

CONTROL  
CIUDADANO

ABRIL 2012



BOLETÍN DE SEGUIMIENTO A POLÍTICAS PÚBLICAS - SEGUNDA ÉPOCA - AÑO IX - Nº 20

• *Reestructuración de la CNS*

## Universalización de la salud a costa de los trabajadores

- **E**l Gobierno del MAS desató hace un tiempo una amplia campaña promoviendo la reestructuración de la Caja Nacional de Salud (CNS), justificándola con denuncias de corrupción, nepotismo y existencia de una dictadura sindical, hechos que explicarían la ineficiencia y mala calidad de la atención médica en dicha entidad.



Aunque es evidente que el desempeño de la CNS es deficiente y que varias de las denuncias son probablemente ciertas, consideramos que el análisis de la intención gubernamental de intervenir en el seguro de salud debe abordar otros aspectos de mayor trascendencia—como la situación real del sistema de salud— que nos permitan comprender los verdaderos objetivos de la reforma.

### MARCO HISTÓRICO DE LA PAULATINA PRIVATIZACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

El marco histórico en el que se inscribe el proyecto de Seguro Universal de Salud del Gobierno del MAS es la evolución de la política de seguridad social aplicada por los diferentes Gobiernos desde 1956, año en que se promulgó el Código de Seguridad Social.

Un aspecto fundamental de esa evolución es el del financiamiento del sistema. Como se puede observar en el cuadro, el financiamiento de la seguridad social en el país fue deteriorándose gradualmente. La lógica general de las políticas gubernamentales fue la de reducir el financiamiento mediante la disminución del aporte patronal y la eliminación del aporte

estatal, transfiriendo parte de esas obligaciones al trabajador. Peor todavía, en la última reforma de 2010 se impuso a los asalariados la obligación del financiamiento de la seguridad social de trabajadores independientes a través del aporte al fondo solidario (Cuadro 1).

En 1956, año de promulgación del Código de Seguridad Social, el aporte total para la seguridad social del trabajador alcanzaba al 36% de su salario, es decir más de un tercio. De ese monto, el aporte laboral representaba 28%, el patronal 58% y el estatal 14%.

En 1972, durante la dictadura militar de Banzer, el aporte laboral se redujo a 23%, el patronal subió a 77%, pero el aporte estatal desapareció. La insuficiencia de los aportes para garantizar una renta de supervivencia justificó la creación de innumerables “fondos complementarios” que permitirían, mediante la imposición de aportes laborales y patronales adicionales, el incremento de la renta básica financiada con el aporte a la Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS). Esta reforma desvirtuó totalmente el carácter universal y solidario de la seguridad social, pues permitió la emergencia de rentas y de servicios de salud de calidad diferente, agravando la

**Cuadro 1**  
Evolución de las contribuciones a la seguridad social en Bolivia (Porcentaje por salario)

	PATRONAL				LABORAL				ESTATAL	TOTAL
	Invalidez vejez muerte	Riesgo profesional	Corto plazo	Total	Invalidez vejez muerte	Riesgo común	Corto plazo	Total		
1956	21,0%			21,0%	5,0%		5,0%	10,0%	1% -5%	32% - 36%
1972	4,0%		8,0%	12,0%	1,5%		2,0%	3,5%	1,5%	15,5%
1987	3,5%	1,5%	10,0%	15,0%	5,0%			5,0%	1,0%	21,0%
1990	6,0%		10,0%	16,0%	6,0%			6,0%	1,5%	22,0%
1996		1,7%	10,0%	11,7%	10,5%	1,7%		12,2%		23,9%
2010	3,0%	1,7%	10,0%	14,7%	11,0%	1,7%		12,7%		27,4%

Fuente: Elaboración propia con base en leyes y decretos sectoriales.

discriminación entre trabajadores que ganan más y trabajadores más pobres.

En 1987, durante el Gobierno de Paz Estenssoro se procedió a la separación de los regímenes de largo plazo (jubilación) y de corto plazo (salud) que constituían el sistema de seguridad social. Se dispuso que el financiamiento de la seguridad de corto plazo esté exclusivamente a cargo del empleador, mientras que para el financiamiento del régimen de largo plazo los aportes provendrían tanto del empleador como del trabajador; el aporte de este último se incrementó de 3,5% a 5%. Así, el aporte laboral representaba 24% del total de aportes, el patronal bajaba a 71% y el estatal se ubicaba en 5%. Estos cambios destacan claramente la intención gubernamental de concentrar el aporte patronal en el financiamiento de la salud antes que en la jubilación, pues al empresario le interesa un trabajador activo sano y no uno retirado que ya no puede generarle ganancias.

