den marco para la reforma de la salud. Nuestra institución y el cuerpo médico manifiesta la necesidad de mantener una posición ético-técnica, en la orientación de políticas y/o cursos de acción en salud, que a diferencia de otros sectores es la más sensible en el área social

Fundamentación

Es reconocido, a nivel general, que la situación de la salud en el país no es más que la manifestación de la crisis que, en todos los sectores, ha determinado el modelo político, social y económico vigente.

En nuestro país, la adopción de medidas de ajuste estructural, la promulgación de leyes como la de Descentralización Administrativa y Participación Popular, entre otras, además de la poca experiencia, capacidad y decisión política de los niveles de autoridad correspondientes, son factores que han determinado que el sector salud no se hubiera adecuado a las mismas. Para ejemplificar, no existen reglas claras en el manejo de la salud en las prefecturas y municipios.

Por otra parte, las diferentes instancias a través de las cuales se han realizado consultas sobre la salud a la sociedad civil, como lo sucedido en las Mesas de Diálogo y el Foro Jubileo 2000, no son coincidentes entre sí, excepto en que identifican la necesidad de fortalecer la descentralización y municipalización y que de ratificarse esta última propuesta, el sector se verá atomizado.

Se identifica, por otra parte, que las intervenciones que se están desarrollando en el sector no son coincidentes con el diagnóstico de la salud, tanto en el área de gestión administrativa como en la del perfil epidemiológico, lo que permite calificarlas como poco serias y de escasa profundidad, porque al basarse en leyes caducas y no responder a las leyes de Descentralización y Participación Popular no identifican un marco legal de la reforma de salud. Por otro lado, se constituyen en reformas administrativas superficiales que se emparejan con fórmulas aplicadas en otros contextos, muchas veces con poco éxito, si estas reformas se las analizan en el marco del derecho universal de salud.

También es nuestro deber reconocer que durante esta última etapa se han elaborado y aplicado programas cuyo impacto es y será relevante, en la medida que se perfeccione y garantice la accesibilidad de toda la población a los servicios de salud, particularmente de aquella que nunca ha accedido y que en la actualidad tampoco puede hacerlo, debido a la estructura, metodología y el esquematismo de una aplicación determinada por las autoridades que tienen a su cargo estos programas.

El marco legal de nuestro país obliga a pensar, por una parte, en el derecho constitucional a la salud que tienen todos los estantes y habitantes, y en la obligación del cuidado de su salud, además de su participación en las decisiones que se den en el sector y que puedan afectarles.

Diagnóstico

1. Perfil epidemiológico

Las enfermedades de la pobreza y prevalentes que registra el país están ligadas a las enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, neumonías, desnutrición, problemas infecto contagiosos (incluyendo el flagelo de la Tuberculosis, Malaria, Chagas, Fiebre Amarilla, Leishmaniasis, etc.), la salud reproductiva y los problemas relacionados con el embarazo, parto, puerperio, los accidentes, los traumatismos y otras, difíciles de erradicar por ser consecuencia de acciones u omisiones intersectoriales que tienen que ver con el contexto, es decir, el acceso a facilidades básicas como el agua segura, saneamiento básico, educación, alimentos seguros e inocuos, vivienda y otros. Su déficit o ausencia determina el 85% de las patologías citadas.

La inaccesibilidad de la población pobre a servicios de salud y su gran marginalidad son factores determinantes para que las enfermedades emergentes y reemergentes como la Tuberculosis, Malaria, Chagas, Leishmaniasis, Cólera y otras, constaten el estancamiento en los procesos de los sistemas de salud en el país.

2. Desempeño pobre de las políticas públicas

Las propuestas de las diferentes gestiones de gobierno se han caracterizado por borrar, acriticamente, los logros de gobiernos anteriores y lanzar otros planes con apariencia de nuevos, produciendo un sistema de salud vulnerable, periódicamente modificado, que degenera en un permanente caos institucional, repercutiendo en la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Atención Primaria Integral de Salud (APS) es el único programa que se mantiene hace 25 años, por su carácter internacionalmente sancionado.

Al pobre desempeño de los gobiernos de turno se suma el reducido aporte de los municipios y su incumplimiento a los pagos y atención profesional junto a la infraestructura de salud que le han sido asignados.

Por el contrario, se descentralizan responsabilidades en el manejo administrativo de la salud al municipio y otras instituciones, produciendo contradicciones. Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud busca centralizar actividades que corresponden a niveles supraministeriales o departamentales, como la organización de defensorías de salud, que deberían ser delegadas a la sociedad civil —porque el Ministerio no puede ni debe, éticamente, actuar como juez y parte— autoridades médicas, constantes reformas del modelo sanitario y otros programas con gran volumen de presupuestos (generalmente proveniente de endeudamiento externo irresponsable, que luego deja a los bolivianos sumidos en una mayor pobreza, sin beneficio verificable). Este manejo debería recaer en otras gestiones, niveles y sectores o en un conglomerado de ellos, con plena participación de la sociedad civil, para asegurar credibilidad, transparencia, apertura y responsabilidad social.

De los actores y factores influyentes en la actual situación de salud

La reducida labor de los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) en el potenciamiento de las redes de salud, no ha logrado, hasta ahora, el buscado alto desempeño con logística y eficiencia mínimamente aceptable, o una gestión intachable de recursos humanos, de las compensaciones y la indudable necesidad de la articulación con las instituciones de la seguridad social, ONG's, Iglesia y servicios privados. Persiste una diversidad de sistemas de salud, con lo cual no sólo continúa la anarquía evitándose el funcionamiento extendido y de calidad aceptable de los servicios e intervenciones de salud.

Los hospitales e institutos estatales se debaten entre mantener niveles de acceso solidario a la población que recurre con gran dificultad y restricciones a esos predios, y ejecutar la política de la mal llamada “Gestión Autónoma de Hospitales” (GAH), que más parece orientada a fortalecer criterios de privatización dentro del propio espacio público. El GAH estimula y obliga a incrementar los ingresos económicos para garantizar el funcionamiento de esas instituciones, transformando, así, la salud de un bien social en una mercancía, sujeta a la libre oferta y demanda.

El pobre desempeño de los distritos, con honrosas y saludables excepciones, se circunscribe a la vacunación, carnetización y otros programas básicos, que pese a la motivación y compromiso de trabajadores y profesionales en salud, resultan insuficientes para garantizar sus funciones y atribuciones, en busca de un real impacto.

Estas son algunas consecuencias de las “crónicas” reformas de salud, a cargo de reformistas bien conocidos por su cronicidad y el respaldo de organismos internacionales, a los que sirven incondicionalmente, aún en contra de los intereses de la salud de su propio pueblo.

Los establecimientos de salud tampoco logran satisfacer las necesidades de los usuarios, debido a una inadecuada administración, confiada a buenos politiqueros y deficientes técnicos, lo que genera inseguridad laboral, insuficiente compromiso por desmotivación, falta de trabajo

en equipo, poco o ningún respeto de parte de la comunidad, inadecuada coordinación con la comunidad y la ineludible captación de recursos humanos acordes a los valores, tradiciones y cultura del país, generando una mayor exclusión social. El 70% de los pobres no pueden acceder al auxilio sanitario, sólo por el hecho de ser pobres. A esta situación la denominamos país “democrático” con grandes contingentes de excluidos.

Caja Nacional de Salud

Por la magnitud de los fondos que maneja, la Caja Nacional de Salud se ha convertido en un botín político, en el uso del poder para incrementar la burocracia y un centro de corrupción determinado por el manejo político partidario, lo que genera ineficiencia administrativa y pobres coberturas.

Sus actividades se centran en lo asistencial, no existen programas de proyección a la comunidad, no se respetan los derechos de los pacientes y a veces, incluso, se atenta contra su dignidad como usuarios y seres humanos. Sus programas de prevención y promoción son pobres, limitados a los espacios asistenciales.

Aunque tienen delineada su misión, en los hechos no se cumple porque sus actividades se realizan casi exclusivamente en el orden asistencial. La voluntad, empeño de sus profesionales y trabajadores para hacer de ella una verdadera institución de servicio, se ve minada por la tremenda ingerencia político partidaria, ejercida sin derecho alguno, porque son los trabajadores y empresarios quienes sostienen con sus contribuciones esta entidad.

Otras cajas de seguros de salud

Por el reducido número de sus afiliados y la dependencia de instituciones estatales y semiestatales, también han sido utilizadas, abusivamente y sin derecho alguno, como espacios de poder del partido de turno. Han sido más permeables al sistema privatizador y han entrado en una suerte de competencia formal entre ellas. Aún así, se caracterizan por su ineficiencia.

En estas cajas de seguros de salud, el trato con los profesionales médicos es cada vez más discriminatorio, violatorio de los derechos laborales y de las normas del Colegio Médico, reconocidas por las leyes del Estado.

INASES

Desde su formación, el Instituto Nacional de Seguridad Social (INASES) es un organismo cuyas funciones son poco visibles, a pesar de su rol técnico y fiscalizador, no ha logrado interponer ningún mecanismo de control en el funcionamiento de ninguna de las cajas de seguridad. Su papel, en el último tiempo, ha sido el de promover la privatización del seguro social de corto plazo. La participación social y comunitaria en sus decisiones es nula. En su directorio no cuenta con ningún representante de usuarios o de la sociedad civil, que represente el criterio de pacientes y consumidores de servicios.

Pese a que la Ley de Participación Popular confiere un espacio a la participación comunitaria en las decisiones municipales, en los hechos la comunidad es la ausente de siempre, consultada sólo para avalar o cubrir los gastos y despilfarros, antes que para asumir decisiones en el ámbi-

to de la salud. Ni las instituciones prestadoras ni los profesionales en salud han asumido como tarea básica incorporar la formación de líderes informados para la defensa de la salud.

Iglesia

La Iglesia, después de la red estatal, es una de las instituciones con mayor experiencia en la atención de servicios de salud. Su experiencia más importante se caracteriza, durante siglos, por el carácter solidario y de beneficencia social.

Ha ido modificando su método de trabajo en los últimos 20 años, a través de acuerdos estatales, ha procedido a hacerse cargo de grandes áreas poblacionales y adoptado cambios tan importantes, al punto de haberse convertido en uno de los pilares más visibles de la privatización de los servicios de salud.

Contratación de servicios, acceso a la salud y al socorro sanitario

Por selectividad en la atención de salud, debido al interés principal en la recuperación de costos de funcionamiento, los pobladores con bajos recursos económicos son enviados a los servicios de salud públicos y de esta manera la población, que en su momento supuso que habría de ser beneficiada con la construcción de servicios de salud de segundo nivel, se siente desposeída porque en la práctica esas instituciones ya no le pertenecen. De esta manera, se ha establecido una forma altamente preocupante de exclusión social, máxime si estas instituciones se encuentran asentadas en zonas habitadas por pobladores de bajos recursos económicos.

Asimismo, las formas de contrato laboral son altamente negativas para los profesionales, se utilizan los contratos a riesgo compartido o con cargas horarias excesivas y pobres remuneraciones, haciendo rentables a las mencionadas instituciones, en desmedro de la estabilidad laboral, de los beneficios sociales y al salario mínimo establecido por el Estado.

Organismos No Gubernamentales

Ninguno o muy pocos Organismos No Gubernamentales se han incorporado al Seguro Básico de Salud y son instancias que de hecho han privatizado la salud. Debido al financiamiento dependiente de organismos internacionales, sus actividades en salud obedecen, por lo general, a intereses o disposiciones de éstas antes que a las necesidades nacionales y es así que los programas condicionados para este último período son los relacionados con la planificación familiar.

Las acciones de la Universidad son escasamente visibles, porque a pesar del Convenio de Integración Docente Asistencial e Investigación no logran, hasta ahora, estructurar programas que evidencien preocupación por contribuir a resolver los problemas gravitantes de salud, más allá de acciones circunstanciales. En las más circunscritas a los predios hospitalarios no se encuentran programas de corto o mediano aliento. Y por otro lado, la flexibilidad de las universidades, al permitir que sus jóvenes egresados presten servicios en las zonas rurales percibiendo salarios insuficientes e indignos, no sólo preocupa, sino resulta francamente humillante ante la apatía de autoridades.

Las políticas de salud en Bolivia

Todos coincidimos en que las políticas de salud en Bolivia han carecido de continuidad y de coherencia. Se han adoptado políticas gubernamentales de salud, pero no se ha hecho de la salud una política de Estado.

Las políticas de salud en Bolivia deberían tener como principal objetivo, garantizar a toda la población, sin excepción alguna, servicios integrales de salud, mediante la normatización y operativización de un Sistema Nacional Único de Salud (SNS) integrado y descentralizado, que garantice un real desarrollo humano.

Para ello, debería definirse un modelo sanitario serio y de largo plazo, dejando de lado las improvisaciones peligrosas en cada gestión gubernamental. Hasta ahora, estos proyectos gubernamentales, siempre inconclusos, han sido permanentemente propuestos por los conocidos “reformistas crónicos”, con inversiones repetidamente dispendiosas, cuantiosas costeadas (a través de préstamos internacionales y luego pagadas por los contribuyentes).

Las características del modelo sanitario deberían ser —a criterio del Colegio Médico Departamental de La Paz— la universalidad, la solidaridad, la equidad, su continuidad, integralidad, calidad aceptable, sostenibilidad y su visión humanista. Los diferentes modelos planteados han reconocido a la Atención Primaria Integral de Salud, como la filosofía, la estrategia y contenido fundamental de los diferentes modelos, pero hasta ahora, a más de reconocer estos enunciados, poco se ha hecho para que sean efectivos para el 70% de los pobres de este país.

Consecuencia de ello es la improvisación, políticas y estrategias no siempre racionales y sin adecuado fundamento científico, adoptadas por profesionales que habiéndose formado en otras áreas de la medicina —diferentes a planificación— aparecen planificando la salud, vida y muerte de los bolivianos. Si se busca una reforma trascendente con impacto social, debería tomarse en cuenta el conocimiento y la experiencia científico-técnica de los posibles reformistas, y contar con un verdadero compromiso y convencimiento de una línea de pensamiento y sobre todo de vocación de servicio público.

Es claro que de esta forma improvisada no se puede pretender revertir nuestra penosa situación sanitaria.

Es obvia la necesidad de una reforma, pero en base a criterios definidos, como los ya antes mencionados, buscando responder a las necesidades reales y sentidas de la comunidad. Es necesario replantear y reformular el enfoque exclusivamente escolástico, curativo, reparador, asistencialista, hospitalo-centrista de la salud, con énfasis en la curación, en la limitación del daño y en la rehabilitación, en desmedro de las actividades de promoción y prevención de la salud, como propone la Atención Primaria Integral de Salud, ahora tan venida a menos, en estos tiempos de evangelización del mercado, de la libre oferta y demanda.

Las políticas de salud de las administraciones gubernamentales recientes, además de improvisadas, resultan discriminatorias. Estas políticas aparecen destinadas a reforzar las inequidades existentes, marginando a los pobres de acceder al auxilio sanitario y a prestaciones y medicamentos básicos esenciales. Tratan de culpabilizar a los ciudadanos usuarios, consumidores y pacientes, por la ineficiencia, improvisación, insuficiencia y falencia del sistema sanitario y proponen que ahora los ciudadanos asuman responsabilidad por la irresponsabilidad pasada de algunos políticos.

Las medidas de ajuste estructural, en busca de eficiencia para lograr un mayor “desarrollo”, muestran que la economía pública al presente, carece de controles eficientes, no sólo en el

campo financiero, sino también en la selección de recursos humanos competentes. Las políticas sólo parecen haber resultado eficientes para cumplir con obligaciones de la deuda externa y las exigencias de despilfarro y corrupción de los políticos de turno.

Se obliga directa o indirectamente, bajo el modelo económico imperante, a que un porcentaje mayoritario de la población trabajadora se encuentre, en nombre del ajuste y de la búsqueda de eficiencia, en condiciones de desesperante inestabilidad, y eventualidad y que no cuente con ningún tipo de protección sanitaria de calidad aceptable.

Paradójicamente, la influencia ejercida por la “ayuda” de la cooperación internacional, en algunos casos y ciertamente con excepciones destacables, parecen favorecer no la promoción y prevención de la salud, sino las inversiones en estructuras sobredimensionadas, grandes hospitales y adquisiciones de tecnología y materiales, que crean dependencia de ellos y les garantizan futuro mercado, con lo que la deuda externa y la dependencia, no sólo económica sino tecnológica, sigue aumentando. Un penoso ejemplo de ello resulta ser el Hospital Materno Infantil Boliviano Japonés, recientemente inaugurado. Así también se ejerce la “ayuda contra el desarrollo”. Todo ello acontece con menoscabo de la salud pública, de la atención primaria de Salud y de la medicina preventiva, que parecen haberlas convertido en francas utopías.

Las soluciones de contexto e integrales, probadamente útiles, tendientes a elevar la calidad de vida, como el acceso a educación, agua segura y potable, nutrición apropiada, saneamiento básico, siguen siendo sostenidamente relegadas.

El Colegio Médico Departamental La Paz y las propuestas de reforma: Ley del Seguro Universal en Salud

Frente a esta situación, la reforma de salud es crucial, pero debe llevarse adelante, buscando que la salud sea asumida como política de Estado, anteponiendo los intereses de la salud pública sobre los intereses comerciales. Debe buscarse el consenso con los diferentes sectores y actores involucrados, encargarse a profesionales y gente de reconocida solvencia, trayectoria, competencia, real experiencia operativa y no a aquellos reformistas crónicos.

La reforma y el nuevo modelo sanitario deberían estar orientados a acercarnos más hacia el derecho de acceso a la salud, a oponer resistencia a que nuestra profesión y la medicina misma sean degradadas de un bien social a la escala de simple “mercancía”, sujeta a libre oferta y demanda. Deberíamos volcar esfuerzos para “desmedicalizar” la sociedad para humanizar la medicina, dar énfasis a la promoción y prevención de la salud, antes que a suscribirnos —incondicionalmente— a propuestas neoliberales, frías, practicistas, que, basadas en el individualismo, dicen buscar eficiencia y rentabilidad del sistema de salud, reduciendo el problema sanitario, al ámbito de la asistencia curativa por venta de servicios y que proponen recortar presupuestos sanitarios por considerarlos poco rentables. La corriente imperante, entre los actuales reformistas, parece tender a que el individuo asuma mayor responsabilidad por su salud, bajo la consigna de “no conviene pagar entre todos la falta de cuidados e imprevisión de los irresponsables pobres”.