En 1996, bajo el régimen neoliberal de Sánchez de Losada, desapareció definitivamente el aporte estatal. El aporte laboral fue de 51% del total y el patronal cayó a 49%, pues desapareció del financiamiento de la jubilación y se restringió a 1,71% del salario para cubrir riesgos profesionales, es decir la invalidez producida en el trabajo.

Finalmente, en 2010 se consolidó una estructura de los aportes — equivalentes a 27,4% del salario— con la siguiente distribución: aporte laboral

46% del total y aporte patronal 54%. La peculiaridad de esta última reforma consiste en que 11% del financiamiento es un aporte patronal “solidario” y 2% un aporte laboral “solidario”, ambos destinados a un fondo común para otros trabajadores asalariados o independientes. La creación de estos nuevos aportes especiales significa que una fracción del salario diferido de los obreros va a financiar algunas prestaciones de la seguridad social de trabajadores que no aportan a la generación de nuevo valor para la acumulación del capital, lo que resulta ser una reducción del salario global del obrero y un incremento de su explotación. Además, como exime al Estado de su responsabilidad transfiriéndola a los propios trabajadores, significa un paso más hacia la privatización de la seguridad social.

#### OBJETIVOS DEL GOBIERNO DEL MAS EN EL ÁREA DE SALUD

En 2010 se proyectó una Ley del Sistema Único de Salud<sup>1</sup>, que pretendía garantizar el acceso a la salud “con carácter universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad y control social”, a través de la constitución de una sola institución que unificaría la gestión y las finanzas de todas las entidades públicas prestadoras de servicios de salud y de las cajas de salud, exceptuando a las ONG, que se adherirían mediante convenios especiales.

Se planteaba la creación de un Fondo Único de Salud del Estado

Plurinacional que controlaría los recursos fiscales destinados a salud, los provenientes de la cooperación internacional y los aportes patronales de los trabajadores asalariados. Estos últimos se incrementaban de 10% a 12% y se transformaban en un “impuesto patronal para la salud”, con lo que perdían su origen salarial y se convertían en recursos de carácter público.

Ante el rechazo de las instituciones de seguridad social y de algunos sectores de trabajadores asalariados, el Gobierno sustituyó esa propuesta por otra<sup>2</sup> que propugna la adhesión voluntaria de las cajas de salud al sistema y mantiene el carácter del aporte patronal como un recurso destinado al financiamiento de la atención de los trabajadores asalariados afiliados a la CNS y a las cajas sectoriales.

Ese propósito fallido no se basaba en una idea reciente, sino que estuvo ya perfilado en documentos oficiales anteriores. Es el caso del documento

*...como exime al Estado de su responsabilidad transfiriéndola a los propios trabajadores, significa un paso más hacia la privatización de la seguridad social*

*Bolivia: bases del plan estratégico de salud 2006-2010*<sup>3</sup> del Ministerio de Salud y Deportes, que concretiza las políticas sectoriales del Plan Nacional de Desarrollo emitido en 2006.

En ese documento se realiza un diagnóstico del sistema de salud, cuyos principales aspectos son: i) la existencia de problemas de inequidad, *pues se prioriza la atención médica de tercer nivel y del área urbana* y la infraestructura no se desarrolla en redes ni con enfoque intercultural, lo que afecta principalmente a campesinos y grupos étnicos minoritarios; ii) el sistema sufre de fragmentación que lo lleva hacia su privatización y existe *anarquía sindical* y situación de conflicto permanente; iii) es un sistema con grandes limitaciones en *recursos humanos, económicos, tecnológicos y físicos*: buena parte de los ingresos del sistema provienen de los usuarios, el financiamiento de los proyectos de salud es vulnerable, la política salarial del sector no es homogénea, la *distribución per cápita de los recursos financieros en los sectores es discriminatoria*, la asignación de recursos prioriza los niveles complejos en detrimento del nivel primario y las cajas de salud son ineficientes y poco transparentes, y iv) la existencia de *importantes recursos para el sector provenientes de la seguridad social*, del programa HIPC, de la coparticipación tributaria y del IDH.

En el documento *Plan de desarrollo sectorial-Salud 2006-2010* del Ministerio de Salud y Deportes presentado en diciembre de 2006<sup>4</sup> también se incluía un diagnóstico de los problemas del sistema de salud: i) la cobertura a sólo el 77% de la población; ii) un 32% del gasto en salud es cubierto con recursos de los propios ciudadanos frente a 42% cubierto por la seguridad social y 21% por el sector público; iii) el gasto anual per cápita de sólo 62 dólares; iii) la gran disparidad en el gasto per cápita de las entidades de seguridad social, que va desde los 56 dólares hasta los 698 dólares anuales; iv) los recursos humanos escasos y con distribución no proporcional, siendo *más favorecido el subsistema de la seguridad social* que

el subsistema público; v) los recursos físicos escasos y concentrados en el sector público y vi) la “baja resolutivez, desarticulación entre niveles e infuncionalidad” como características generales de la atención médica en el sistema.

Consecuentemente, el plan proponía como estrategia principal la universalización del acceso al Sistema Único de Salud Intercultural, mediante la realización del programa Salud Familiar Intercultural y Comunitaria. La meta era que 100% de la población boliviana accediera al Sistema Único, Intercultural y Comunitario. La segunda estrategia, denominada Recuperación y consolidación de la soberanía sanitaria, sería materializada mediante el programa de Conducción, Regulación,

Fiscalización y Modulación del financiamiento, que tenía como metas el establecimiento de un Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud y el Financiamiento suficiente y sostenible para el sector salud y el sistema de aseguramiento universal.

Finalmente, el ministerio, en su *Plan de Desarrollo Sectorial de 2006*<sup>5</sup>, proponía varias políticas, estrategias y metas para el quinquenio 2006-2010, de las cuales destacamos: i) reducción de la brecha de asignación de médicos y otro personal entre las áreas urbana y rural a 50%; ii) aumento en 30% de la inversión física y equipamiento del nivel I respecto de los otros niveles; iii) aumento de la “cobertura del aseguramiento universal” en las áreas rural y urbana hasta 80%; iv) extensión de las atenciones en brigadas móviles en el área rural de 1,4 a 2,3 millones de personas; y iv) implementación del Seguro Universal de Salud, que logre una cobertura de seguro social de 70% de la población rural, que incorpore a un 25% de la población que no pertenece a sistemas de aseguramiento, que incremente de 28% a 45% la población con seguridad social y que

**La meta era que 100% de la población boliviana accediera al Sistema Único, Intercultural y Comunitario.**



umento de 40% a 100% la población indígena con cobertura de seguro de salud.

Como se puede colegir, desde un principio el Gobierno consideraba que la situación crítica del sistema de salud provenía, principalmente, de la insuficiente e inequitativa asignación de los recursos, de la gestión dispersa e ineficiente y del entorpecimiento del funcionamiento por la “acción anárquica” de los sindicatos. Más todavía, se califica al subsector de la seguridad social como “excluyente, ya que solamente protege a trabajadores formales y sus familias”<sup>6</sup>. Por ello no resulta difícil sacar las conclusiones lógicas de la evaluación gubernamental: para lograr el sistema único intercultural y comunitario se debería priorizar la

atención primaria rural, concentrar todos los recursos —incluyendo especialmente los de la seguridad social—, intervenir en las entidades ineficientes y enfrentar la acción sindical. En resumen, se anticipaba la intención de pugnar por el control, desde el Ministerio de Salud, de las entidades de seguridad social de corto plazo para implementar las políticas gubernamentales en esta materia.

#### SITUACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD Y APOORTE DE LAS ENTIDADES DE SEGURIDAD SOCIAL

De acuerdo con un análisis de la Unidad de Seguros Públicos del Ministerio de Salud y Deportes<sup>7</sup>, en el año 2003 la cobertura del sistema de salud era de sólo 67% de la población nacional, por lo que la población desprotegida alcanzaba a 33%. De la población protegida, 45% correspondía al subsistema público, 37% a la seguridad social y 18% al subsector privado.

Para el año 2006, tomando en cuenta el diagnóstico oficial antes citado, la cobertura del sistema de salud habría subido a 77% y la población desprotegida habría bajado a 23%. Según la misma fuente, 52% de la población protegida correspondía al subsistema

público, 35% a la seguridad social y 13% al subsistema privado. Es decir que la participación del sector público en ese lapso habría aumentado en detrimento de los otros dos subsistemas, situación que respondería a la ampliación de los seguros públicos de salud puestos en funcionamiento a partir de 1996.

Para el año 2007, según el MSD<sup>8</sup> con información del INE<sup>9</sup>, la población excluida de la atención en salud llegaría a 43%. En los años posteriores no se cuenta con estadísticas discriminadas de la cobertura del sistema de salud, empero, según el ministerio del área<sup>10</sup>, en 2010 el subsistema de seguridad social cubriría a 28,5% de la población total. Además, según información institucional de la CNS, esta institución habría cubierto con sus servicios en 2009 a 2.536.031, es decir a 24,8% de la población total del país (Cuadro 2).