Resulta poco realista pensar que en un país donde el 70% de la población es considerada pobre, donde se exige a los usuarios que paguen y contribuyan más por los servicios “consumidos”, un modelo sanitario “competitivo” basado en la privatización de los servicios de salud, pueda garantizar más y mejores coberturas y prestaciones. El modelo propuesto agrandaría las diferencias e inequidades en el acceso sanitario, haciendo que las prestaciones sean de acceso

sólo para aquellos que puedan costearlas. El modelo propuesto nos llevaría a tiempos de la Pre-revolución Francesa, cuando la educación y la salud eran privilegio de los nobles aristócratas, ahora reemplazados por la burguesía político partidaria.

Se trata de sepultar al “Estado de Bienestar”, al que se contribuye con impuestos para garantizar un mínimo bienestar de todos los ciudadanos y un acceso básico por lo menos a la educación y la salud. Llama la atención que la propuesta de Ley del Seguro Universal Social en Salud, deje de lado por completo el denominativo de “Social”. Se trata, por tanto, de mirar el tejido social, la solidaridad, de enterrar la actividad y las propuestas de los sindicatos de contar con un seguro universal social en salud, reforzando la seguridad social y haciéndola única y no desmantelándola. Parece tratarse de frenar las aspiraciones populares, mientras se asegura que el marco ideológico liberal garantice una mejor salud y el funcionamiento del sistema, si se abandona la solidaridad y se instaura el individualismo, transfiriendo las responsabilidades, ahora sociales, a manos privadas. Así, ojalá las nuevas reformas planteadas no se repitan en tristes signos inequívocos de nuestra dolorosa dependencia.

Propuesta del Colegio Médico Departamental La Paz

El Colegio Médico Departamental de La Paz, comprometido con la salud del pueblo, considera que cualquier reforma del sector, por su complejidad, debe ser analizada con la máxima profundidad y detalles posibles, dada la crónica falencia de una política de salud coherente y continua en el tiempo y que responda a la necesidades y expectativas de la población boliviana, bajo el principio del derecho a la salud, de la equidad y la justicia social.

Asimismo, la derivación de los procesos y planes estratégicos a manos privadas, no parece ser el mejor camino, si consideramos el Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial (1993), en el que se afirma que un enfoque puramente mercantil de la producción y distribución de la atención de salud sería a la vez discriminatorio e ineficaz.

Continua entonces la pregunta de si las experiencias reformadoras deben ser iguales para países ricos y para países pobres, pudiendo responder que lo más prudente es adoptar una posición de concertación con una filosofía de trabajo conjunto, a través de la participación de un componente social, y evitando la imposición que aparece como un desafío y un desaire al diálogo, mencionado muchas veces y escamoteado frecuentemente.

Análisis crítico

Entre la última dictadura militar y el inicio de la etapa democrática, se ha producido al menos siete documentos, planes y estrategias de salud. Son propuestas generales que consideran, en casi todos los casos, extensión de la cobertura, descentralización de los servicios, regionalización, eficiencia administrativa, desarrollo institucional y participación de la comunidad en mayor o menor intensidad, dependiendo de las características de la gestión.

Sin embargo, durante estos últimos veinte años, los mayores cambios en el sector han sido producto de modificaciones estructurales o legales de sectores, a los cuales salud ha debido acomodar su estructura y funcionamiento a un marco jurídico en vigencia que responde a las pautas y exigencias de los agentes internacionales de control financiero.

Retrospectivamente, ninguna de las políticas de salud han sido desarrolladas en su totalidad y lo que es más preocupante ninguna de ellas ha tenido mayor duración que su propia gestión. Al margen de la mala administración, uso y abuso de costosos estudios de consultoría, realizados en diferentes gestiones, cuyos reportes fueron reiteradamente desconocidos por las nuevas administraciones sin importar su línea política.

Lo cierto es que a la fecha y después de tantos años de continua “modernización” del Estado, podemos señalar que la salud, siendo el sector más importante del área social, ha quedado totalmente rezagada con consecuencias irreversibles para el desarrollo y bienestar del pueblo boliviano.

Además de lo dicho, cabe resaltar la extremada politización que vive el país, demostrada por las designaciones forzadas de ejecutivos que no cumplen con requisitos técnicos necesarios para llevar adelante la gestión y que carecen de liderazgo suficiente para ubicar la problemática de salud en el primer lugar dentro de las prioridades nacionales.

No nos extraña, entonces, que hoy en día la presente administración haga grandes descubrimientos y caracterice el actual sistema como carente de personal calificado, de gestión irracional, falta de recursos económicos, especialmente para el primer nivel, falta de coordinación de los diversos prestadores de servicios, falta de calidad y calidez de las prestaciones, accesibilidad geográfica, económica y cultural limitada, deficiencias en la carrera sanitaria, bajos salarios y pocos incentivos, uso inadecuado de los recursos de la cooperación internacional y corrupción. Son características con las cuales no se puede menos que concordar y suscribirse a la necesidad urgente de una propuesta concertada que pueda responder, en la mayor medida posible, a cada uno de los problemas mencionados, llamando la atención que el Plan Estratégico de Salud no haya podido aplicar principios que repiten enunciados, objetivos y principios similares a otros elaborados por sus predecesores, con nueva jerga terminológica.

Lo rescatable es la necesidad de elaborar la Ley de Reforma de la Salud, pero ésta debería ser no sólo conocida y analizada por los sujetos que trabajan en salud, si no por la sociedad civil, por la población misma, a través de todo tipo de acciones. De ninguna manera quisiéramos que suceda lo que en varias ocasiones ha ocurrido en el país, vale decir las aprobaciones por tiempo y materia en una sesión de medianoche, de espaldas a la población y a los sectores que técnicamente son competentes.

Ante este panorama, el Colegio Médico Departamental de La Paz acepta estudiar estas propuestas de reforma, alerta sobre señales inquietantes de corrupción y/o negligencia (vacunas, expiración de fármacos contra la Tuberculosis, poca transparencia en la conducción de la Caja Nacional de Salud con adquisición de medicamentos sin adecuados controles de calidad, adquisición de vehículos, servicios de informática con sobrepagos, etc.); además de la designación político-partidaria de ejecutivos de instituciones y responsables de programas, improvisación y arrogancia de autoridades de salud, aspectos que constatan que así no se defiende la salud y menos se adquiere solvencia para actividades evaluadoras y fiscalizadoras. Si bien la propuesta es aceptada para su estudio también genera amplias desconfianzas, por los hechos antes señalados, que restan valor a su posible genuina intención.

Por tanto, nuestro Colegio, hace los siguiente comentarios propositivos:

- Concordamos con la necesidad de elaborar una Ley de Reforma de la Salud, cuyo carácter central sea SOCIAL y se constituya en una garantía de continuidad gestinaria y de importancia tal, que exija la participación de todos los actores involucrados y se nutra con un obligatorio debate y consenso nacionales.

- A fin de garantizar a toda la población servicios integrales de salud, se propone el establecimiento de un Sistema Nacional Único Integrado de Salud (SINAUNIS), adoptando un modelo sanitario coherente con la realidad nacional, cuyos principios sean: universalidad, solidaridad, integralidad, participación y control social, equidad, continuidad, calidad, calidez, sostenibilidad, permanencia y que reconozca a la Atención Primaria Integral de Salud como filosofía y principal estrategia.
- Asimismo, es imprescindible comprometer a todos los sectores sociales para que asuman un papel protagónico en la lucha por el DERECHO A LA SALUD y con el objetivo central de lograr que el tema de la salud sea incorporado en la agenda principal de discusiones y negociaciones de todos los poderes del Estado.

ANÁLISIS DEL PROYECTO DE LEY DE SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

Julio García C.

CONFEDERACIÓN NACIONAL DE JUBILADOS Y RENTISTAS DE BOLIVIA

1. Introducción

La revolución científica-tecnológica, la globalización capitalista, la mundialización de la política y la marginalidad social, han modificado las condiciones de la estructura, política y social, de los países subdesarrollados. Hay una total sumisión de los gobiernos ante la dominación capitalista, al extremo de haber facilitado el despojo de los bienes patrimoniales del Estado en favor de los grandes consorcios imperialistas.

1.1. Un país atrasado

Bolivia es un país capitalista atrasado y dependiente, de economía combinada. Es capitalista porque forma parte de la economía mundial capitalista. Su pronunciado atraso se debe al escaso desarrollo industrial y tecnológico, lo que determina que su situación financiera-económica sea deficitaria, desde muchas décadas atrás. En razón de ello, para equilibrar su balanza de pagos recurre a créditos comerciales, concesionales y ayudas, lo que induce a una mayor dependencia, al extremo de perder su soberanía y verse condenada irremediablemente a cumplir “al pie de la letra” los dictados de los poderosos organismos financieros internacionales.

1.2. Bolivia y la crisis

Bolivia soporta una de las mayores crisis de su historia, debido a la mala administración de los gobiernos neoliberales, los que han facilitado el despojo de las empresas estratégicas más rentables del Estado y que fueron los pilares de sustentación económica del país. De ellas, ahora el Estado solamente recibe impuestos que no alcanzan para solventar ninguna obligación de magnitud. Por todo ello, al acudir a los créditos externos, los gobiernos se ven forzados a cumplir reformas administrativas, tareas innobles que sólo benefician a los poderosos del norte, en desmedro de las grandes mayorías poblacionales que se debaten en el hambre y la miseria, emergente de la inmensa masa de desocupados y el crecimiento de la corrupción.

1.3. Servicios de salud

Una de las principales obligaciones del Estado es el mantenimiento de los servicios de salud. Para cumplir dichas obligaciones, mantiene los servicios públicos de salud en las principales ciudades y poblados, pero sólo alcanza a proteger al 35% de la población nacional. La seguridad social boliviana de servicios de salud protege otro 25%, las organizaciones no gubernamentales (ONGs) cubren el 10% y los servicios de salud privados cubren 5%.

Todos estos servicios de salud alcanzan al 75% de la población. De ello se desprende que el 25% de la población carece de los servicios de salud. En ese porcentaje se hallan involucrados los sectores más empobrecidos de las ciudades y del campo.

Estos sectores, que carecen de atención médica, reclaman y se movilizan, pero el gobierno, que dispone de escasos ingresos, no atiende estas demandas que suponen gastos millonarios. Por ello, el gobierno acude a una serie de argucias para transferir responsabilidades de atención de salud a los desprotegidos, como lo hace con la Caja Nacional de Salud (CNS), al imponer atenciones de salud a los nuevos pacientes del Seguro de Vejez y el Seguro Básico de Salud. Todo ello, sin importar que la sobrecarga de gastos podría determinar la debacle financiera económica de la CNS como se pretende hacer con el proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud.

2. Origen del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud

Casi todas las leyes dictadas a partir del año 1985 sólo beneficiaron a las empresas nacionales y transnacionales, en perjuicio directo de los altos intereses del país y los intereses sociales de los trabajadores activos y pasivos. Los resultados de estas leyes son inocultables y crean un clima de susceptibilidad, cuando el neoliberalismo impulsa nuevas reformas.

Así, en el campo de la salud, el presidente Gonzalo Sánchez de Lozada, durante la posesión del nuevo directorio de la Cámara Nacional de Industria en 1995, sostuvo que “había llegado la hora de hacer la Reforma de la Seguridad Social a través de la **capitalización individual** con administración privada y capitalizada porque la actual era inadecuada, pobre y no garantizaba el futuro del trabajador”, para justificar la trágica reforma de la seguridad social boliviana.

Más adelante, Sánchez de Lozada aseguró que “la capitalización y la reforma de pensiones generará un ahorro interno de más de tres mil millones de dólares hasta el año 2000”.

Contrariamente a su vaticinio, la reforma sólo ha empeorado la situación de los trabajadores aportantes al Sistema de Seguridad Social al haber marginado a más de veinticinco mil trabajadores de su derecho a la jubilación como ocurre con la denominada “Generación Sandwich”.

Tampoco se ha logrado el ahorro comprometido para el país y contrariamente, debido a la reforma, adeuda el Estado boliviano a las Administradoras de Pensiones aproximadamente ochocientos millones de dólares americanos por transferir anualmente el valor de ciento ochenta millones de dólares a cambio de títulos valores con el interés del ocho por ciento anual, habiendo subido el costo anual de la reforma a trescientos sesenta y cuatro millones de dólares americanos destinados al pago de las rentas jubilatorias a los ciento cincuenta mil beneficiarios.

Este tipo de reformas, que viene de connotados políticos del régimen neoliberal, motiva la zozobra e incredulidad de los trabajadores activos y pasivos, especialmente cuando involucra a la CNS y las cajas sectoriales, lo que afecta directamente a los asegurados aportantes.

En la exposición de motivos, el proyecto aparentemente concluye en la urgente necesidad de responder al clamor popular de los desprotegidos, **tomando en cuenta que la situación de salud de nuestro país muestra un cuadro evidente de atraso**, respecto a otros países de América Latina y enfatizando que no ha sido suficiente el emprendimiento de reformas en el área económica y en la organización del Estado para producir cambios que aceleren y profundicen

las reformas requeridas en el régimen de salud, reduciendo las brechas existentes y asimilando las referencias de los indicadores de los países vecinos.

En efecto, en muchos de los países vecinos, la reforma a la seguridad social alcanzó instituir la Capitalización Individual en el Régimen de Pensiones y establecer los “Institutos de Salud Previsional (ISAPRES)” de carácter privado en el Régimen de Salud.

Por ello, la insistencia del Banco Mundial, como de los empresarios privados de nuestro país, para persistir en la privatización del Régimen de Salud, valiéndose para ello de otros mecanismos leguleyescos.

2.1. Finalidad estratégica del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud

Evidentemente, la dotación del Seguro Universal de Salud es una necesidad urgente para las capas sociales más empobrecidas de las ciudades y el campo. Sin embargo, es necesaria una reflexión al respecto. La destacada funcionaria técnica de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Carmen Solario, en la revista N° 4/98 de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social respecto a este tipo de proyectos dice: **“La previsión social no debe desarrollarse sin considerar el desarrollo económico del país y viceversa”**. Asimismo, sostiene que **“no se puede prometer niveles generosos de protección social que no pueden mantenerse”**.

Así, los proyectistas de la Ley de Seguro Universal de Salud no toman en cuenta la gigantesca dimensión del costo de servicios como tampoco prevén la ampliación de la infraestructura hospitalaria y equipamiento que se requiere para extender las atenciones sanitarias a dicho 25% de la población desprotegida, que alcanza a más de 2.000.000 de habitantes.

Tampoco consideran que estos servicios deben abarcar mayormente al campo donde la población rural está dispersa en ámbitos geográficos muy distantes entre sí, por lo que para implementarse este seguro habría de construirse cientos o tal vez miles de postas sanitarias a lo largo y ancho del país.

Actualmente, los hospitales se hallan atestados de pacientes y no es fácil conseguir una cama hospitalaria, estando en espera los pacientes por varias semanas producto del incremento de la atención del Seguro Nacional de Vejez y del Servicio Básico de Salud. Entonces, no es posible pretender una sobrecarga mayor de pacientes.

Para formarnos una idea de la magnitud de los requerimientos, el Sistema de Seguridad Social presta atención médico sanitaria al 25% de la población nacional, es decir, semejante a la magnitud de la población desprotegida, para ello cuenta en su haber con veintiocho hospitales, treinta y dos policlínicos y sesenta y dos puestos médicos, sin tomar en cuenta la infraestructura hospitalaria que tienen las ocho cajas sectoriales de salud, lo que obliga a pensar en la imprescindible ampliación de medios hospitalarios en magnitud similar con la que cuenta el Sistema de la Seguridad Social.

Sin embargo, los proyectistas, con una visión muy tangencial y simplista, creen que el establecimiento del Seguro Universal de Salud, es posible de lograr, armonizando o integrando sobre los medios y esfuerzos que ya existen en los tres subsectores de servicios de salud identificados y caracterizados como sigue:

- a) SUBSECTOR PÚBLICO. Dependiente del Ministerio de Salud y que cuenta con **deficiente capacidad instalada y con fuertes limitaciones presupuestarias** y bajo rendimiento.
- b) SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANA. Integrada por la Caja Nacional de Salud más las ocho cajas sectoriales de salud con la cobertura para trabajadores con relación obrero patronal, **mayormente urbano con una sobrecarga de pacientes** incrementados con el Seguro Nacional de Vejez para la atención de personas mayores de 65 años y el Seguro Básico de Salud principalmente para la atención gratuita materno infantil. La falta de aportes económicos del Estado está creando situaciones económicas deficitarias con mayor incidencia negativa para la Caja Nacional de Salud.
- c) SERVICIOS PRIVADOS DE SALUD. Con baja presencia de servicios de salud y fundamentalmente establecidos por la red de médicos individuales, farmacias y otros profesionales de salud concentrados en la Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), y las organizaciones religiosas.

Según la concepción del proyecto, el país solamente debe contar con dos sectores de servicios de salud: SUB-SECTOR PÚBLICO y SUB-SECTOR PRIVADO, para cubrir el cien por ciento de servicios de salud de la población nacional.

El SUB-SECTOR PÚBLICO estaría comprendido por todo el Sistema de Servicios de Salud del Estado y el Sistema de la Seguridad Social, integrado por la Caja Nacional de Salud y las ocho cajas de salud sectorial. Dicha armonización se implementaría con la integración de los recursos financiero-económicos y la infraestructura hospitalaria de ambos sub-sectores, dependiendo su administración directamente del Estado a cuya cabeza estaría el Ministerio de Salud, las Prefecturas departamentales, los Municipios y un cuerpo fiscalizador conformado por otras entidades. Tomando en cuenta que la mayoría de la población desprotegida está conformada por población de escaso o ningún recurso económico para costear su salud, es previsible que este sector ingrese a recibir los servicios de salud en el sub-sector público, tropezando con grandes dificultades y con una caída en la calidad de servicios.