La población cubierta por los seguros de salud en el año 2009 alcanzaba a 3.131.733 personas, equivalente a 30,6% de la población total del país. Por su parte, la CNS era responsable de la atención de 80,9% de la población asegurada en el sistema de seguridad social de corto plazo, lo que significa que su cobertura alcanzaba a 24,8% de la población nacional.

*La población cubierta por los seguros de salud en el año 2009 alcanzaba a 3.131.733 personas, equivalente a 30,6% de la población total del país*

**Cuadro 2**  
Población protegida por la Caja Nacional de Salud

	Total	Totales		Cotizantes	Benef.	Rentistas	Benef.	List. pasivas	Benef.	Seguro médico gratuito de vejez	Aseg.*/SMGV
		Asegurados	Benef.								
2000	1.851.540	600.128	1.251.412	387.733	1.087.951	105.363	158.718	20.161	4.743	86.871	5,91
2001	1.879.554	622.777	1.256.777	391.420	1.098.375	102.281	154.600	16.043	3.802	113.033	4,51
2002	1.923.607	644.552	1.279.055	398.457	1.117.228	105.278	158.261	15.045	3.566	125.772	4,12
2003	2.033.265	692.795	1.340.470	419.666	1.176.576	119.179	160.717	13.251	3.177	140.699	3,92
2004	2.171.485	758.048	1.413.437	423.306	1.186.527	169.254	224.041	11.462	2.869	154.026	3,92
2005	2.158.103	748.676	1.409.427	440.792	1.235.447	120.415	171.718	10.840	2.262	176.629	3,24
2006	2.298.937	805.034	1.493.903	473.822	1.326.728	116.044	165.532	9.970	1.643	205.198	2,92
2007	2.485.560	868.165	1.617.395	522.613	1.463.321	110.859	152.811	8.861	1.263	225.832	2,84
2008	2.509.632	866.999	1.642.633	533.787	1.494.605	108.647	147.142	7.825	886	216.740	3,00
2009	2.536.031	873.477	1.662.554	540.980	1.514.691	108.647	147.142	7.049	721	216.801	3,03

**Nota:** (\*) Aseg: No incluye en este caso a los asegurados del SMGV porque no cotizan personalmente, sino que es el Estado el que paga una prima por su atención.

**Fuente:** CNS, Anuario Estadístico 2009.

Si consideramos que la población del país en 2001 era de 8.274.325 y que la CNS atendía a 1.879.554 personas, su cobertura de la población nacional equivalía a 22,7%. Por lo tanto, la CNS habría aumentado su participación en la cobertura de salud de la población boliviana de 22,7% a 24,8%, ciertamente un crecimiento bajo, pero relevante si se considera el gran deterioro registrado en el mercado laboral en esta década, con tasas de desempleo abierto de más de 10%, superiores a los promedios históricos del siglo pasado.

También se debe tomar en cuenta que, a través de diversas políticas gubernamentales, se ha ido asignando a la CNS, de manera obligatoria, la responsabilidad de la atención médica a grupos sociales ajenos a su población afiliada. Los nuevos contingentes de asegurados han incrementado de manera dramática la población cubierta: en 2001 constituían un 6% adicional y en 2009 llegaban ya a un 10% adicional. Tal es el caso de las personas afiliadas al Seguro de Salud Para el Adulto Mayor (SSPAM)<sup>11</sup>, que pasaron de 86.871 en el año 2000 a 216.801 en el año 2009.

Lastimosamente, ese incremento de la población protegida no guarda relación con el crecimiento de la población afiliada a la CNS: asalariados activos y jubilados. Así, mientras la población atendida por el SSPAM crecía a una tasa anual de 11% como promedio durante la última década, los asalariados afiliados lo hacían apenas a una tasa de 3,2%.

Esa obligación impuesta a la entidad de seguridad social afecta su capacidad financiera para la prestación de

servicios, más aún si se toma en cuenta que el SSPAM se financia con el pago de una prima anual inferior a la cotización anual de un salario mínimo nacional. En efecto, si consideramos que el salario mínimo nacional para 2011 es de Bs. 815 y la prima del seguro del adulto mayor, actualizada por UFV es de Bs. 781,9 para abril de este año, la prima equivaldría únicamente a 79,9% de la cotización anual de un trabajador que percibe el salario mínimo<sup>12</sup>.

De este modo, el deterioro de la capacidad financiera de la CNS se agravará paulatinamente si el Estado no asume su responsabilidad de proveer de infraestructura y medios para fortalecer el sistema público de salud y opta por incorporar en las entidades de seguridad social a un número cada vez mayor de personas que no pueden cotizar regularmente y cuya prima financiada por el Estado es reducida y menor a la ya de por sí baja cotización de los asalariados, cuyo número no aumenta por efectos de la estrechez del mercado laboral formal (Cuadro 2).

En el caso de la cobertura de consultas externas, la información

*Se ha ido asignando a la CNS, de manera obligatoria, la responsabilidad de la atención médica a grupos sociales ajenos a su población afiliada*



**Cuadro 3**  
Consultas externas por subsector de salud (Número de consultas)

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cajas	2.661.924	3.669.949	4.167.155	4.509.821	4.719.255	4.865.225	5.256.991	5.201.651	5.379.851	5.769.588
Públicos *	4.297.560	4.754.112	5.589.267	6.084.533	6.486.147	7.328.973	7.980.899	8.232.112	8.901.695	9.100.308
Privados**	1.584.247	1.626.773	1.828.027	2.126.638	2.269.855	2.597.561	2.660.082	2.687.869	2.866.772	2.882.068

Notas: (\*) Incluye públicos y FF AA.

(\*\*) Incluye privados, ONG e Iglesia.

Fuente: MSD, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.



consignada por el MSD difiere mucho de la proporcionada por INASES: según el primero, el año 2009 las entidades de seguridad social habrían realizado 5,77 millones de consultas, en tanto que según el INASES, ese número sería de 7,04 millones de atenciones. También existe discrepancia respecto a la cobertura de la CNS ese mismo año: según INASES, la CNS habría atendido 4,24 millones de consultas externas; en cambio, según la propia caja, ese número alcanzaría a 4,67 millones de casos.

Como se puede observar, la información del ministerio subestima los datos correspondientes a los

diferentes subsectores de salud. Pero si consideramos que el INASES basa su información en registros institucionales de las cajas, deberíamos tomar como datos más fidedignos los de esta institución.

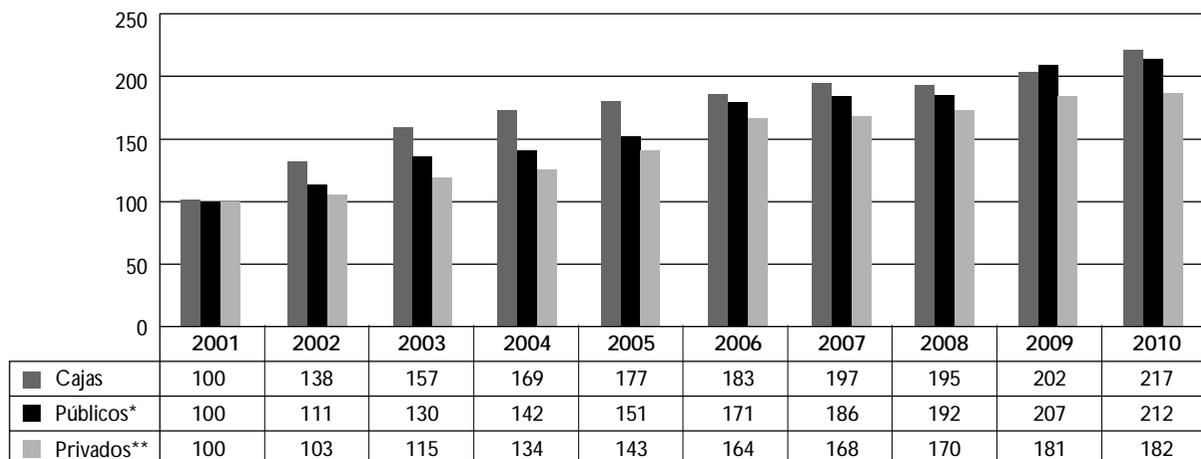
De esta información se desprende que la atención médica de los subsectores público y cajas ha ido creciendo a lo largo de la década, pero también lo ha hecho la del subsector privado, que prácticamente se ha duplicado (Gráfico 1).

Los índices de las consultas externas por subsectores —considerando como año base el 2001—, muestran que el incremento más elevado corresponde al subsector de la seguridad social, cuyo índice en 2010 llegó a 217. Le sigue el subsector público, con un índice de 212 y, finalmente, el subsector privado con un índice de 182.