2.2. Del financiamiento de las prestaciones

Según el artículo 18 del proyecto de Ley del Sistema Boliviano de Seguro Universal de Salud, el financiamiento proviene de diferentes fuentes, desglosadas en dos regímenes: Salud Contributivo y Salud No Contributivo.

2.2.1. Para Régimen de Salud Contributivo:

- a) Por parte del empleador. El aporte patronal del 10% mensual, descontado sobre el total ganado de la planilla de pago de salarios de trabajadores permanentes y eventuales.
- b) Por parte del trabajador sin relación obrero patronal. Pago del 10% definido en base a la reglamentación de afiliaciones (se presume que se trata del trabajador independiente con capacidad de aporte).
- c) Por parte de jubilados y rentistas. Aporte del 5% (según menciona el primer proyecto original de Ley, el aporte se incrementaría del 3% al 5% del importe total de la renta mensual).

Para Régimen de Salud No Contributivo:

a) Aporte del Estado

- Aporte del Tesoro General de la Nación equivalente al 6% del presupuesto general consolidado de la nación por gestión anual.
- Aporte prefectural del 20% sobre el total de los ingresos establecidos en Art. 20 de la Ley N° 1654.
- Aporte municipal del 15% sobre la coparticipación tributaria establecida en la Ley N° 1551.
- Rendimiento de las inversiones efectuadas por el Fondo Solidario de Salud (FSS).
- Donaciones, condonaciones, créditos reembolsables, no reembolsables y programas especiales.
- Impuestos específicos de tabacos y alcohol para salud.
- Impuestos a telecomunicaciones.
- Utilización del 25% del valor de los bienes incautados al narcotráfico.

b) Aportes solidarios

Destinados a contribuir el financiamiento de la atención de los desocupados y de los subsidios en especie por maternidad del régimen de salud contributivo.

- Aporte solidario de 1% mensual del total ganado de los salarios de los afiliados con relación obrero patronal y descontado de los afiliados sin relación obrero patronal; en ambos casos con salarios o ingreso mensual de dos salarios mínimos nacionales.
- Aporte de asegurados a regímenes de salud privados, quienes contribuirán como prima indirecta un 20% adicional.

c) Otros aportes

- Tributos nacionales departamentales asignados por ley.
- Todas las aportaciones mencionadas formarán el FONDO SOLIDARIO DE SALUD.

2.3. Constitución del Fondo Solidario de Salud

El Fondo Solidario de Salud sería el organismo superior destinado a la administración de los ingresos generales, siendo su misión principal la elaboración de presupuestos para el funcionamiento de los consejos de salud, asignación de recursos a los entes gestores de salud en el contexto de solidaridad, equitativa y eficiencia como institución pública descentralizada disponiendo hasta el 3% de los ingresos para cubrir sus gastos corrientes. La autoridad ejecutiva de mayor jerarquía será el presidente del Fondo Solidario de Salud designado por el Presidente de la República.

2.4. Análisis sobre solvencia o insolvencia económica de los cofinanciantes

Los datos estimados de las contribuciones en valores para el financiamiento han sido proporcionados por los proyectistas de la Ley del Sistema Boliviano del Seguro Universal de Salud y son los siguientes:

Aportes del TGN (6% del presupuesto de la Nación)	Bs. 245.000.000
Aportes de los municipios de la Participación Popular (15%)	Bs. 31.000.000
Aportes de los municipios sobre ingresos corrientes (10%)	Bs. 14.000.000
Aportes de las prefecturas sobre ingresos corrientes (20%)	Bs. 11.000.000
Total posibles aportes proyectados	Bs. 301.000.000

Sobre las fuentes de financiamiento es importante destacar la crítica situación del TGN. Es inocultable que nuestro país atraviesa una situación recesiva y hay una baja ostensible de ingresos al TGN, debido a que las utilidades generadas por las empresas capitalizadas y otras privatizadas ya no son para el Estado nacional sino para las empresas privadas transnacionales.

Antes de la capitalización, solamente YPFB transfería anualmente al Estado la suma de \$us 440 millones, ENTEL transfería entre 25 y 30 millones y las otras empresas de la misma forma. Desgraciadamente nuestros ingresos se han reducido desde la capitalización a los siguientes montos:

Ingresos por YPFB, ENTEL, ENDE, ENFE Y LAB

Año	Monto (\$us)
1997	38.000.000
1998	52.000.000
1999	45.000.000
2000	36.000.000
TOTAL	171.000.000

El total de ingresos para el TGN en los cuatro años de despojo, es una suma ridícula que no llega ni al 50% de los ingresos solamente de YPFB antes de la capitalización y para vergüenza de los bolivianos no alcanza ni siquiera para llegar al tramposo Bonosol o el reformado Bolivida.

Siendo nuestra realidad que no logran cancelar normalmente los recursos destinados al Seguro de Vejez como tampoco al Seguro Básico de Salud, el TGN no podrá cancelar los Bs. 245.000.000 anualmente como no pudo en los más de diez años pagar la deuda de \$us 1.303.000.000 al Sistema de Seguridad Social, deuda establecida a noviembre de 1991 por la Comisión de Política Social de la Honorable Cámara de Diputados bajo la Presidencia del Diputado Nacional, Rafael Puente.

Asimismo, los municipios no podrán pagar la suma determinada provisionalmente de Bs. 45.000.000, por los excesivos requerimientos zonales postergados que deben realizar y porque adeudan más de \$us 30.000.000 a los organismos financieros internacionales. Las prefecturas igualmente se hallan deficitarias frente a los requerimientos y las obligaciones de pagos contraídas. Tampoco habrá la suma de Bs. 11.000.000 del resto de ingresos proyectados de otros organismos internacionales como son las ayudas que son en montos pequeños y ocasionales no permanentes; como la monetización de los bienes incautados al narcotráfico. No son fuentes de ingresos permanentes, sino eventuales.

2.5. Gobierno administrativo

El Sistema Boliviano de Seguro Universal de Salud estaría gobernado administrativamente por los siguientes organismos representativos del gobierno:

- a) Consejo Nacional de Salud, presidido por el Ministerio de Salud.
- b) Consejos Departamentales en el interior del país, presididos por los Prefectos.
- c) Consejos Municipales de Salud en el interior del país, presididos por los Alcaldes Municipales.
- d) Superintendencia de Salud y sus mecanismos de control departamentales.

2.6. Seguridad jurídica

Mediante Decreto Supremo reglamentario de la Ley del Sistema Boliviano de Seguro Universal de Salud, se otorgará seguridad jurídica al gobierno administrativo del nuevo sistema del régimen de salud, para su gobernabilidad sujeta a normas establecidas en la ley. Este instrumento jurídico indudablemente será de mayor jerarquía en el país por encima de la normatividad del Código de Seguridad Social. Implícitamente el régimen de la seguridad social será absorbido plenamente por el sub-sector público, así como ocurre actualmente con la Ley de Pensiones de capitalización individual que está por encima de la Constitución Política del Estado y del Código de Seguridad Social, en perjuicio de los ex trabajadores en curso de adquisición de la renta jubilatoria, privándoles de este derecho. De manera que al entrar en vigencia el Sistema Boliviano de Seguro Universal de Salud, jurídicamente la seguridad social habría perdido su vigencia para convertirse en un apéndice del sub-sector público.

2.7. Virtual disolución del gobierno tripartito de la CNS

Al instituirse los mencionados organismos de los Consejos de Salud Nacional y Departamental, Consejo de Salud Municipal, Superintendencia de Salud más el Fondo Solidario de Salud, administrados directamente por el Estado, virtualmente se disolverá el gobierno tripartito de la Caja Nacional de Salud y habrá concluido la vigencia de la conquista social de los trabajadores.

3. Seguro universal de salud, vía sistema de seguridad social

3.1. Universalidad

Los principios filosófico doctrinales de la seguridad social, tienen la noble finalidad de proteger a toda la población. De esta manera, se hace abstracción de la situación de trabajo, riqueza o de nacionalidad, para que todos los estantes y habitantes del país sean protegidos de los riesgos y contingencias que se presentan en el cotidiano vivir. Por ello, estamos plenamente conscientes de que el Seguro Universal de Salud es una aspiración legítima de todas las naciones marginadas como un derecho natural de la preservación de la vida humana, pero para ponerlo en vigencia se requiere fundamentalmente bases de sustentación financiera y económica permanentes y con sostenibilidad, además de la infraestructura hospitalaria necesaria.

3.2. Antecedentes históricos

Por la importancia fundamental y la interrelación que tiene el proyecto con el sistema de la seguridad social, es imprescindible señalar los antecedentes históricos que forman parte del fundamento del sistema, su situación actual y su perspectiva de desarrollo a futuro.

Por ello se puntualiza que los trabajadores del pasado, hoy jubilados, fueron los combatientes que lucharon frente a los gobiernos insensibles y autoritarios, transitaron por andamiajes penosos por lograr que se instituya la seguridad social boliviana.

En efecto, luego de las jornadas revolucionarias del 9 de abril de 1952, el 14 de diciembre de 1956 se consagra el mayor paso histórico al establecer la seguridad social integral habiendo participado los trabajadores en la elaboración del CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL, bajo la orientación especializada de técnicos extranjeros que lograron las normativas con mayor sentido social, constituyéndose como las más avanzadas de América Latina en lo que respecta a las prestaciones integral es de protección de los trabajadores y su grupo familiar, instituyéndose los regímenes de **Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez y Muerte; Enfermedad Maternidad, Asignaciones Familiares y Vivienda de Interés Social.**

4. Bases financieras para la seguridad social

Desde el año 1924, bajo el régimen del gobierno del Presidente Saavedra, estuvo en vigencia en el país el **Sistema de Ahorro Obrero Obligatorio**, siendo su característica fundamental la **Capitalización Individual**, que cubría el régimen de vejez.

Posteriormente, por otro Decreto Supremo de 22 de mayo de 1935, se crea la **Caja de Seguro y Ahorro Obrero**, que fue sustentada igualmente por el aporte del 5%, a descontar por planilla de los trabajadores que mantenían relación obrero patronal, habiendo generado cuantiosas sumas de dinero por concepto de ahorro individual hasta el año 1957.

Estos recursos fueron retirados en mínimas proporciones quedando, por consiguiente, para la seguridad social boliviana como base financiera económica para conformar las reservas económicas para los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte cuyo monto según balance al 31 de diciembre de 1957 alcanzó a la suma de Bs. 2.929.149.540,21.

Asimismo, corresponde puntualizar que dichas disposiciones fueron respaldadas por el Artículo N° 655 del Código de Seguridad Social. Por otra parte, corresponde puntualizar que las empresas de producción y de servicios del país fueron los mecanismos de retención del 5% de los ahorros descontados por planilla, algunas no lograron transferir oportunamente dichos descuentos a su destinatario la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, razón por la que fueron pasibles a la acción jurídica coactiva social seguidos por la entidad del seguro.

El incumplimiento de pagos determinó que fueran incautados muchos de los edificios y terrenos que pasaron a propiedad de la Caja de Seguro y Ahorro Obrero, formando parte del patrimonio infraestructural para instalación de hospitales, clínicas, postas sanitarias y otras a lo largo y ancho del país.

Para tener idea de la magnitud de los bienes patrimoniales transferidos al nuevo régimen integral de seguridad social, entre los inmuebles y terrenos se menciona solamente los más importantes, como ejemplo:

CIUDAD DE LA PAZ	
EDIFICIOS	UBICACIÓN
1. Hospital Obrero	Zona Miraflores. Av. Brasil
2. Hospital Luis Uría de La Oliva	Villa Copacabana, en el bosquecillo
3. Hospital Maternológico 18 de mayo	Avenidas Quintanilla Zuazo y República
4. Hospital Psiquiatría	Zona Miraflores. Calle Rosendo Villalobos
5. Hospital del Niño	Zona Miraflores. Calle Nicaragua
6. Policlínico Manco Kapac	Zona Central. Avenida Manco Cápac
7. Policlínico COMIBOL	Zona Miraflores. Calle Francisco de Miranda
8. Policlínico Central	Zona Central. Plaza Murillo
9. Policlínico de Pura Pura	Zona de Pura Pura
10. Policlínico 9 de abril	Zona Miraflores. Calle Díaz Romero
11. Ex Fabrica de camisas La Favorita	Zona Central (contigua al Edificio Cadeja)
12. Ex empresa Handall	Zona Sopocachi (actual Dirección de Pensiones)
13. Playa de estacionamiento "El Lorito"	Zona Central. Calle Bueno
14. Almacenes Central de la Caja Nacional de Salud	Zona Cementerio Central
15. Terreno amplio colindante al colegio Holanda	Zona Cementerio Central
CIUDAD DE ORURO	
1. Hospital Obrero "Juan Lechín"	Zona Norte. Calle Potosí
CIUDAD DE POTOSÍ	
1. Hospital Obrero	Avenida del Maestro
2. Hospital Unificada	Calle Hoyos
3. Policlínico Caja Nacional de Salud	Calle Chuquisaca

Hemos catalogado las propiedades de mayor valor más conocidas, sin mencionar los adquiridos con los recursos del ahorro obrero en Cochabamba, Santa Cruz, Tarija, Chuquisaca, Tupiza, Villazón.

De manera que, tanto los recursos económicos como los bienes patrimoniales son de absoluta propiedad de los trabajadores ahorristas de los años precedentes a 1956, motivo por el que se **proclama a la CNS como propiedad absoluta de los trabajadores**, haciendo hincapié que en estos bienes no forman parte de los recursos del Estado.

Al haberse promulgado el Código de Seguridad Social por Ley del 14 de diciembre de 1956, cuyo contenido protector del sector de trabajadores con relación Obrero Patronal da lugar al establecimiento de la Caja Nacional de Seguridad Social, como ente gestor de servicios de los regímenes de corto y largo plazo, como el Seguro Social Obligatorio, asumiendo ocho de las nueve contingencias mínimas instituidas por la OIT destinados a la protección del trabajador y su grupo familiar.

El establecimiento del SEGURO UNIVERSAL DE SALUD es imperativo del Estado boliviano para asistir a la inmensa masa de desprotegidos que por su imposibilidad económica están sentenciados a padecer enfermedades penosas sin encontrar alivio y en muchos casos a ser abatidos por la muerte, mayormente en los casos de la infancia y de adultos de ambos sexos especialmente en áreas rurales.

Poniendo la voluntad política entre todos los bolivianos se puede viabilizar políticas de cambio, superando las limitaciones del modelo de economía de mercado y las taras del régimen neoliberal.

Para este fin es importante **recuperar nuestra soberanía**, para hacer prevalecer **la autodeterminación en nuestros asuntos internos** que nos permita enfrentar los candentes problemas con la mayor visión de servicio y objetividad plena en nuestro rol de **DESARROLLO NACIONAL**.

Así, podemos llevar adelante el propósito del establecimiento del Seguro Universal de Salud, por dos caminos certeros:

- a) Por el camino audaz y patriótico de ejercer el control con soberanía de las empresas capitalizadas para obtener las reales utilidades que generan las millonarias exportaciones de gas; recuperar las utilidades de ENTEL, ENDE, etc., y asumir la responsabilidad histórica de la REFUNDACIÓN DE YPFB sobre la base del 50% del patrimonio de los bolivianos, lo que dará lugar a que nuestra nación empobrecida pueda enfrentar con dignidad y capacidad económica la dura crisis que nos agobia. Obviamente con dichos recursos, el Seguro Universal de Salud será una realidad capaz de evitar la penosa situación por la que pasan ingentes cantidades de personas carentes de recursos económicos.
- b) **Gradualmente, fortaleciendo la Caja Nacional de Salud**, a partir de su real institucionalización, democratizando su gobernabilidad en el contexto de las sabias normas del Código de Seguridad Social y ejecutando una amplia campaña para la ampliación de cobertura para incorporar nuevo y masivo contingente de asegurados, en paralelo a la mejora de los medios hospitalarios.

Las dificultades y desaciertos administrativos de la CNS, que actualmente se confrontan, son absolutamente superables, tomando como base las experiencias administrativas del pasado cuando la CNS se gobernó con eficiencia por más de tres décadas bajo la presencia fiscalizadora de los trabajadores en el seno de los directorios administrativo y ejecutivo. Más aún, cuando la

presidencia de la CNS en función del Artículo N° 171 del Código de Seguridad Social, fue desempeñada por los siguientes trabajadores:

1. Germán Butrón Vargas	Trabajador Fabril
2. Justo Monasterios	Trabajador Fabril
3. Ernesto Clavijo	Trabajador Fabril
4. Luis López Altamirano	Trabajador Fabril
5. Ladislao Vera Luján	Trabajador Minero

Asimismo, en los ámbitos administrativos de la seguridad social se impuso la entidad del CONTROL OBRERO. En cada capital de departamento y regionales provinciales de importancia, un delegado trabajador, nombrado por las Centrales Obreras Departamentales y Regionales en cada ámbito administrativo, cumplía la misión de control y fiscalización ampliado a los hospitales, clínicas y puestos médicos con resultados óptimos en los servicios de salud.

4.1. Ampliación de cobertura de la Caja Nacional de Salud

Según datos extractados del texto MOARE 2000:

Los asegurados a la Caja Nacional de Salud actualmente son:	1.851.540
Los asegurados a otras Cajas Sectoriales de la Seguridad Social son:	294.740
TOTAL ASEGURADOS AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL son:	2.146.280
Las empresas afiliadas a las Administradoras de Fondos de Pensiones son:	24.119
Las empresas afiliadas al Sistema de Seguridad Social son:	20.376
Por tanto, las empresas evasoras son:	3.746

Consecuentemente, es una misión impostergable para la administración de la Caja Nacional de Salud la inmediata incorporación de dichas empresas al Régimen de Servicios de Salud de la CNS.