En términos de tasas anuales de crecimiento del número de consultas externas, tenemos: subsector cajas, 13%, subsector público, 12% y subsector privado, 9%. Esto revela que la cobertura del subsector público de salud no ha aumentado lo suficiente para revertir la tendencia hacia la privatización de la atención de salud en el país.

*La cobertura del subsector público de salud no ha aumentado lo suficiente para revertir la tendencia hacia la privatización de la atención de salud en el país*

Gráfico 1  
Índice de consultas externas por subsector (2001 = 100)



Nota: (\*) Incluye públicos y FFAA.

(\*\*) Incluye privados, ONG e iglesia.

Fuente: MSD, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

Esa tendencia a la privatización paulatina de la atención médica en Bolivia se puede observar con mayor claridad en el comportamiento del índice de las hospitalizaciones por subsector. En el cuadro correspondiente se comprueba que la atención hospitalaria de la población —que consiste en intervenciones más complejas y costosas— es asumida cada vez más por centros de salud privados, probablemente ante el insuficiente crecimiento de la infraestructura y los recursos profesionales del subsector público, que en los últimos años ha priorizado la atención primaria en detrimento de los niveles más complejos. Esta situación coincide con el diagnóstico oficial referido a que una parte importante del gasto para la atención de la salud (32%) es financiado con recursos propios o “del bolsillo” de la propia población.

#### CAPACIDAD DE ATENCIÓN DEL SISTEMA E IMPORTANCIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La importancia de la seguridad social puede observarse también a la luz de la información relativa a la infraestructura instalada y a los recursos humanos y financieros de que dispone, frente a la evidente debilidad del sector público para asumir su obligación de proveer de servicios de salud de manera universal (Cuadro 5).

De acuerdo a la información del Ministerio de Salud, el subsector de seguros de salud poseía en 2009 un total de 187 establecimientos de

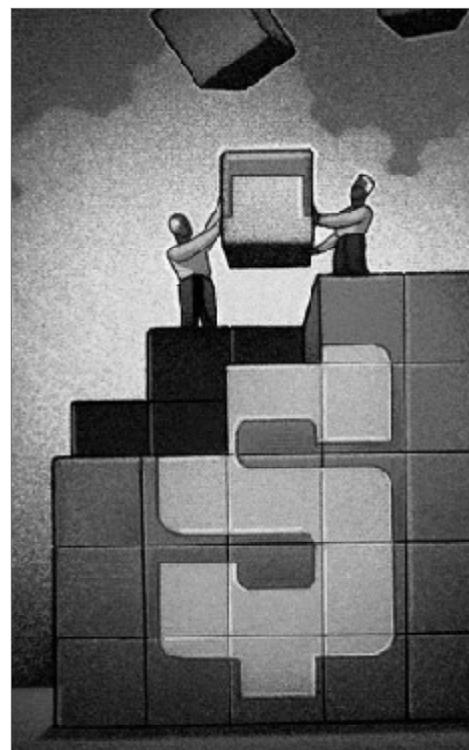
**Cuadro 4**  
**Índice de hospitalizaciones por subsector (2001 = 100)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Público *	100	122	129	137	142	146	147	154	157
Cajas	100	125	131	134	135	137	143	145	151
Privados **	100	112	125	143	171	210	212	223	230

Notas: (\*) Incluye públicos y FF AA.  
(\*\*) Incluye privados, ONG e Iglesia.  
Fuente: MSD, Sistema Nacional de Información en Salud y Vigilancia Epidemiológica.

consulta externa y hospitalización, un número ligeramente inferior al consignado por INASES<sup>13</sup> como establecimientos propios, que fue de 192; adicionalmente, INASES reporta que las cajas de salud tenían otros 168 establecimientos alquilados. Considerando un total de 360 establecimientos a cargo de la seguridad social, 264 eran establecimientos de consulta externa —entre policlínicos, policlinicos y puestos médicos— y los restantes 96 eran hospitales y clínicas. Además, del total de establecimientos, le correspondían a la CNS 158 establecimientos: 129 de consulta externa y 29 hospitales. De esos 158 establecimientos, 90 eran propios y 68 alquilados.