Por otra parte, existe la posibilidad de la incorporación de otros sectores cuantitativamente importantes como gremiales, choferes y campesinos.

En el año 1998, los gremiales acordaron en reunión ampliada su incorporación a la Caja Nacional de Salud, pero no se definió cómo y cuánto debían aportar a la CNS. Faltó la iniciativa de parte de la administración de la entidad del seguro para impulsar su ingreso y la iniciativa se truncó. Se debería haber estudiado el aporte de una prima escalonada previa clasificación en función de su capacidad de pago, dado el caso de que sus afiliados (aproximadamente 800.000 personas) tienen diferentes niveles económicos por la diversidad de sus ocupaciones.

Los choferes organizados sindicalmente ya tenían su seguro de salud. Incipiente y mal administrado, quedó en la nada. El parque automotor de servicio público llega a 140.000, por lo que se debería encausar la reposición de servicios de salud, buscando igualmente el pago de una prima per cápita mediante facturación por venta de gasolina u otro medio.

Los trabajadores del campo son otro sector desprotegido, y vale la pena estudiar la forma de aportación de las primas para el seguro de salud. Existen varias posibilidades de su incorporación. De igual forma, tratándose de sirringeros, castañeros y zafreros.

Sin lugar a dudas, la incorporación gradual de nuevos afiliados a la Caja Nacional de Salud es el camino más efectivo para avanzar hacia la universalización de servicios de salud en el marco conceptual de la seguridad social, ampliando a plenitud de esta forma el marco jurídico de la "Tesis Laboral" a la universalidad.

4.2. Fortaleza institucional de la Caja Nacional de Salud

No obstante, las dificultades administrativas originadas por la presencia de políticas partidistas y prebendalistas en el ámbito de la jerarquía administrativa de la CNS, la alejan de las normas instituidas en el Código de Seguridad Social, cambiando la **governabilidad democrática** expresada en la vigencia del Consejo Administrativo, por un **Presidente Ejecutivo autónomo**, muchas veces autoritario.

Estas acciones lesionaron gravemente la imagen institucional de la Caja Nacional de Salud. Sin embargo, por la fortaleza financiera económica y por contar en su seno con una infraestructura hospitalaria amplia y la presencia del personal médico y paramédico de ponderada capacidad profesional, la CNS aún se mantiene como uno de los entes gestores del régimen de salud más importantes del país.

Estamos seguros que desplazando la influencia política partidista y encausando la real institucionalidad de la Caja Nacional de Salud, es decir, retornando a la **governabilidad democrática institucional**, con presencia de la **representación laboral mayoritaria al interior del directorio**, se retomará el cauce que le permita optimizar los servicios de salud y una fiscalización adecuada para frenar definitivamente los actos de corrupción, lo que podría ser atractivo para que otros sectores desprotegidos como los artesanos, choferes, gremiales y otros puedan incorporarse a los servicios de Caja Nacional de Salud.

4.3. Resistencia de los trabajadores en defensa de la CNS y las cajas sectoriales

En nuestro país, el régimen neoliberal ha privatizado el Régimen de Pensiones con la Capitalización Individual, utilizando la mentira, el sofisma y la sañuda represión a la resistencia obrera; pero no pudo hacer lo mismo con el Régimen de Salud habiendo chocado con la firme y decidida resistencia de trabajadores activos y pasivos.

Sin embargo, el régimen gobernante persiste en otras estrategias y recurre a medios arteros e innobles para provocar la desarticulación y desfinanciamiento de la Caja Nacional de Salud y otras cajas sectoriales. Esta política se ha dado con las siguientes acciones:

- a) Con el Decreto Supremo N° 24540, que dispone la Libre Desafiliación, Libre Reafiliación y Libre Afiliación de la Caja Nacional de Salud y cajas sectoriales.
- b) Mediante Ley Financial N° 1928 del año 1998, que determina la transferencia del 10% de recursos económicos del presupuesto anual de la Caja Nacional de Salud y de las otras

cajas sectoriales con destino al Ministerio de Salud, para emprender la campaña sobre la prevención de enfermedades de la población.

Dicha transferencia, a título gratuito, significaba la suma de Bs. 55.538.475, es decir, el 10% de la suma presupuestaria de Bs. 555.384.750, según datos establecidos en la demanda ante la Corte Suprema de Justicia sustentada por la CNS por inaplicabilidad e inconstitucionalidad contra el artículo 33 de la Ley financiera N° 1928 de 16 de diciembre de 1998 que dispone dicho recorte del 10%.

Sin embargo, el Ministerio de Hacienda logró arrancar a la CNS la suma de más de 60 millones de bolivianos, en razón de que los administrativos de la CNS demostraron absoluta negligencia en el procesamiento de la demanda, dando lugar a la exacción.

Otras acciones contrarias a la CNS fueron:

- a) Los desfinanciados seguros médicos gratuitos de vejez para personas de la tercera edad, de 65 años adelante, supuestamente costeados con recursos económicos emergentes de la Lotería Nacional y aportes de los municipios que nunca pagan.
- b) Incumplimiento de aportes estatales para financiar los Servicios Básicos de Salud gratuitos para el régimen Materno Infantil.
- c) El proyecto Modernización Administrativa de Rápido Efecto (MOARE 2000), que en su contenido busca la terciarización administrativa de los departamentos de cotizaciones, cobranzas, afiliaciones, limpieza, lavandería y cocina.

Por este medio se transfiere la actividad administrativa en el 100% a la empresa privada. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se encarga de la contratación de bienes y servicios y compras de insumos, medicamentos y equipos hospitalarios de manera que la planta administrativa de la CNS simplemente es decorativa, constituyéndose el PNUD en otro organismo paralelo que logra transferir a las empresas privadas, con contratos leoninos, los servicios de cocina, lavandería y limpieza con los resultados de un total fracaso y una sobrecarga de gastos que inciden negativamente en la economía de la entidad. Toda esta serie de hechos nos demuestra que en la Caja Nacional de Salud existe la total incapacidad administrativa y la intención de desacreditarla para justificar la privatización

- d) Proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud, cuya estrategia final es eliminar por este medio la vigencia de la seguridad social.
- e) Por último, con intenciones parecidas, el gobierno, bajo el rótulo de la REFORMA SANITARIA, pretende constituir el Sistema Nacional de Salud, utilizando los recursos del Sistema Público de Salud, de la Seguridad Social, las ONGs, la Iglesia, la Empresa Privada y la Medicina Tradicional. Los resultados de este nuevo proyecto alternativo serán igualmente negativos para el Sistema de Seguridad Social, al no contar con bases económicas financieras permanentes y con sostenibilidad. Las consecuencias de esta Reforma Sanitaria, serán similares a las del proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud.

5. Conclusiones sobre el proyecto de Ley de Seguro Universal de Salud

- La articulación entre la salud pública y el Régimen de Salud de la Seguridad Social no pueden coexistir por cuanto tienen bases diferentes de constitución.
- La seguridad social irremediamente será absorbida en su integridad por el sub-sector público, lo que determina la pérdida de su independencia y autonomía de gestión.
- Los servicios de salud pública descansarán sobre las espaldas de los trabajadores **activos y pasivos** por ser los únicos aportantes efectivos.
- El Estado administrará los servicios de salud pública a costa del financiamiento económico de la seguridad social.
- Al ser gobernado por funcionarios del Estado, el sub-sector público de salud significará la virtual disolución de la seguridad social y su régimen de gobierno tripartito de la CNS.
- El nuevo proyecto sólo habrá servido para que a corto plazo el sistema de seguridad social sea definitivamente eliminado, dando fin a la conquista social de los trabajadores.
- Al sobreponerse la Ley del Seguro Universal se vislumbra el fin de la vigencia del Código de la Seguridad Social.
- Las intenciones de ampliar las prestaciones de salud universalmente se verán frustradas al no contar con financiamiento permanente y con sostenibilidad.
- El sub-sector público, por los elevados costos de los servicios de salud universal y ante la ausencia de financiamiento económico efectivo, no tiene otra perspectiva a corto plazo que la inexorable quiebra económica financiera.
- A grandes males, grandes remedios. O se recupera nuestra soberanía con la refundación de YPFB sobre el 50% del potencial hidrocarburífero, que nos permita el usufructo por venta del codiciado gas para costear el seguro universal de salud, o nos perdemos en el lodo de la demagogia barata.
- Frente a la realidad de nuestras posibilidades económico financieras, no queda otra salida que transitar gradualmente hacia el seguro universal por la vía de la seguridad social con grandes posibilidades por tener bases de sustentación sólidas, permanentes y con sostenibilidad.
- Los bienes incautados de los Fondos Complementarios, edificios, terrenos y otros deben ser transferidos a la CNS, para la amplificación de cobertura de servicios médicos en vez de que sean malbaratados en sumas irrisorias.
- Finalmente, todas las formas ensayadas por el gobierno destinadas a desarticular institucional y económica-financieramente a la CNS y a las cajas sectoriales chocarán con la resistencia firme de los trabajadores activos y particularmente de los jubilados por considerar la última conquista social que queda luego de la acción depredadora del régimen neoliberal.

CONDICIONES IDEOLÓGICAS ENTRE LA SEGURIDAD SOCIAL Y EL SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

FENSEGURAL

Condiciones globales

El desarrollo de las condiciones económicas mundiales ha modificado las condiciones de la estructura política y social de los diferentes Estados bajo el concepto de la aglutinación de grandes capitales, lo que ha variado el concepto de manejo de las condiciones de vida y convivencia de la sociedad civil, aspecto que venimos asumiendo bajo la denominada globalización.

En ese marco, encontramos condiciones políticas que determinan que dentro el proceso de globalización de la economía se definan las condiciones de ampliación de dos elementos esenciales: la información y la prestación de servicios, que permiten un control del quehacer de la comunidad.

Por esto ahora vemos que el mundo se mueve bajo tendencias como la denominada privatización, con distintos matices como la capitalización, la terciarización y las alianzas estratégicas que buscan fortalecer las condiciones de control de grupos elitarios basados en el control económico.

Dentro este contexto se mueve la seguridad social, ayer fortalecida por un sistema político estatal basado en las condiciones de una movilización social, y hoy en una crítica situación al encontrarnos con una reforma al sistema de pensiones, un sistema de vivienda social en liquidación y un seguro a corto plazo en proceso de crisis estructural.

Principios básicos del sistema

El Estado nacional asume que la seguridad social debe estar protegida bajo la normativa legal vigente y para tal efecto establece la Constitución Política del Estado, el Código de Seguridad Social, el Decreto Reglamentario del Código de Seguridad Social, los que sin embargo no le dotan ni de seguridad jurídica ni de confiabilidad jurídica, como consecuencia de las permanentes modificaciones a las normas marco.

Nuestra Carta Magna, en su Art. 158 parte II, establece que la seguridad social se inspira en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia. Principios que cubren todo el sistema de seguridad social. Aspectos plenamente ratificados en el Art. 1 del Código de Seguridad Social, condiciones doctrinales que se determinan para un régimen especial basado en la relación obrero-patronal, mediante el aporte en función del salario.

El seguro universal de salud también asume los principios de la universalidad, la gestión de salud, eficiencia y solidaridad como principios de la implementación del derecho a la ampliación de cobertura de la salud a toda la población.

Este también es el caso del proyecto de Código Iberoamericano de Seguridad Social, que basa su concepto teórico en su Art. 12 basado en una solidaridad extensiva.

Como se ve, aparentemente todos tienen un mismo objetivo y dicen estar basados en los mismos principios, lo que no es evidente. Por ello se hace necesario diferenciar los conceptos de la salud pública con los de la seguridad social, por cuanto el ámbito de aplicación en un universo de beneficiarios tiene condiciones ideológicas diferenciadas.

El Estado, que en conformidad a la Constitución tiene la obligación de garantizar la salud de los ciudadanos, pretende, basado en el manejo de un discurso en base a los principios de la seguridad social, subsanar las condiciones de quiebra y déficit de atención en la salud pública.

Pues encontramos que la mayor infraestructura hospitalaria en el primer nivel de atención, segundo, tercer y cuarto nivel se encuentra en la seguridad social, mientras la salud pública carece de una adecuada infraestructura hospitalaria, carece de políticas de salud y, por el contrario, se reduce a condiciones de campañas de vacunación como forma preventiva a condiciones epidemiológicas.

Por eso, cuando el gobierno establece que la universalización de la salud cubre a toda la población del país, sin distinción de clase, estamos plenamente de acuerdo todos, pues el derecho a la salud y a su carácter protectorio debe surgir a partir del momento en que nos constituimos en parte de nuestro Estado. Sin embargo, se pretende usar el principio de la universalización de la seguridad social para ampliar la cobertura haciendo uso de los recursos de los trabajadores, quienes una vez más ven afectado su patrimonio por decisiones del Gobierno que no asume de manera coherente al tripartismo en toda su extensión.

En materia de seguridad social, la universalización es aquella que responde a la mayor cobertura en función del aporte al salario y en los niveles diferentes, desde el preventivo hasta el de mayor complejidad.

Ahora bien, se establece el principio de solidaridad en función a la concurrencia en el financiamiento de las prestaciones por los empleadores, el Estado y los asegurados, definiendo en esta instancia la desaparición del tripartismo en cuanto a la relación de los trabajadores, lo que significa que el Estado se desprende de su obligación constitucional de dotar de salud pública y determina que el seguro de corto plazo no existe más para unificar población con salud pública con el uso de patrimonio de la seguridad social.

En la seguridad social, la solidaridad no está en la transferencia patrimonial sino en la condición de aporte por cuanto se establece que la carga correspondiente a la prima generada por los sectores de la tercera edad y en proceso de deterioro de salud es cubierta por los más jóvenes que no tienen una carga inferior en uso. Adicionalmente encontramos que la solidaridad significa que los que tienen mayores ingresos cubren a los que cuentan con los menores ingresos, compensándose de esta manera las condiciones de la prima a utilizarse.

El gobierno establece como principio la gestión de salud en base a un denominado sub sistema público donde se articula la salud pública con la seguridad social, donde se determina que la salud pública administra la salud y la seguridad social el financiamiento, condición que no se determina como principio de la seguridad social.

La seguridad social determina la unidad de gestión en el manejo y administración de las prestaciones a largo y corto plazo en busca de encontrar la mayor cobertura en la prestación.

En el proyecto de Código Iberoamericano encontramos en su Art. 12 un principio novedoso referente a la tendencia actual, cual es la solidaridad extensiva que va en busca de solidaridad a toda la comunidad. Es decir, ampliar la cobertura a toda la población y establece que para

evitar la solidaridad selectiva el Estado deberá proveer recursos que compensen las condiciones de financiamiento de aquellos.

Condiciones de cumplimiento del seguro

Establecemos que la tendencia globalizadora está en función de determinar la eficiencia y eficacia para lograr una optimización de la prestación.

Definimos que históricamente la Caja Nacional de Salud mantiene un déficit en la eficiencia, puesto que no se determina una maximización de recursos y menos se evita una dispersión de esfuerzos, aspecto que se constituye en caótico en la salud pública por el descontrol efectuado mediante la dispersión de facultades, como en el caso de las Alcaldías.

Pero en contraparte, encontramos que la seguridad social sí es eficaz, por cuanto en lo referente al tratamiento de prestaciones en los niveles segundo, tercero y cuarto se constituye técnicamente, como administrativamente en un uso adecuado y preciso de la tecnología y tratamiento de lo dispuesto.

En ese marco, la falta de optimización surge como consecuencia de una estructura amarrada a las condiciones normativas del Estado y al incumplimiento de éste con sus obligaciones financieras, para con los asegurados del cual es agente de retención, pero además de la libre disponibilidad administrativa que hace en detrimento de la institución.

Carácter social del patrimonio

Frente a esto, se establecen condiciones de derecho patrimonial basadas en su condición social que las hacen inembargables, pero que el Estado de manera arbitraria ha dispuesto, tal el caso de los bienes del seguro a largo plazo, hoy alegremente subastados y compensados a título de aportes en mora.

Lo propio ocurre con el manejo indiscriminado de los gobiernos de turno de los aportes correspondientes a la vivienda social, que ha determinado la pérdida del derecho a un techo propio, pero además la pérdida de oportunidad condicionada del descuento de nuestros salarios.

También los recursos económicos limitados, como consecuencia de las normativas, hacen que la CNS se constituya en el subvencionador de las campañas de vacunación que corresponden a programas surgidos de un sostén presupuestario.

Más aún, se determina una afectación a los recursos de la CNS con un aporte al INASES, que para colmo de males no es ni afiliado a la Caja, asumiendo una institución que no corresponde a las condiciones técnicas de control y fiscalización del sistema.

En ese marco, debemos definir las condiciones diferenciadas entre el Código de Seguridad Social y el seguro universal de salud, que en los hechos son sistemas contrapuestos en el ámbito de su aplicación como en el mecanismo de su ejecución.

En los hechos, se está determinando la desaparición de la seguridad social bajo el tripartismo, para asumir una seguridad social privada basada en la libre voluntad del empleador por encima de la solidaridad social.

ANTEPROYECTO DE LEY DEL SISTEMA BOLIVIANO DE SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

Versión al 29/10/2001

TÍTULO PRIMERO - DISPOSICIONES GENERALES

CAPÍTULO ÚNICO - OBJETO, FINALIDAD, PRINCIPIOS Y DEFINICIONES

Artículo 1: (OBJETO Y CREACIÓN). La presente Ley tiene por objeto garantizar el derecho a la salud a través del Seguro Universal de Salud con alcance a toda la población del territorio nacional. Con tal fin se crea el Sistema Boliviano integrado y descentralizado del Seguro Universal de Salud.

Artículo 2: (ALCANCE). Articular, ordenar, desegmentar y calificar la estructura del SB y su intersectorialidad para garantizar el acceso y la utilización equitativa de un Seguro Universal de Salud, bienes públicos nacionales y políticas de promoción de la vida, que permitan prevenir, promover, reparar y rehabilitar la salud de toda la población urbana y rural residente en el territorio nacional.