Una característica destacable de la infraestructura de que dispone el sistema de salud es su elevada concentración en niveles básicos de atención, siendo escasos los centros de salud de tercer nivel, esto es, de centros especializados con equipamiento más sofisticado. En el subsector público 96% de



**Cuadro 5**  
**Número de establecimientos de salud por subsector y nivel de atención 2006 y 2009**

	2006				2009				Var.
	1er Nivel	2do Nivel	3er Nivel	Total	1er Nivel	2do Nivel	3er Nivel	Total	
Cajas	128	26	19	173	136	32	19	187	8%
Públicos	2.274	77	29	2.380	2.598	84	29	2.711	14%
ONG	166	6	-	172	143	8	-	151	-12%
Iglesia	95	17	1	113	89	14	3	106	-6%
Privados	71	57	9	137	74	73	8	155	13%
FFAA	7	1	-	8	9	1	-	10	25%
Total	2.741	184	58	2.983	3.049	212	59	3.320	11%

Fuente: SNIS-VE 2006 y MSD, Anuario 2009

sus establecimientos es de primer nivel y únicamente 1% de sus establecimientos es de tercer nivel; en el caso de las cajas de salud, 73% es de primer nivel y 10% de tercer nivel. Finalmente, 74% de los establecimientos del sector privado son de primer nivel y sólo 2% de tercer nivel.

Respecto a su ubicación, es remarcable que la mayoría de los establecimientos de salud del subsector público, 84%, se halla en el área rural; por el contrario, 64% de los establecimientos del subsector de la seguridad social son urbanos. Esta diferencia tiene que ver con las características del desarrollo de la economía del país: ausencia de desarrollo capitalista importante en el campo y, por tanto, concentración de las relaciones asalariadas en los centros urbanos que albergan las escasas unidades industriales y las actividades auxiliares, como los servicios privados y públicos. Por esa razón, los centros de atención de la seguridad social se encuentran ubicados en las ciudades, que es donde residen mayoritariamente sus afiliados o cotizantes asalariados, y comprenden los distintos niveles de atención, desde la primaria hasta la especializada. El Estado, por el contrario, ha limitado su infraestructura a establecimientos de atención primaria o atención ambulatoria en el área rural, que tiene un carácter preventivo y requiere menor inversión.

Resulta obvio que el resultado de esta situación es el abandono de la

población rural, que es una obligación fundamental del Estado y no del resto de los ciudadanos, como los trabajadores asalariados productivos que, aunque minoritarios, son quienes generan el excedente económico necesario para el funcionamiento del Estado y promueven el desarrollo de las ramas no productivas ligadas a la circulación y consumo de la producción.

De manera coincidente con la situación de la infraestructura, en el caso del número de camas se destaca también la enorme importancia de las entidades de seguridad social. Según datos del MSD, en el año 2009 19% de las camas disponibles pertenecían al sistema de seguridad social, frente a 61% del subsector público y 20% del subsector privado, de un total de 14.950 camas. Empero, si consideramos la información de INASES sobre este mismo asunto, las cajas tenían ese año un número total de 4.121 camas —y no únicamente 2823—, equivalentes a 25%; de ellas 2.802, equivalentes a 68%, pertenecían a la CNS.

*La inversión en infraestructura de salud de las entidades pública y de seguridad social sumó cada año un promedio de Bs. 160 millones*

Respecto al tema de la inversión en infraestructura, se debe mencionar que el sistema de seguridad social de corto plazo, en especial la CNS, tiene una capacidad importante. Es más, la participación de este subsector en la inversión total en infraestructura de salud es mayor a su participación en la cobertura de la población atendida, lo que le permite no sólo incrementar sostenidamente su infraestructura física, sino hacerla dotándola de mejor calidad en términos de innovación tecnológica (Cuadro 6).

Como se observa, la inversión en infraestructura<sup>14</sup> de salud de las entidades pública y de seguridad social sumó cada año un promedio de Bs. 160 millones, de los cuales alrededor de 30% correspondió a la Seguridad Social y 24% a la CNS considerada individualmente. En términos absolutos, el resultado acumulado para el quinquenio fue que, de casi Bs. 800 millones invertidos, la CNS aportó con 190 millones<sup>15</sup>.

Si la inversión pública del Gobierno nacional y los subnacionales creció en términos absolutos todos los años del período, la inversión de las cajas y en particular de la CNS lo hizo de manera importante aunque irregular, habiendo caído durante las gestiones 2007 y 2008 para recuperarse en 2009. Con todo, se debe añadir que la participación del gasto de inversión en el total del gasto público en salud en el año 2010 sólo fue de 43%. Asimismo, la información del mismo año revela que la ejecución del presupuesto de inversión pública llegó sólo a 64%.