Artículo 3: (CONTRIBUCIÓN). El SB contribuirá al cumplimiento de las metas sociales y productivas definidas como políticas públicas y de Estado, con sus recursos disponibles y de otros sectores; promoviendo el capital social e invirtiendo en el desarrollo humano.

Artículo 4: (PRINCIPIOS). Los principios fundamentales del Sistema Boliviano del Seguro Universal de Salud son los siguientes:

1. **EQUIDAD.-** El Sistema distribuirá los recursos económicos en función de los diferentes niveles de necesidades de los grupos sociales y las regiones, y para evitar la discriminación, ofrecerá financiamiento para la población más pobre y/o desprotegida, así como mecanismos que aseguren su acceso real a los servicios.
2. **UNIVERSALIDAD.-** El Sistema cubre a toda la población del país, sea cual fuere su condición económica, política, social o cultural.
3. **GESTIÓN EN SALUD.-** Los subsectores de salud pública y seguridad social se articulan en un subsistema público, regido por las mismas normas y regulaciones con separación de roles en las funciones de gestión de la salud y administración del financiamiento.
4. **INTEGRALIDAD.-** La atención de salud comprende la promoción, protección, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación, a través de redes de servicios y con enfoque de género y respeto a las culturas y tradiciones.
5. **SOLIDARIDAD.-** Concurren al financiamiento de las prestaciones de salud los empleadores de todos los sectores de la actividad económica, el Estado en todos sus niveles, y los asegurados.

6. **CALIDAD Y ÉTICA.**- El Sistema garantiza a los afiliados una atención oportuna, integral, eficaz y con calidez de acuerdo con estándares de procedimiento y normas, y un adecuado ejercicio profesional con respeto a los principios de la ética y la bioética.
7. **EFICIENCIA.**- El Sistema asegura que los recursos económicos son utilizados de forma óptima, maximizando el rendimiento de los mismos, evitando la dispersión de esfuerzos y recursos.
8. **IDENTIDAD CULTURAL.**- El respeto y la adecuación del sistema de salud a la identidad étnica y cultural de sus usuarios.
9. **COMPLEMENTARIEDAD.**- La articulación de la oferta en salud, con servicios diferenciados, interconectados e integrados, evitando duplicaciones, cubriendo las necesidades de la población.
10. **CONCURRENCIA.**- La participación conjunta de diferentes actores en diversos aspectos, como la gestión o el financiamiento.
11. **PARTICIPACIÓN.**- La articulación de las comunidades indígenas, campesinas y urbanas en el proceso de participación que determina el Sistema Boliviano de Salud.
12. **RENDICIÓN DE CUENTAS.**- La capacidad de asegurar que las acciones de un individuo o de una institución puedan ser establecidas como responsabilidad única del individuo o la institución.

Artículo 3¹: (DEFINICIONES). Para los efectos de la Ley, se entiende por:

1. **Asegurado:** Son las personas registradas en el Fondo Solidario de Salud (FSS) que tiene derecho a recibir prestaciones del Subsistema de Seguridad Social, y aquellas que a través del pago de una prima, accede al Subsistema Privado.
2. **Arancel básico:** Es la tarifa de precios a ser aplicada en los Contratos de Gestión por servicios de salud en el Subsistema de Seguridad Social.
3. **Arancel Institucional:** Es la tarifa de precios por servicios de salud que aplicarán los prestadores en el Subsistema Privado.
4. **Plan de Prestaciones Obligatorias de Salud:** Conjunto de prestaciones costo/efectivas, preventivas, asistenciales, promocionales y de rehabilitación en salud destinadas a la población asegurada, según nivel de atención.
5. **Contrato de gestión:** Es el acuerdo suscrito entre la administración del Fondo Solidario de Salud (FSS) y la administración delegada de los SEDES y de los SEPROS o SEMUS, con personas naturales o jurídicas, públicas o privadas, encargadas de otorgar el Plan de Prestaciones Obligatorias de Salud (PPOS) a los asegurados, reglamentados por el MSPS. Las modalidades y mecanismos para su aplicación serán establecidas mediante reglamento.
6. **Persona sin capacidad de pago:** Es aquella que no tiene relación obrero-patronal y tiene un ingreso mensual inferior a dos salarios mínimos nacionales.
7. **Persona con capacidad de pago:** Es aquella que no tiene relación obrero-patronal y tiene un ingreso mensual superior a dos salarios mínimos nacionales.

¹ Numeración de artículo repetida en el documento original

8. Salud Familiar y Comunitaria: Es la puerta de ingreso al Sistema, constituida por los servicios de salud familiar y comunitaria, estructurados en función de redes, poblacional y territorialmente definidas, con cuidados y prestaciones otorgadas en el seno de la familia.

TÍTULO SEGUNDO - DEL SISTEMA BOLIVIANO DE SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

CAPÍTULO I - OBJETIVOS Y COMPONENTES

Artículo 4²: (OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS)

Objetivo general

Mejorar de manera continua y permanente, el nivel de salud de la población boliviana, mediante acciones integrales específicas, a fin de contribuir al bienestar y desarrollo humano general del país.

Objetivos específicos

1. Alcanzar y mantener la cobertura universal de la atención de salud y asegurar las prestaciones de servicios y programas de salud individuales y colectivos, al hombre y la mujer de las ciudades y el campo, a las familias y la comunidad.
2. Articulación y armonización de la provisión de servicios de salud, mediante redes de múltiples prestadores, con integración paulatina y creciente, que promueva la desegmentación de los diferentes actores de salud.
3. Integrar el financiamiento para disponer de un sistema solidario, equitativo, sostenible y con justicia financiera que garantice la vigilancia e incremente el aseguramiento y la extensión de los servicios por una cobertura integral y universal de salud.
4. Fortalecer el control social con la participación de la sociedad civil en el proceso de gestión de los servicios de salud y en los mecanismos de rendición de cuentas, promoviendo la democracia sanitaria en el Sistema.
5. Asegurar un trato digno y calidad de prestaciones, acciones y cuidados integrales y específicos de salud.
6. Regular y controlar el financiamiento, las inversiones, el gasto, la calidad de las prestaciones, la acreditación de los prestadores y el comportamiento ético de los recursos humanos en salud.
7. Velar por el eficiente desarrollo del Sistema Nacional de Información y Vigilancia de la Salud (SNIS).
8. Fortalecer el rol rector y liderazgo de la Autoridad Sanitaria, mediante el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública.
9. Impulsar la creación y aplicación de nuevas tecnologías en salud, incorporando sistemas de gestión, comunicación, información, telesalud, diagnóstico y otros que ayuden a cumplir mejor y de manera más eficiente los objetivos del SB.

² Numeración de artículo repetida en el documento original

10. Gestionar la intersectorialidad, sinergizando la actividad y el desarrollo de tareas conjuntas entre sectores, actores y territorios que mejoren la salud y que permitan desarrollar áreas del quehacer humano.

Artículo 5: (COMPONENTES DEL SISTEMA). El Sistema Boliviano del Seguro Universal de Salud (SBSUS), bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Previsión Social está conformado por: i) la población asegurada, ii) el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud (CONCITS), que integra a nivel nacional al Instituto Boliviano de Salud e Instituto Nacional de Epidemiología y Medio Ambiente; a nivel departamental a los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) y sus unidades descentralizadas de gestión de hospitales de tercer nivel y de programas de salud; a nivel provincial al Servicio Provincial de Salud (SEPROS) y a nivel municipal a los Servicios Municipales de Salud (SEMUS) y sus unidades gestoras descentralizadas de Redes de servicios. A su vez se compone por: iii) el Fondo Solidario de Salud (FSS), de ámbito nacional, departamental, provincial y municipal o de mancomunidades municipales, iv) los Consejos de Salud, v) la Superintendencia Nacional de Salud, vi) la Carrera Sanitaria y vii) El Congreso Boliviano de Salud.

CAPÍTULO II - DE LOS ASEGURADOS

SECCIÓN I - SUBSISTEMAS Y REGÍMENES DEL SEGURO UNIVERSAL DE SALUD

Artículo 6: (SUBSISTEMAS Y REGÍMENES). El acceso a los servicios de salud se garantiza mediante regímenes que se encuentran incorporados en los Subsistemas Público y Privado de Salud.

I. Subsistema público. Comprende:

- a) Régimen de salud contributivo: Financiado por el aporte patronal mensual de los empleadores públicos y privados, y de los trabajadores independientes con capacidad de pago.
- b) Régimen de salud no contributivo: Financiado con aportes del Estado, con tributos nacionales, departamentales, municipales; así como créditos, donaciones y otros que para este efecto se establezcan. Su objetivo solidario es universalizar el acceso a los servicios de salud, incorporando a las personas pobres y sin capacidad de pago.

II. Subsistema privado. Corresponde a la atención de salud, cuyos prestadores podrán formar parte del Subsistema Público previa suscripción del Contrato de Gestión. Comprende:

- a) Régimen de atención particular: Se desarrolla en el marco del libre acuerdo entre el prestador y el demandante de servicios, cubriendo este último por cuenta propia todos los gastos que implique la atención recibida.
- b) Régimen de seguro privado: Consiste en el pago de una prima directa a la empresa aseguradora a través de un contrato con una persona o grupo de personas por tiempo determinado, que cubre una o varias prestaciones de servicios de salud y subsidios de incapacidad temporal. A su vez, el pago de una prima indirecta por los cuidados a la salud y por los programas nacionales, cobrada por la empresa aseguradora y transferida

al FSS, de manera obligatoria e ineludible. Su reglamentación queda a cargo del Ministerio de Salud y podrá revisarse por el Consejo Nacional de Salud y quinquenalmente por el Congreso Boliviano de Salud.

SECCIÓN II - DE LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 7: (DE LOS ASEGURADOS). Los asegurados al Subsistema Público tendrán derecho a recibir una atención integral de salud, subsidios de incapacidad temporal por enfermedad, maternidad y riesgos profesionales, atención de emergencia, a participar en el control social y a recibir permanente información sobre sus derechos. Son sus obligaciones, el pago de sus cotizaciones, vigilar el cumplimiento de las obligaciones de los empleadores y otras que establezca el Reglamento de la presente Ley.

Artículo 8: (DE LOS EMPLEADORES). Tienen el derecho a reclamar y exigir que las prestaciones de salud y los subsidios de los seguros de Maternidad y Enfermedad por Riesgo Común y Riesgos Profesionales en favor de sus trabajadores sean concedidos de manera oportuna, eficiente y eficaz. Tendrán la obligación de inscribirse en el Fondo Solidario de Salud (FSS), a pagar oportunamente el aporte patronal y a garantizar un medio ambiente laboral sano, y otras que establezca el Reglamento de la presente Ley.

CAPÍTULO III - DE LOS PRESTADORES

SECCIÓN I - DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Artículo 9: (CREACIÓN). Se crean las Entidades Gestoras de Salud (EGS) como instituciones públicas descentralizadas con autonomía financiera, técnica y administrativa, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Previsión Social. Estarán sujetas a reglamentación de la presente Ley.

Artículo 10: (GESTIÓN DE SALUD). Se establecen redes descentralizadas articuladas de múltiples prestadores conformadas por los subsistemas público y privado con contratos de gestión, hospitales de autogestión e institutos nacionales.

Artículo 11: (ATRIBUCIONES). Las Entidades Gestoras de Salud (EGS) tienen, dentro de su respectiva jurisdicción, las siguientes atribuciones:

- a) Formular y presentar al FSS y al MSPS, el Plan Operativo Anual y su proyecto de Presupuesto Anual de Salud, en concordancia con la política nacional y su nivel de gestión correspondiente.
El Presupuesto Anual de Salud será presentado a los consejos respectivos para su aprobación y presentación al Consejo Nacional de Salud.
- b) Dirigir, coordinar, supervisar y evaluar la ejecución de los POAs.
- c) Evaluar la producción, el desempeño y la calidad de los servicios de salud del Subsistema Público.
- d) Precautelar el buen uso de los recursos de salud.

- e) Entregar los subsidios en especie por maternidad.
- f) Firmar los respectivos contratos de gestión, conjuntamente con los administradores municipales, provisionales y departamentales del FSS, así como evaluar el cumplimiento y resultados de los mismos.
- g) Proponer a la Superintendencia de Salud, para su aprobación, las tarifas del arancel básico de salud.
- h) Otras que se le asigne por reglamentación de la presente Ley.

SECCIÓN II - DENOMINACIÓN, RESPONSABILIDAD Y REGLAMENTACIÓN

Artículo 12: (DENOMINACIÓN Y RESPONSABILIDADES). Se denominan prestadores de servicios de salud al conjunto de personas naturales y jurídicas, públicas y privadas, incluida la medicina natural - tradicional, que habiendo cumplido con los requisitos para certificarse como tal, son responsables de otorgar prestaciones integrales de salud.

Artículo 13: (REGLAMENTACIÓN). El MSPS elaborará el Reglamento del Plan de Prestaciones Obligatorias de Salud (PPOS) por niveles de atención y que determine los alcances y modalidades de su otorgamiento.

SECCIÓN III - PRESTADORES DEL SUBSISTEMA PÚBLICO

Artículo 14: (PRESTADORES). Los prestadores están conformados por los establecimientos de salud de los subsectores de salud pública y de seguridad social de corto plazo. Los establecimientos de salud del primer, segundo y cuarto nivel tendrá un Director como máxima autoridad, quien será necesariamente un profesional de salud. Los del tercer nivel tendrán como máximas autoridades al Director y al Administrador, quienes serán necesariamente profesionales de la rama de salud y económico financiera respectivamente. La conformación y funcionamiento de los Directorios estará sujeta a reglamentación específica de la presente Ley.

SECCIÓN IV - PRESTADORES DEL SUBSISTEMA PRIVADO

Artículo 15: (CONFORMACIÓN). El subsistema privado, constituido por los prestadores privados y particulares de servicios de salud, la ONG's, las iglesias, las instituciones religiosas y la medicina natural-tradicional; podrán participar en el otorgamiento de los PPOS que concede el Subsistema Público, mediante Contratos de Gestión.

SECCIÓN V - DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DE SALUD

Artículo 16: (NIVELES). Los niveles de atención de salud se estructuran de acuerdo con su grado de complejidad y resolución, y se articulan con enfoque de red de referencia y contra referencia.

- I. **PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.** Está conformado por Centros de Salud y es el primer nivel de contacto entre la comunidad y el sistema. Integra la red de servicios de la respectiva jurisdicción municipal o de mancomunidad de salud de municipios o provincias. Desarrolla acciones de prevención, promoción, protección y fomento a la salud y cuenta con métodos de diagnósticos y tratamiento, medicamentos, equipamiento y laboratorio organizados en función de las necesidades y demandas prioritarias con el fin de garantizar su más alto grado de seguridad resolutive y calidad. En el área rural, el Personal de Salud del establecimiento residirá en el lugar de sus funciones. El Estado reconoce la medicina natural-tradicional con carácter de medicina alternativa. Forma parte del primer nivel de atención de salud, actúa de manera articulada y en forma horizontal con la medicina académica, de tal manera que ambas coordinen su accionar y se complementen.
- II. **SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.** Corresponde a este nivel la consulta ambulatoria de mayor complejidad; la recepción de la referencia en las especialidades de ginecología y obstetricia, pediatría, cirugía general, medicina interna y otras especialidades de mayor demanda, y hospitalización. Está conformado por los diversos servicios de consulta y los hospitales básicos de apoyo que atenderán a la población del municipio y de la provincia. Constituyen el primer nivel de referencia.
- III. **TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.** Corresponde a este nivel la consulta ambulatoria y la internación hospitalaria para la resolución de patologías de más alto riesgo, complejidad y tecnología. Está constituida por los hospitales generales y hospitales de especialidades, que atenderán a la población del municipio, la provincia y el departamento. Cumplen además, funciones de docencia e investigación para promover el primer y segundo nivel de atención. Es la más amplia capacidad resolutive del Sistema. La gestión administrativa se sustentará en la seguridad social de corto plazo.
- IV. **CUARTO NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD.** Corresponden a este nivel los hospitales e institutos nacionales, que realizan acciones de asistencia, docencia e investigación de alto nivel científico, con el apoyo de los niveles académicos del sistema universitario. Atiende la demanda de todos los afiliados del país, a través de referencia.

SECCIÓN VI - DE LOS RECURSOS HUMANOS

Artículo 17: (CARRERA SANITARIA). Se crea la Carrera Sanitaria con el propósito de establecer el marco de derechos y obligaciones de los profesionales, técnicos y personal de apoyo del sistema, su institucionalización, grados académicos, de formación profesional, ingreso, mecanismos y formas de contratación, las modalidades de trabajo, promoción, el comportamiento, ética, evaluación de desempeño y recertificación profesional, que permitan garantizar permanencia, continuidad, calidad de prestaciones y la asignación equitativa de recursos humanos. Una reglamentación específica se elaborará en el marco de la presente Ley.

CAPÍTULO IV - DEL FINANCIAMIENTO DE LAS PRESTACIONES

Artículo 18: (PROCEDENCIA DE LOS RECURSOS). Las prestaciones de los seguros por riesgo común y riesgos profesionales del Subsistema Público, son financiadas de la siguiente manera:

1. Para el régimen de salud contributivo:

- a) Por parte del empleador: Aporte patronal del diez por ciento (10%) mensual sobre el total ganado indicado en la planilla de salarios para sus trabajadores permanentes y eventuales.
- b) Por parte del trabajador sin relación obrero-patronal: Aporte del diez por ciento (10%) definido con base en la reglamentación de afiliación.
- c) Por parte de jubilados y rentistas: Aporte del tres por ciento (3%) sobre la renta. Las instituciones y empresas pagadoras de pensiones, para este efecto, fungirán como agentes de retención.

2. Para el régimen de salud no contributivo:

- a) Aporte del Estado.
 1. Aporte del Tesoro General de la Nación en el equivalente al seis por ciento (6%) del Presupuesto Consolidado de la Nación.
 2. Aporte Prefectural del veinte por ciento (20%) sobre los ingresos establecidos en los incisos a), b), c), g) y h) del artículo 20 de la Ley N° 1654.
 3. Aporte Municipal del quince por ciento (15%) sobre el total de los ingresos provenientes de la coparticipación tributaria establecida en la Ley N° 1551, que será deducido, de manera directa, por el Tesoro General de la Nación.
 4. Aporte Municipal del diez por ciento (10%) sobre el total de los Ingresos Municipales clasificados en el inciso c) del artículo 19 de la Ley N° 1551.
 5. Rendimiento de las inversiones efectuadas por Fondo Solidario de Salud (FSS).
 6. Donaciones, condonaciones, créditos reembolsables, no reembolsables y programas especiales.
 7. Impuestos específicos de tabaco y alcohol para salud.
 8. Impuestos a telecomunicaciones.
 9. 25% de los bienes confiscados al narcotráfico.
- b) Aportes solidarios.

Destinados a contribuir al financiamiento de la atención de los desocupados y de los subsidios en especie por maternidad del régimen de salud no contributivo.

 1. Aporte solidario del uno por ciento (1%) mensual del total ganado por los afiliados con relación obrero-patronal descontado por planilla, y de los afiliados sin relación obrero patronal; en ambos casos con salarios o ingreso mensual superior a dos (2) salarios mínimos nacionales.

2. Aporte de asegurados a regímenes de salud privados, quienes contribuirán, como prima indirecta, un 20% adicional.
- c) Otros.
Tributos nacionales, departamentales y municipales asignados por Ley.

Artículo 19: Las autoridades encargadas de pagar los aportes del Estado para salud que incumplan con esta obligación, están sujetas a juicio de responsabilidad.

Artículo 20: (EXIGIBILIDAD DE LAS APORTACIONES). Las aportaciones serán depositadas al Fondo Solidario de Salud (FSS) en el plazo máximo de treinta (30) días calendarios siguientes al mes al cual corresponde pagar el aporte. El incumplimiento de esta obligación dará lugar a un proceso coactivo social a substanciarse ante los Juzgados de trabajo y seguridad social. Los procesos contra un mismo deudor por aportes, intereses y recargos, podrán ser acumulados a solicitud del FSS. Las sentencias que se dicten en estos procesos sólo admitirán recursos de apelación.

Artículo 21: (ASIGNACIÓN POR NIVEL DE ATENCIÓN). El Fondo Solidario de Salud (FSS) asignará porcentualmente recursos económicos para los diferentes niveles de atención privilegiando el primer nivel, de acuerdo a reglamentación específica para tal efecto.

Artículo 22: (CRITERIOS DE ASIGNACIÓN). El Fondo Solidario de Salud (FSS) asignará anualmente los recursos económicos a sus Administraciones Provinciales para cubrir los niveles de atención de salud, tomando en cuenta los criterios de población, índice de desarrollo humano (IDH), ausencia de servicios de primer nivel y porcentaje de afiliación. Un porcentaje del total de la recaudación del FSS se destinará para crear un Fondo de Reserva de carácter acumulativo destinado a cubrir situaciones de emergencias por desastres naturales, epidemias, enfermedades catastróficas y amortización de créditos. Su funcionamiento se regirá por reglamentación específica.

CAPÍTULO V - DEL FONDO SOLIDARIO DE SALUD (FSS)

SECCIÓN I - DE SU CONSTITUCIÓN

Artículo 23: (CREACIÓN). Se crea, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Previsión Social, el Fondo Solidario de Salud (FSS), con el objeto de hacer equitativa, solidaria y eficiente la asignación de recursos como institución pública descentralizada.

El FSS tendrá personalidad jurídica, patrimonio propio, autonomía de gestión técnica, administrativa y financiera y actuará bajo el control de la Contraloría General de la República.

El FSS tendrá jurisdicción nacional, domicilio principal en la ciudad de La Paz, y establecerá administraciones desconcentradas departamentales y locales. Dispondrá de hasta un tres por ciento (3%), del total de los ingresos, para cubrir sus gastos corrientes.

Artículo 24: (AUTORIDAD EJECUTIVA). El Presidente del FSS es la máxima autoridad ejecutiva, será designado por el Presidente de la República de una terna propuesta por la H. Cámara de Senadores, elegidos por dos tercios de votos. Durará en sus funciones cinco (5) años y deberá ser profesional con título en Provisión Nacional. Estará sujeto a reglamento de la presente Ley.

Artículo 25: (FUNCIONES). Son funciones del Fondo Solidario de Salud (FSS), afiliar a las personas naturales y registrar a las personas jurídicas de su campo de aplicación; administrar y distribuir los recursos económicos y financieros; recibir y cobrar las aportaciones por sí misma o mediante terceros; suscribir junto con la Entidad Gestora de Salud (EGS) los contratos de Gestión, otorgar los subsidios por incapacidad temporal, y establecer estándares e indicadores económico financieros.

Artículo 26: (GARANTÍA PATRIMONIAL). Con el fin de extender, mejorar, ampliar y equipar establecimientos de salud que permitan cubrir los requerimientos crecientes del aseguramiento universal, el FSS utilizará como garantía de créditos los bienes patrimoniales de infraestructura del subsistema público establecido en la Ley, en acuerdo con los propietarios establecidos por Ley.

Artículo 27: El FSS asignará anualmente los presupuestos destinados al funcionamiento de los Consejos de Salud y de la EGS.

CAPÍTULO VI - DE LOS CONSEJOS DE SALUD

SECCIÓN I - DEL CONSEJO INTERMINISTERIAL DE SALUD

Artículo 28: (CONFORMACIÓN Y ATRIBUCIONES). Se crea el Consejo Interministerial para la Salud, cuya atribución esencial es la de aprobar políticas intersectoriales y concertar acciones a favor de la salud de la población.

SECCIÓN II - DE LOS CONSEJOS DE SALUD

Artículo 29: (CONSEJO NACIONAL DE SALUD). Se crea el Consejo Nacional de Salud como el organismo permanente de concertación y control social de mayor jerarquía en el sector salud. Estará presidido por el Ministro de Salud y Previsión Social y conformado por instituciones del Sistema y representativas de la sociedad civil, determinadas por reglamento de la presente Ley.

Artículo 30: (CONSEJOS DEPARTAMENTALES DE SALUD). Se crean los Consejos Departamentales de Salud presididos por el Prefecto y conformados por instituciones del sistema departamental de salud y las instituciones representativas de la sociedad civil.

Artículo 31: (CONSEJOS MUNICIPALES DE SALUD). Se crean los Consejos Municipales de Salud presididos por el H. Alcalde Municipal y conformados por las entidades del sistema municipal de salud y de la sociedad civil, un representante del Comité de Vigilancia y uno de la comunidad de usuarios.

Artículo 32: Los Consejos de Salud se articularán entre sí, según reglamentación de la presente Ley.

CAPÍTULO VII - CONTROL DEL SISTEMA

Artículo 33: (SUPERINTENDENCIA DE SALUD). Se crea la Superintendencia de Salud, bajo la rectoría del Ministerio de Salud y Previsión Social, con el propósito de defender los intereses de los asegurados del Sistema, dotada de personalidad jurídica, patrimonio propio y autonomía de gestión. Tiene jurisdicción nacional y establecerá intendencias en las capitales de departamento.

Tiene las funciones de cumplir y hacer cumplir las normas; acreditar y controlar a los prestadores de servicios de salud públicos y privados; aprobar la construcción y equipamiento de nueva infraestructura en el subsistema público de salud; controlar a las Entidades Gestoras de Salud; aprobar el arancel básico a propuesta de la EGS y el arancel institucional a propuesta del Colegio Médico de Bolivia; otorgar asistencia técnica y administrativa a los componentes del Sistema; revisar, modificar y aprobar las primas de financiamiento, la asignación equitativa de recursos económicos a los niveles de atención y a las regiones; aprobar las comisiones por cobranzas de aportaciones; y conocer y resolver de manera fundamentada los recursos de revocatoria que le sean interpuestos.

La Superintendencia promoverá la vigilancia comunitaria de la calidad, financiamiento y aseguramiento mediante las Defensorías de la Salud.

Artículo 34: (AUTORIDAD Y REQUISITOS). El Superintendente de Salud será designado por el Presidente de la República de una terna propuesta por la H. Cámara de Senadores, elegido por dos tercios de votos para un mandato de diez (10) años, de acuerdo a reglamentación de la presente Ley.

Artículo 35: (DE SUS GASTOS DE FUNCIONAMIENTO). Los prestadores de servicios de salud públicos y privados del Sistema, contribuirán a la Superintendencia de Salud una tasa de regulación del cero punto ocho por ciento (0.8%) sobre sus ingresos brutos. El FSS será el agente de retención para los casos de prestadores de servicios de salud con Contratos de Gestión.

CAPÍTULO VIII - DE LAS POLÍTICAS, NORMAS Y CONDUCCIÓN DEL SISTEMA

Artículo 36: (MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL). De conformidad con la Ley N° 1788 las políticas y normas referidas a las prestaciones de servicios de salud y a las funciones esenciales de salud pública para el Sistema serán formuladas por el Ministerio de Salud y Previsión Social, al que corresponderá asimismo, conducir, coordinar y vigilar su ejecución.

TÍTULO TERCERO - DE LAS INFRACCIONES Y SANCIONES

CAPÍTULO I - DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 37: (GENERALIDADES). Los actos y hechos por comisión u omisión que impliquen incumplimiento doloso o culpable de las normas jurídicas inherentes al Sistema Boliviano de Seguro Universal, constituyen infracciones sujetas a sanción.

Las sanciones impuestas de acuerdo a la presente norma jurídica son independientes de las penas y resarcimiento que pudiera corresponder como emergencia de las acciones penales y civiles a que dieran lugar.

CAPÍTULO II - INFRACCIONES Y SANCIONES

Artículo 38: (FUNCIONARIOS DEL SISTEMA). Son infracciones imputables a los ejecutivos, funcionarios y empleados del Sistema, las siguientes:

- a) Otorgamiento de prestaciones a personas sin derecho a percibirlas.
- b) No presentar oportunamente, a quién corresponda, los presupuestos, balances contables y técnicos.
- c) Cualquier otro acto u omisión que impida, perturbe, dificulte, perjudique o comprometa el equilibrio financiero.

Las infracciones cometidas por los funcionarios y empleados del Sistema se aplicarán de conformidad a las disposiciones vigentes.

Artículo 39: (EMPLEADORES). Son infracciones imputables a los empleadores, las siguientes:

- a) Incumplimiento de la inscripción patronal.
- b) No asegurar ni afiliarse oportunamente al trabajador.
- c) No constatar el estado de salud al ingreso y retiro de sus trabajadores y no enviar copia del respectivo certificado médico.
- d) Negativa de dar comprobante de denuncia de accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- e) No denunciar oportunamente los accidentes de trabajo o enfermedades profesionales y no llevar los registros respectivos.
- f) Evadir e incumplir el pago de aportes y entrega de planillas.
- g) Dar certificados y récords de servicios falso.
- h) Negar la información requerida.

Las infracciones cometidas por los empleadores serán sancionadas de acuerdo al Reglamento de la presente Ley.

Artículo 40: (ASEGURADOS). Son infracciones imputables a los asegurados las siguientes:

- a) Falsear los datos de su filiación para la obtención fraudulenta de beneficios.
- b) Presentar documentación falsa o fraudulenta obtenida para la percepción de asignaciones familiares.

- c) Negociar con las prestaciones en especie - productos farmacéuticos, leche y otros.
- d) Simular enfermedades o accidentes.

Las infracciones cometidas por los afiliados serán sancionadas de acuerdo al Reglamento de la presente Ley.

Artículo 41: (EXENCIONES). Las entidades que conforman el subsistema de seguridad social creado en la presente Ley están exentas del pago de todo impuesto nacional, departamental y municipal, creado y por crearse, papel sellado y timbres; y gozarán de franquicias postales, así como de exoneración de derechos aduaneros y de otros gravámenes fiscales y de cualquier otra naturaleza.

TÍTULO CUARTO - PARTE FINAL

CAPÍTULO I - DISPOSICIONES TRANSITORIAS

Artículo 42: (INSTITUTO NACIONAL DE SEGUROS DE SALUD). Se dispone la liquidación de Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) y su patrimonio pasa a propiedad de la Superintendencia de Salud. El Poder Ejecutivo designará al funcionario Liquidador de dicha entidad.

Artículo 43: Los trabajadores de los diferentes entes gestores de la seguridad social de corto plazo que desempeñan funciones iguales o similares a las del FSS establecidas en la presente Ley, pasan a formar parte de su estructura.

Artículo 44: Las personas que no se encuentren aseguradas al Subsistema de Seguridad Social tienen derecho a recibir atención de emergencia hasta que se complete el proceso de afiliación universal.

CAPÍTULO II - DISPOSICIONES ABROGATORIAS Y DEROGATORIAS

Artículo 45: (ABROGACIONES Y DEROGACIONES)

CAPÍTULO III - DISPOSICIONES FINALES

Artículo 46: (REGLAMENTACIÓN DE LA PRESENTE LEY). Las disposiciones contenidas en la presente Ley serán reglamentadas por el Poder Ejecutivo, en el término de doscientos sesenta días.

Anexo
Estadístico

Gráfico N° 1
Sistema de Salud en Bolivia

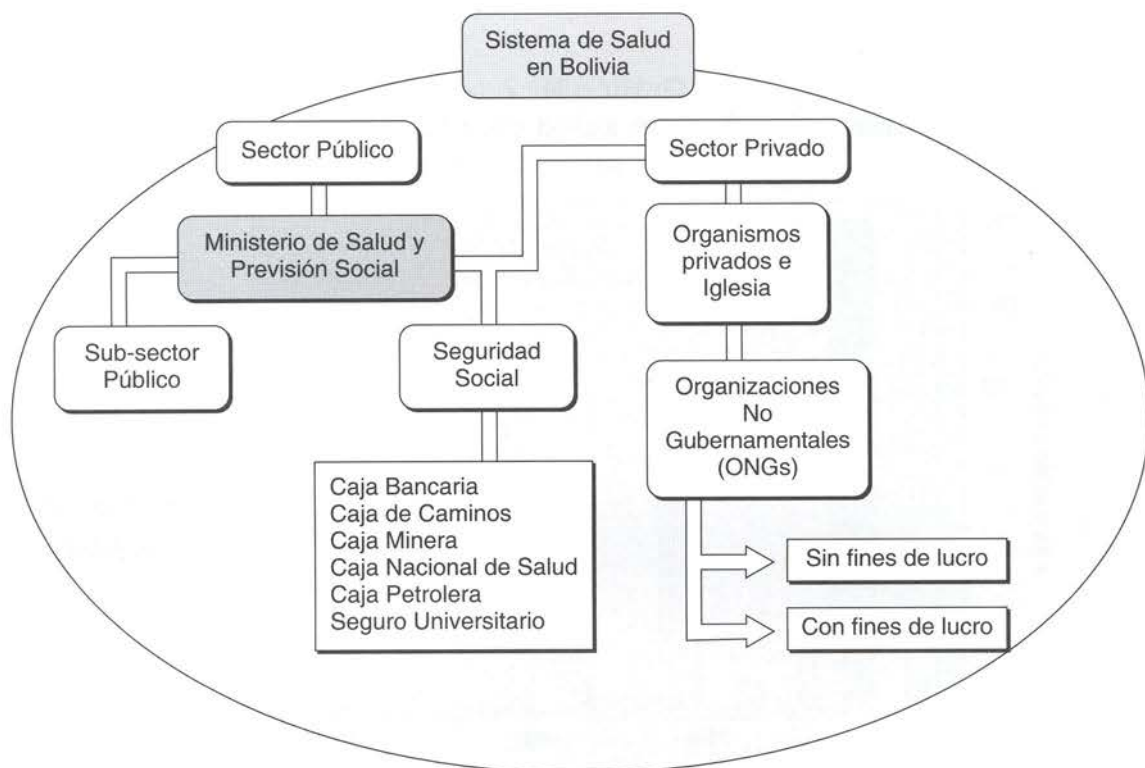
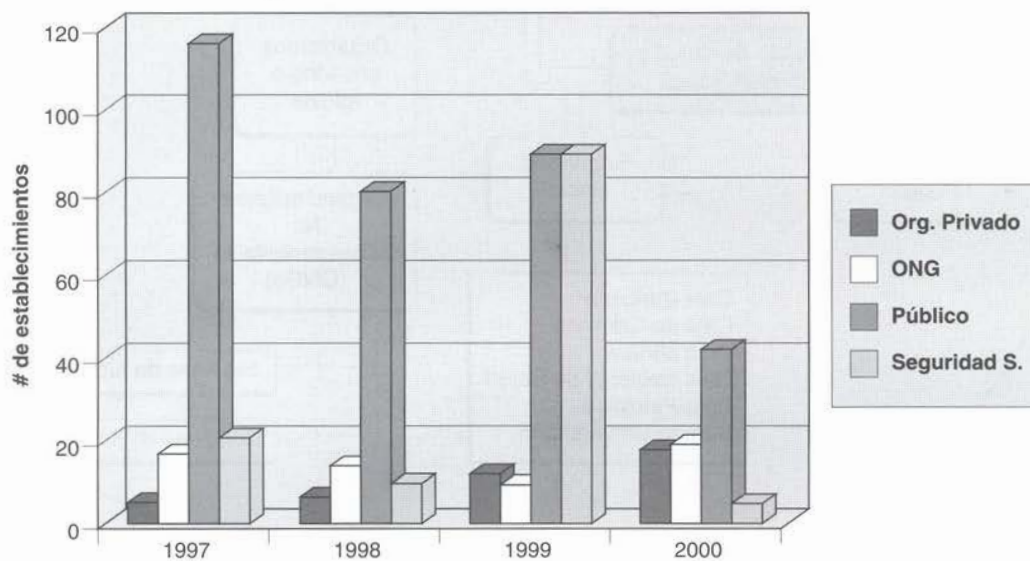


Gráfico N° 2
Infraestructura en salud creada por año,
según sector público y privado



Cuadro N° 1
Selección de la población ocupada del sector

Se procesó la información de los años 1992 y 1995, correspondientes a la EIH, en sus 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la inclusión de la Mecovi 1999. Las ocupaciones específicas están a 3 dígitos de la CIUO-88 (Clasificación Internacional de Ocupaciones) y la COB para 1999. Se ha identificado el siguiente detalle:

22	Profesionales de las Ciencias Biológicas, la Medicina y la Salud
221	Profesionales en ciencias biológicas y otras disciplinas relativas a los seres orgánicos. Biólogos, botánicos, zoólogos, bacteriólogo, ecologista, bioquímico, agrónomo, fisiólogo, toxicólogo, ingeniero agrícola y forestal.
222	Médicos y profesionales afines. Cirujano, dentista, farmacéutico, cardiólogo, ginecólogo, radiólogo, oculista, pediatra, psiquiatra, urólogo, veterinario.
223	Personal de enfermería y partería de nivel superior.
32	Técnicos y Profesionales de Nivel Medio de las Ciencias Biológicas y la Salud
321	Técnicos de nivel medio en ciencias biológicas, agronomía, zootecnia, consejero agrícola y afines. Taxidermista (disecador), técnicos agrónomos, bacteriólogos, bioquímicos, forestal zoólogo.
322	Técnicos profesionales de nivel medio de la Medicina Moderna y la Salud. Acupuntor, dietista, fisioterapeuta, masajista, practicante médico, técnico veterinario.
323	Personal de enfermería y partería de nivel medio (no universitario). Partera empírica, auxiliar de partera, enfermero anestesista.
51	Trabajadores de los Servicios personales y de los Servicios de protección y seguridad
513	Trabajadores de los cuidados personales y afines. Camillero, enfermería no diplomada, niñera de guardería.

Respecto a la cobertura geográfica, ésta se refiere al ámbito de ciudades capitales, exceptuando Cobija e incluyendo El Alto, hasta 1997. En cuanto a 1999, la Encuesta no permite mayor segmentación que a nivel de las áreas urbano y rural, por lo que lo más próximo a comparar con las ciudades capitales es el área urbana, por ello se procesó información a ese nivel.

Cuadro N° 2
Características del mercado de trabajo en salud
(Área urbana)

Magnitud del sector	1992	1995	1997	1999
Población total	2,854,854	3,188,574	4,810,322	5,035,535
Población ocupada	1,015,608	1,256,576	1,877,526	2,017,044
Población ocupada del sector	16,686	21,593	31,636	34,170
Empleo público	7,444	12,060	15,093	15,878
Empleo privado	7,016	6,458	14,146	9,329
Empleo privado familiar	1,754	1,889	2,397	8,963
Características de los puestos de trabajo				
Asalariados	11,426	16,095	25,454	25,207
No asalariados	5,260	5,498	6,182	8,963
Hombres	6,608	8,137	11,928	10,196
Mujeres	10,078	13,456	19,708	23,974
Perfil del empleo				
Profesionales en ciencias biológicas y otras disciplinas relativas a los seres orgánicos	831	803	300	1,720
Médicos y profesionales afines	5,593	8,555	10,502	11,454
Personal de enfermería y partería de nivel superior	1,091	1,684	4,021	5,875
Técnicos de nivel medio en ciencias biológicas, agronomía, zootecnia, consejero agrícola y afines	952	879	860	445
Técnicos profesionales de nivel medio de la Medicina Moderna y la Salud	738	1,297	2,916	6,175
Personal de enfermería y partería de nivel medio (no universitario)	2,040	2,794	3,012	4,031
Trabajadores de los cuidados personales y afines	5,441	5,581	10,025	4,470

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.
Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Cuadro N° 3
Población asalariada y no asalariada del sector salud, Según sexo y sector
(Área urbana)

	1992			% Columna			% Fila		
	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado
Población total	16,034	7,444	8,590	100.0	100.0	100.0	100.0	46.4	53.6
Asalariados	10,954	7,444	3,510	68.3	100.0	40.9	100.0	68.0	32.0
Hombres	3,512	2,953	559	32.1	39.7	15.9	100.0	84.1	15.9
Mujeres	7,442	4,491	2,951	67.9	60.3	84.1	100.0	60.3	39.7
No asalariados	5,080	0	5,080	31.7	0.0	59.1	100.0	0	100.0
Hombres	2,920	0	2,920	57.5	0.0	57.5	100.0	0	100.0
Mujeres	2,160	0	2,160	42.5	0.0	42.5	100.0	0	100.0

	1995			% Columna			% Fila		
	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado
Población total	19,961	12,060	7,901	100.0	100.0	100.0	100.0	60.4	39.6
Asalariados	14,909	12,060	2,849	74.7	100.0	36.1	100.0	80.9	19.1
Hombres	4,903	4,369	534	32.9	36.2	18.7	100.0	89.1	10.9
Mujeres	10,006	7,691	2,315	67.1	63.8	81.3	100.0	76.9	23.1
No asalariados	5,052	0	5,052	25.3	0.0	63.9	100.0	0	100.0
Hombres	2,727	0	2,727	54.0	0.0	54.0	100.0	0	100.0
Mujeres	2,325	0	2,325	46.0	0.0	46.0	100.0	0	100.0

	1997			% Columna			% Fila		
	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado
Población total	31,636	15,093	16,543	100.0	100.0	100.0	100.0	47.7	52.3
Asalariados	25,454	15,093	10,361	80.5	100.0	62.6	100.0	59.3	40.7
Hombres	8,306	5,492	2,814	32.6	36.4	27.2	100.0	66.1	33.9
Mujeres	17,148	9,601	7,547	67.4	63.6	72.8	100.0	56.0	44.0
No asalariados	6,182	0	6,182	19.5	0.0	37.4	100.0	0	100.0
Hombres	3,622	0	3,622	58.6	0.0	58.6	100.0	0	100.0
Mujeres	2,560	0	2,560	41.4	0.0	41.4	100.0	0	100.0

	1999			% Columna			% Fila		
	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado	Total	Sector público	Sector privado
Población total	34,170	15,878	17,687	100.0	100.0	100.0	100.0	47.3	52.7
Asalariados	25,207	15,878	9,329	73.8	100.0	52.7	100.0	63.0	37.0
Hombres	7,156	5,491	1,665	28.4	34.6	17.8	100.0	76.7	23.3
Mujeres	18,051	10,387	7,664	71.6	65.4	82.2	100.0	57.5	42.5
No asalariados	8,358	0	8,358	24.9	0.0	47.3	100.0	0	100.0
Hombres	3,040	0	3,040	36.4	0.0	36.4	100.0	0	100.0
Mujeres	5,318	0	5,318	63.6	0.0	63.6	100.0	0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Cuadro N° 4 (a)
Población ocupada en el sector salud, según condición de ocupación y perfil de empleo (1992 - 1995 - 1997)
(Área urbana)

	1992			1995			1997		
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
	Total	16,506	6,568	9,938	21,147	8,137	13,010	31,636	11,928
Profesional Ciencias Biológicas	831	683	148	803	395	408	300	0	300
Médico y profesionales afines	5,593	4,221	1,372	8,555	5,736	2,819	10,502	7,930	2,572
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	1,091	0	1,091	1,684	0	1,684	4,021	0	4,021
Técnico medio Ciencia Biológica	952	418	534	879	394	485	860	546	314
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	738	399	339	1,297	731	566	2,916	973	1,943
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	2,040	261	1,779	2,794	223	2,571	3,012	825	2,187
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	5,261	586	4,675	5,135	658	4,477	10,025	1,654	8,371
Asalariados	11,426	3,649	7,777	16,095	5,410	10,685	25,454	8,306	17,148
Profesional Ciencias Biológicas	831	683	148	803	395	408	300	0	300
Médico y profesionales afines	2,415	1,776	639	4,946	3,361	1,585	7,064	5,154	1,910
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	1,091	0	1,091	1,684	0	1,684	3,674	0	3,674
Técnico medio Ciencia Biológica	919	418	501	879	394	485	860	546	314
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	551	399	152	1,023	457	566	1,969	378	1,591
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	1,430	0	1,430	2,191	145	2,046	2,508	574	1,934
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	4,189	373	3,816	4,569	658	3,911	9,079	1,654	7,425
No asalariados	5,080	2,919	2,161	5,052	2,727	2,325	6,182	3,622	2,560
Profesional Ciencias Biológicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Médico y profesionales afines	3,178	2,445	733	3,609	2,375	1,234	3,438	2,776	662
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	0	0	0	0	0	0	347	0	347
Técnico medio Ciencia Biológica	33	0	33	0	0	0	0	0	0
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	187	0	187	274	274	0	947	595	352
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	610	261	349	603	78	525	504	251	253
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	1,072	213	859	566	0	566	946	0	946

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997.

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Cuadro N° 4 (b)
Población ocupada en el sector salud, según condición de ocupación y perfil de empleo (1992 - 1995 - 1997)
(Área urbana) (En porcentaje)

	1992				1995				1997			
	% Columna		% Filas		% Columna		% Filas		% Columna		% Filas	
	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	100.0	39.8	60.2	100.0	38.5	61.5	100.0	37.7	62.3	100.0	37.7	62.3
Profesional Ciencias Biológicas	5.03	82.2	17.8	3.80	49.2	50.8	0.95	0.0	100.0	0.95	0.0	100.0
Médico y profesionales afines	33.88	75.5	24.5	40.45	67.0	33.0	33.20	75.5	24.5	33.20	75.5	24.5
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	6.61	0.0	100.0	7.96	0.0	100.0	12.71	0.0	100.0	12.71	0.0	100.0
Técnico medio Ciencia Biológica	5.77	43.9	56.1	4.16	44.8	55.2	2.72	63.5	36.5	2.72	63.5	36.5
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	4.47	54.1	45.9	6.13	56.4	43.6	9.22	33.4	66.6	9.22	33.4	66.6
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	12.36	12.8	87.2	13.21	8.0	92.0	9.52	27.4	72.6	9.52	27.4	72.6
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	31.87	11.1	88.9	24.28	12.8	87.2	31.69	16.5	83.5	31.69	16.5	83.5
Asalariados	69.22	31.9	68.1	76.11	33.6	66.4	80.46	32.6	67.4	80.46	32.6	67.4
Profesional Ciencias Biológicas	7.27	82.2	17.8	4.99	49.2	50.8	1.18	0.0	100.0	1.18	0.0	100.0
Médico y profesionales afines	21.14	73.5	26.5	30.73	68.0	32.0	27.75	73.0	27.0	27.75	73.0	27.0
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	9.55	0.0	100.0	10.46	0.0	100.0	14.43	0.0	100.0	14.43	0.0	100.0
Técnico medio Ciencia Biológica	8.04	45.5	54.5	5.46	44.8	55.2	3.38	63.5	36.5	3.38	63.5	36.5
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	4.82	72.4	27.6	6.36	44.7	55.3	7.74	19.2	80.8	7.74	19.2	80.8
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	12.52	0.0	100.0	13.61	6.6	93.4	9.85	22.9	77.1	9.85	22.9	77.1
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	36.66	8.9	91.1	28.39	14.4	85.6	35.67	18.2	81.8	35.67	18.2	81.8
No asalariados	30.78	57.5	42.5	23.89	54.0	46.0	19.54	58.6	41.4	19.54	58.6	41.4
Profesional Ciencias Biológicas	0.00	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0
Médico y profesionales afines	62.56	76.9	23.1	71.44	65.8	34.2	55.61	80.7	19.3	55.61	80.7	19.3
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	0.00	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	5.61	0.0	100.0	5.61	0.0	100.0
Técnico medio Ciencia Biológica	0.65	0.0	100.0	0.00	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0	0.00	0.0	0.0
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	3.68	0.0	100.0	5.42	100.0	0.0	15.32	62.8	37.2	15.32	62.8	37.2
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	12.01	42.8	57.2	11.94	12.9	87.1	8.15	49.8	50.2	8.15	49.8	50.2
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	21.10	19.9	80.1	11.20	0.0	100.0	15.30	0.0	100.0	15.30	0.0	100.0

Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997.

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Cuadro N° 5
Aproximación al perfil de empleo del sector salud, según sexo
(Área urbana)

1992	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
	Total	16,686	6,608	10,078	100.0	39.6
Profesional Ciencias Biológicas	831	683	148	100.0	82.2	17.8
Médico y profesionales afines	5,593	4,221	1,372	100.0	75.5	24.5
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	1,091	0	1,091	100.0	0.0	100.0
Técnico medio Ciencia Biológica	952	418	534	100.0	43.9	56.1
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	738	399	339	100.0	54.1	45.9
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	2,040	261	1,779	100.0	12.8	87.2
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	5,441	626	4,815	100.0	11.5	88.5
1995	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	21,593	8,137	13,456	100.0	37.7	62.3
Profesional Ciencias Biológicas	803	395	408	100.0	49.2	50.8
Médico y profesionales afines	8,555	5,736	2,819	100.0	67.0	33.0
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	1,684	0	1,684	100.0	0.0	100.0
Técnico medio Ciencia Biológica	879	394	485	100.0	44.8	55.2
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	1,297	731	566	100.0	56.4	43.6
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	2,794	223	2,571	100.0	8.0	92.0
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	5,581	658	4,923	100.0	11.8	88.2
1997	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	31,636	11,928	19,708	100.0	37.7	62.3
Profesional Ciencias Biológicas	300	0	300	100.0	0.0	100.0
Médico y profesionales afines	10,502	7,930	2,572	100.0	75.5	24.5
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	4,021	0	4,021	100.0	0.0	100.0
Técnico medio Ciencia Biológica	860	546	314	100.0	63.5	36.5
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	2,916	973	1,943	100.0	33.4	66.6
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	3,012	825	2,187	100.0	27.4	72.6
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	10,025	1,654	8,371	100.0	16.5	83.5
1999	Total	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer
Total	34,170	10,196	23,974	100.0	29.8	70.2
Prof. Ciencias Biológicas, Bioquím, Otras relativ. Seres Orgánicos	1,720	350	1,370	100.0	20.3	79.7
Profesionales en Medicina, Odontología y Farmacia	11,454	7,112	4,342	100.0	62.1	37.9
Profesionales en Enfermería	5,875	0	5,875	100.0	0.0	100.0
Técnicos de Apoyo en Biología, Agron. Zootecnia, Bioquímica	445	445	0	100.0	100.0	0.0
Técnicos de Apoyo en Medicina y Salud	6,175	2,289	3,886	100.0	37.1	62.9
Enfermeras y Parteras de Nivel Medio	4,031	0	4,031	100.0	0.0	100.0
Trabajadores de Los Cuidados Personales, Afines	4,470	0	4,470	100.0	0.0	100.0

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.

Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Cuadro N° 6
Número de trabajadores en el sector salud

	Ocupados		Estructura (%)	
	1998	2001	1998	2001
Sector privado	874	800	6.96	7.74
Iglesia	s/d	239	0.00	2.31
ONG	798	403	6.36	3.90
Org. privados	76	158	0.61	1.53
Sector público	11,678	9,533	93.04	92.26
Público	11,228	8,491	89.45	82.17
Seguridad social	450	1,042	3.59	10.08
Total	12,552	10,333	100.00	100.00

Fuente: Sistema Nacional de Información (SNIS)

Cuadro N° 7 (a)
Bolivia: Ciudades capitales. Ingreso real promedio principal de los ocupados del sector salud, según sexo y ocupación específica. 1992 (en Bolivianos de 1990)
(Área urbana)

	Total promedio	Sector del servicio de salud			Total	Remuneraciones en términos de LP		
		Estatatal	Privado	Priv. familiar		Estatatal	Privado	Priv. familiar
Total	466	516	464	255	1.13	1.13	0.62	
Profesional Ciencias Biológicas	934	1,021	473	-	2.27	1.15	-	
Médico y profesionales afines	702	674	716	-	1.71	1.74	-	
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	396	453	313	-	0.96	0.76	-	
Técnico medio Ciencia Biológica	581	710	322	107	1.41	0.78	0.26	
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	625	808	204	924	1.52	0.50	2.25	
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	340	396	279	397	0.83	0.68	0.96	
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	184	222	164	132	0.45	0.40	0.32	
Total	715	773	708	341	1.74	1.72	0.83	
Profesional Ciencias Biológicas	1,052	1,191	473	-	2.56	1.15	-	
Médico y profesionales afines	755	734	766	-	1.84	1.86	-	
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	-	-	-	-	-	-	-	
Técnico medio Ciencia Biológica	458	458	-	-	1.11	-	-	
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	697	1,061	143	-	1.70	0.35	-	
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	603	-	647	554	1.47	1.57	1.35	
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	211	210	185	216	0.51	0.45	0.52	
Total	310	362	277	232	0.75	0.67	0.56	
Profesional Ciencias Biológicas	387	387	-	-	0.94	-	-	
Médico y profesionales afines	533	507	549	-	1.23	1.34	-	
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	396	453	313	-	1.10	0.76	-	
Técnico medio Ciencia Biológica	626	873	322	107	1.52	0.78	0.26	
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	539	264	308	924	1.31	0.75	2.25	
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	301	396	220	302	0.96	0.53	0.74	
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	180	223	163	111	0.44	0.40	0.27	

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mccovi 1999.
 Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta. (LP = línea de pobreza).

Cuadro N° 7 (b)
Bolivia: Ciudades capitales. Ingreso real promedio principal de los ocupados del sector salud, según sexo y ocupación específica. 1995 (en Bolivianos de 1990)
(Área urbana)

	Total	Sector del servicio de salud			Remuneraciones en términos de LP			
		Estatal	Privado	Priv. Familiar	Total	Estatal	Privado	Priv. Familiar
Total	625	512	927	217	1.56	1.28	2.31	0.54
Profesional Ciencias Biológicas	574	525	859	-	1.43	1.31	2.14	-
Médico y profesionales afines	1,072	859	1,259	-	2.67	2.14	3.14	-
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	404	406	372	-	1.01	1.01	0.93	-
Técnico medio Ciencia Biológica	456	478	407	-	1.14	1.19	1.01	-
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	377	578	199	521	0.94	1.44	0.50	1.30
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	309	342	357	180	0.77	0.85	0.89	0.45
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	234	265	189	108	0.58	0.66	0.47	0.27
Total	846	667	1,144	471	2.11	1.66	2.85	1.17
Hombre	536	536	-	-	1.34	1.34	-	-
Profesional Ciencias Biológicas	1,045	833	1,246	-	2.61	2.08	3.11	-
Médico y profesionales afines	-	-	-	-	-	-	-	-
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	484	484	-	-	1.21	1.21	-	-
Técnico medio Ciencia Biológica	495	578	200	521	1.23	1.44	0.50	1.30
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	338	360	-	295	0.84	0.90	-	0.74
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	179	186	160	-	0.45	0.46	0.40	-
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	489	427	739	135	1.22	1.07	1.84	0.34
Total	602	514	859	-	1.50	1.28	2.14	-
Mujer	1,125	918	1,283	-	2.81	2.29	3.20	-
Profesional Ciencias Biológicas	404	406	372	-	1.01	1.01	0.93	-
Médico y profesionales afines	432	467	407	-	1.08	1.16	1.01	-
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	198	-	198	-	0.49	-	0.49	-
Técnico medio Ciencia Biológica	307	340	357	163	0.77	0.85	0.89	0.41
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	244	279	199	108	0.61	0.70	0.50	0.27
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	-	-	-	-	-	-	-	-
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.
 Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta. (LP = línea de pobreza).

Cuadro N° 7 (c)
Bolivia: Ciudades capitales. Ingreso real promedio principal de los ocupados del sector salud, según sexo y ocupación específica. 1997 (en Bolivianos de 1990)
(Área urbana)

	Total	Sector del servicio de salud			Remuneraciones en términos de LP			
		Estatal	Privado	Privado Familiar	Total	Estatal	Privado	Privado Familiar
Total	629	766	510	444	1.61	1.96	1.31	1.14
Profesional Ciencias Biológicas	459	526	430	-	1.18	1.35	1.10	-
Médico y profesionales afines	1,144	1,199	1,063	-	2.93	3.07	2.73	-
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	546	602	412	-	1.40	1.54	1.06	-
Técnico medio Ciencia Biológica	410	443	361	-	1.05	1.14	0.92	-
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	377	734	187	332	0.97	1.88	0.48	0.85
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	599	544	396	1,193	1.54	1.40	1.02	3.06
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	249	289	241	157	0.64	0.74	0.62	0.40
Hombre	989	1,100	888	884	2.54	2.82	2.28	2.27
Profesional Ciencias Biológicas	-	-	-	-	-	-	-	-
Médico y profesionales afines	1,227	1,240	1,210	-	3.15	3.18	3.10	-
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnico medio Ciencia Biológica	316	239	361	-	0.81	0.61	0.92	--
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	566	1,844	239	450	1.45	4.73	0.61	1.15
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	832	-	360	1,913	2.13	-	0.92	4.90
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	456	404	500	-	1.17	1.04	1.28	-
Mujer	418	575	281	204	1.07	1.47	0.72	0.52
Profesional Ciencias Biológicas	459	526	430	-	1.18	1.35	1.10	-
Médico y profesionales afines	902	1,089	567	-	2.31	2.79	1.45	-
Enfermeras y Parteras Niv. Sup.	546	602	412	-	1.40	1.54	1.06	-
Técnico medio Ciencia Biológica	574	574	-	-	1.47	1.47	-	-
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	282	526	172	133	0.72	1.35	0.44	0.34
Enfermeras y Parteras Niv. Medio	511	544	437	478	1.31	1.40	1.12	1.23
Trab. de Cuidado Personal y Afin.	208	255	192	157	0.53	0.65	0.49	0.40

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.
 Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta. (LP = línea de pobreza).

Cuadro N° 7 (d)
Bolivia: Ingreso real promedio principal de los ocupados del sector salud, según sexo y ocupación específica.
1999 (en Bolivianos de 1990)
(Área urbana)

	Total	Sector del servicio de salud			Remuneraciones en términos de LP			
		Estatal	Privado	Privado Familiar	Total	Estatal	Privado	Privado Familiar
Total	594	739	486	448	1.71	2.12	1.40	1.29
Prof. Ciencias Biológicas, Bioquím, Otras relativ. Seres Orgánicos	578	650	468	671	1.66	1.87	1.35	1.93
Profesionales en Medicina, Odontología y Farmacia	893	1,018	680	877	2.57	2.92	1.95	2.52
Profesionales en Enfermería	379	486	329	100	1.09	1.40	0.95	0.29
Técnicos de Apoyo en Biología, Agron, Zootecnia, Bioquímica	564	564	-	-	1.62	1.62	-	-
Técnicos de Apoyo en Medicina y Salud	487	709	507	298	1.40	2.04	1.46	0.86
Enfermeras y Parteras de Nivel Medio	657	657	-	-	1.89	1.89	-	-
Trabajadores de Los Cuidados Personales, Afines	139	269	260	37	0.40	0.77	0.75	0.11
Hombre	926	1,030	992	717	2.66	2.96	2.85	2.06
Prof. Ciencias Biológicas, Bioquím, Otras relativ. Seres Orgánicos	671	-	-	671	1.93	-	-	1.93
Profesionales en Medicina, Odontología y Farmacia	1,066	1,107	888	1,094	3.06	3.18	2.55	3.14
Profesionales en Enfermería	-	--	-	-	-	-	-	-
Técnicos de Apoyo en Biología, Agron, Zootecnia, Bioquímica	564	564	-	-	1.62	1.62	-	-
Técnicos de Apoyo en Medicina y Salud	532	824	1,301	19	1.53	2.37	3.74	0.05
Enfermeras y Parteras de Nivel Medio	-	-	-	-	-	-	-	-
Trabajadores de Los Cuidados Personales, Afines	-	-	-	-	-	-	-	-
Mujer	455	596	376	293	1.31	1.71	1.08	0.84
Prof. Ciencias Biológicas, Bioquím, Otras relativ. Seres Orgánicos	554	650	468	-	1.59	1.87	1.35	-
Profesionales en Medicina, Odontología y Farmacia	610	729	526	602	1.75	2.10	1.51	1.73
Profesionales en Enfermería	379	486	329	100	1.09	1.40	0.95	0.29
Técnicos de Apoyo en Biología, Agron, Zootecnia, Bioquímica	-	-	-	-	-	-	-	-
Técnicos de Apoyo en Medicina y Salud	466	644	335	552	1.34	1.85	0.96	1.59
Enfermeras y Parteras de Nivel Medio	657	657	-	-	1.89	1.89	-	-
Trabajadores de Los Cuidados Personales, Afines	139	269	260	37	0.40	0.77	0.75	0.11

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente. la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.
 Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Cuadro N° 8
Bolivia: Ciudades capitales. Ingresos reales promedio de los ocupados del sector salud por sexo y ocupación
específica. 1992 - 1997 (en Bolivianos de 1990)
(Área urbana)

1992	Total						Hombre						Mujer							
	INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90 (N)		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90 (N)		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90 (N)		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90	
	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom
Total	15,645	503	15,645	466	15,645	247	15,645	247	5,970	762	5,970	715	5,970	322	5,970	343	9,675	312	9,675	204
Profesional Ciencias Biológicas	831	951	831	934	831	308	831	308	683	1,073	683	1,052	683	308	683	387	148	387	148	-
Médico y profesionales afines	5,042	772	5,042	702	5,042	369	5,042	369	3,857	813	3,857	754	3,857	375	3,857	642	1,185	533	1,185	358
Enfermeras y Parteras Niv. Sup	1,091	491	1,091	422	1,091	394	1,091	394	-	-	-	-	-	-	-	491	1,091	422	1,091	394
Técnico medio Ciencia Biológica	680	581	680	581	680	-	680	-	184	458	184	458	184	-	184	496	626	496	626	-
Téc. Prof. medio Medicina Mod.	738	625	738	625	738	-	738	-	399	697	399	697	399	-	399	539	339	539	339	-
Enfermeras y Parteras Niv Medio	2,040	343	2,040	340	2,040	215	2,040	215	261	603	261	603	261	-	261	304	1,779	301	1,779	215
Trab. de Cuidado Personal y Afrn.	5,223	209	5,223	184	5,223	116	5,223	116	586	273	586	211	586	172	586	201	4,637	181	4,637	103

1997	Total						Hombre						Mujer							
	INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90		INGRESO REAL LABORAL TOTAL BASE 90		INGRESO REAL ACT. SECUNDARIA BASE 90	
	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom	N	Prom
Total	31,211	745	31,211	629	31,211	903	31,211	903	11,503	1,201	11,503	989	11,503	890	11,503	479	19,708	418	19,708	930
Profesional Ciencias Biológicas	300	459	300	459	300	-	300	-	-	-	-	-	-	-	-	459	300	459	300	-
Médico y profesionales afines	10,077	1,479	10,077	1,144	10,077	1,304	10,077	1,304	7,505	1,542	7,505	1,227	7,505	959	7,505	1,295	2,572	902	2,572	8,225
Enfermeras y Parteras Niv. Sup	4,021	557	4,021	546	4,021	669	4,021	669	-	-	-	-	-	-	-	557	4,021	546	4,021	669
Técnico medio Ciencia Biológica	860	410	860	410	860	-	860	-	546	316	546	316	546	-	546	314	574	314	574	-
Téc. Prof. medio Medicina Mod	2,916	377	2,916	377	2,916	-	2,916	-	973	566	973	566	973	-	973	282	1,943	282	1,943	-
Enfermeras y Parteras Niv Medio	3,012	658	3,012	599	3,012	332	3,012	332	825	930	825	832	825	287	825	555	2,187	511	2,187	383
Trab. de Cuidado Personal y Afrn.	10,025	254	10,025	249	10,025	62	10,025	62	1,654	456	1,654	456	1,654	-	1,654	215	8,371	208	8,371	62

(1) Capitales Departamentales, excepto Cobija, incluye El Alto.
 (2) Incluye sólo profesionales, técnicos, profesionales de nivel medio y otros trabajadores personales en salud.
 (3) Incluye sólo casos donde se declaró ingreso principal y/o secundario, este último si corresponde.
 Fuente: INE, EIH 5ta ronda 1992 / ENE III - 1997. Elaboración propia.

Cuadro N° 9
Población ocupada del sector salud, según ocupación específica y actividad secundaria
(Área urbana)

	1992	GRUPO OCUPACIONAL SECUNDARIO									
		Total	Arquitectura e Ingeniería Afines	Profesional. Ciencias Biológicas	Médicos y Prof. Afines	Profesores Catedráticos Universitar.	Enfermería, Partería Niv. Medio	Otros Prof. Instru. Ay Cated.	Trabaj. Cuidados Pers. Afines	Vendedor Pros. Fijos y Mov. Kioscos	Oficina. Oper. Trat. Madera
Total	2,822	34	45	1,268	328	25	348	562	191	21	
Profesional Ciencias Biológicas	45	0	45	0	0	0	0	0	0	0	
Médicos y Profesionales Afines	1439	34	0	1,268	137	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Sup.	191	0	0	0	191	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Med.	25	0	0	0	0	25	0	0	0	0	
Trabaj. Cuidados Personal y Afines	1,122	0	0	0	0	0	348	562	191	21	
Total	1,190	34	45	761	137	0	213	0	0	0	
Hombre	45	0	45	0	0	0	0	0	0	0	
Profesional Ciencias Biológicas	932	34	0	761	137	0	0	0	0	0	
Médicos y Profesionales Afines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Sup.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Med.	213	0	0	0	0	0	213	0	0	0	
Trabaj. Cuidados Personal y Afines	1,632	0	0	507	191	25	135	562	191	21	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Mujer	507	0	0	507	0	0	0	0	0	0	
Médicos y Profesionales Afines	191	0	0	0	191	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Sup.	25	0	0	0	0	25	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Med.	909	0	0	0	0	0	135	562	191	21	
Trabaj. Cuidados Personal y Afines											

	1997	GRUPO OCUPACIONAL SECUNDARIO									
		Total	Gerentes Pequeñas Empresas	Médicos y Profesionales Afines	Enfermeras Parteras Niv. Sup	Profesores Catedráticos Universidad	Enfermeras Parteras Niv. Med.	Trabaj. Cuidados Pers. Afines	Oficial, Oper. Procesam. Alimentos	Oficina. Oper. Tex. Confec. Af	Per. Domest. Limpieza. Afines
Total	4,285	254	1,837	244	562	533	254	138	155	308	
Médicos y Profesionales Afines	2,586	254	1,837	0	495	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Sup.	311	0	0	244	67	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Med.	533	0	0	0	0	533	0	0	0	0	
Trabaj. Cuidados Personal y Afines	855	0	0	0	0	0	254	138	155	308	
Total	2,745	254	1,714	0	495	282	0	0	0	0	
Hombre	2,463	254	1,714	0	495	0	0	0	0	0	
Médicos y Profesionales Afines	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Sup.	282	0	0	0	0	282	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Med	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Trabaj. Cuidados Personal y Afines	1,540	0	123	244	67	251	254	138	155	308	
Total	123	0	123	0	0	0	0	0	0	0	
Mujer	311	0	0	244	67	0	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Sup.	251	0	0	0	0	251	0	0	0	0	
Enfermeras y Parteras .Niv. Med	855	0	0	0	0	0	254	138	155	308	
Trabaj. Cuidados Personal y Afines											

(1) Capitales Departamentales, excepto Cobiaja, incluye El Alto.

(2) Incluye sólo profesionales, técnicos, profesionales de nivel medio y otros trabajadores personales en salud.

(3) Incluye sólo casos donde se declaró ingreso principal y/o secundario, este último si corresponde.

Fuente: INE, EIH 5ta ronda 1992 / ENE III - 1997. Elaboración propia.

Cuadro N° 10
Bolivia: Ciudades capitales. Subutilización de la fuerza de trabajo del sector salud, según sexo y ocupación
específica agregada (1992-1995-1997-1999)
(Área urbana)

	1992			1995			1997			1999		
	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno
Total	15,645	7,468	8,177	20,512	7,124	13,388	31,211	10,390	20,821	33,155	6,472	26,683
Profesionales en salud	6,964	977	5,987	10,854	1,622	9,232	14,398	1,034	13,364	19,049	1,397	17,652
Técnicos y Prof. de nivel medio en salud	3,458	1,880	1,578	4,889	1,922	2,967	6,788	2,570	4,218	10,241	1,210	9,031
Otros trabajadores personales en salud	5,223	4,611	612	4,769	3,580	1,189	10,025	6,786	3,239	3,865	3,865	0
Hombre	5,970	865	5,105	7,868	1,819	6,049	11,503	2,272	9,231	9,786	434	9,352
Profesionales en salud	4,540	274	4,266	5,943	842	5,101	7,505	747	6,758	7,462	434	7,028
Técnicos y Prof. de nivel medio en salud	844	218	626	1,267	393	874	2,344	899	1,445	2,324	0	2,324
Otros trabajadores personales en salud	586	373	213	658	584	74	1,654	626	1,028	0	0	0
Mujer	9,675	6,603	3,072	12,644	5,305	7,339	19,708	8,118	11,590	23,369	6,038	17,331
Profesionales en salud	2,424	703	1,721	4,911	780	4,131	6,893	287	6,606	11,587	963	10,624
Técnicos y Prof. de nivel medio en salud	2,614	1,662	952	3,622	1,529	2,093	4,444	1,671	2,773	7,917	1,210	6,707
Otros trabajadores personales en salud	4,637	4,238	399	4,111	2,996	1,115	8,371	6,160	2,211	3,865	3,865	0

	1992			1995			1997			1999		
	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno	Total	Sub-empleado invisible	Ocupado pleno
Total	100.0	47.7	52.3	100.0	34.7	65.3	100.0	33.3	66.7	100.0	19.5	80.5
Profesionales en salud	100.0	14.0	86.0	100.0	14.9	85.1	100.0	7.2	92.8	100.0	7.3	92.7
Técnicos y Prof. de nivel medio en salud	100.0	54.4	45.6	100.0	39.3	60.7	100.0	37.9	62.1	100.0	11.8	88.2
Otros trabajadores personales en salud	100.0	88.3	11.7	100.0	75.1	24.9	100.0	67.7	32.3	100.0	100.0	0.0
Hombre	100.0	14.5	85.5	100.0	23.1	76.9	100.0	19.8	80.2	100.0	4.4	95.6
Profesionales en salud	100.0	6.0	94.0	100.0	14.2	85.8	100.0	10.0	90.0	100.0	5.8	94.2
Técnicos y Prof. de nivel medio en salud	100.0	25.8	74.2	100.0	31.0	69.0	100.0	38.4	61.6	100.0	0.0	100.0
Otros trabajadores personales en salud	100.0	63.7	36.3	100.0	88.8	11.2	100.0	37.8	62.2	-	-	-
Mujer	100.0	68.2	31.8	100.0	42.0	58.0	100.0	41.2	58.8	100.0	25.8	74.2
Profesionales en salud	100.0	29.0	71.0	100.0	15.9	84.1	100.0	4.2	95.8	100.0	8.3	91.7
Técnicos y Prof. de nivel medio en salud	100.0	63.6	36.4	100.0	42.2	57.8	100.0	37.6	62.4	100.0	15.3	84.7
Otros trabajadores personales en salud	100.0	91.4	8.6	100.0	72.9	27.1	100.0	73.6	26.4	100.0	100.0	0.0

Fuente: Elaboración propia con base a las encuestas de hogares (INE), años 1992 y 1995 correspondientes a la EIH 5ta. y 8va. rondas respectivamente, la ENE III del año 1997 y la Mecovi 1999.
 Nota: Los totales pueden mostrar diferencias en función de los casos sin respuesta.

Este libro se terminó de imprimir el mes de septiembre de 2002,
en los Talleres de Editorial Offset Boliviana Ltda. "EDOBOL".
Calle Abdón Saavedra N° 2101 - Teléfonos: 241 0448 • 241 2282 • 241 5437
Fax: 242 3024 - Casilla 10495
La Paz - Bolivia