En el caso de los recursos humanos, los subsectores sin fines de lucro —público y seguridad social— contaban en 2009 con un personal de 39.509 trabajadores, del cual 53% correspondería al subsector público, 30% a la CNS y 17% al resto de instituciones de seguridad social de corto plazo. Aunque no se cuenta con información sobre el número de personas que trabajan en la prestación de servicios de salud en el subsector privado, podemos suponer, a partir de la evolución de la cobertura de atención médica y de la magnitud de la

**Cuadro 6**  
Inversión pública en infraestructura de salud (En Bs.)

Subsector	2005	2006	2007	2008	2009
Público*	56.045.459	102.247.848	102.941.426	121.286.216	177.179.409
Seguridad Social	18.900.843	58.044.485	48.380.670	48.402.789	61.131.730
CNS	11.212.076	46.558.495	42.122.670	41.963.060	46.685.504
Otras cajas**	7.688.767	11.485.990	6.258.000	6.439.729	14.446.226
Total	74.946.302	160.292.333	151.322.096	169.689.005	238.311.139

Notas: (\*) Incluye Ministerio de Salud y Deportes, municipios y gobernaciones.

(\*\*) Incluye a la Caja Petrolera de Salud (todos los años) y a la Caja de Salud de Caminos (menos 2006). Excluye a las cajas de la Banca Privada, Banca Estatal, CORDES, SINEC, COSSMIL y Universidad Boliviana.

Fuente: VIPFE, base de datos electrónica.

infraestructura su cargo, que éste ha ido creciendo y que es por lo menos similar al que presta sus servicios en la seguridad social.

Los datos también destacan la enorme importancia del subsector de seguridad social en lo referido a los recursos humanos de salud: la CNS y las restantes cajas de salud contaban en 2009 con 47% de los trabajadores de salud en el país (Cuadro 7).

Aunque la participación de los profesionales y los técnicos en salud pertenecientes a los seguros de salud guarda relación con la participación de todo el personal dependiente en el conjunto de los recursos humanos del sistema —alrededor de 45%—, la participación de sus trabajadores administrativos excede toda proporcionalidad (Cuadro 8).

Debido al manejo político que impusieron sus ejecutivos a las cajas de salud a partir de la injerencia extrema de los sucesivos Gobiernos nacionales, la estructura de su planilla ha evolucionado desnaturalizando su carácter de entidades de salud y su naturaleza altamente especializada, dando lugar a una excesiva participación de personal administrativo. De esta manera, mientras el subsector público prioriza la presencia de personal de salud —aquellos directamente relacionados con las tareas de atención médica—, grupo que constituye 79,7% de su personal, las instituciones de seguridad social poseen una pesada burocracia administrativa que llega a 24,9% en el caso de la CNS y sobrepasa 32% en las otras cajas. Esta situación, obviamente, resulta ser una de las principales causas de ineficiencia y falta de calidad en la atención médica que brindan dichas instituciones.

#### ADMINISTRACIÓN DE LA CNS: CONDICIONES Y SITUACIÓN DE LA INJERENCIA POLÍTICA

A lo largo de la historia de la seguridad social los sucesivos Gobiernos han intentado excluir de la administración de la seguridad social la participación de los trabajadores y concentrar el poder de decisión en manos de sus representantes. Aunque

las razones han sido diversas, dos que estuvieron siempre presentes son: la enorme importancia financiera que tienen las entidades de seguridad social, que concentran enormes recursos provenientes del aporte que las empresas y entidades depositan como parte del salario de los trabajadores, y su relevancia como generadoras de fuentes de trabajo. Ambas cualidades han dado lugar, a lo largo de la historia de estas instituciones, a numerosos casos de corrupción protagonizados por los ejecutivos nombrados por las autoridades oficiales.

En el caso del MAS, esa orientación llega al extremo de pretender

*La Caja Nacional de Salud (CNS) y las restantes cajas de salud contaban en 2009 con 47% de los trabajadores de salud en el país*

concentrar las decisiones de nombramiento de los cargos ejecutivos y de los cargos técnicos, primero —según el D.S. de “institucionalización” de la CNS— en manos de los representantes gubernamentales y luego —de acuerdo a la nueva CPE— en manos del Presidente del Estado.

Veamos la evolución de este fenómeno:

i) En el Código de Seguridad Social de 1956 se establecía que el Consejo de Administración de la Caja estaría conformado por un presidente designado por el Presidente de la República de una terna propuesta por la COB, con lo que se afirmaba que la atribución principal correspondía a la organización laboral, como representante de los dueños del sistema. Asimismo, se disponía que la participación laboral en esa instancia directiva llegara a 48%, con 11 de sus 24 miembros.

Dicho Consejo tenía entre sus atribuciones el nombramiento del gerente general y del gerente técnico, principales ejecutivos de la

**Cuadro 7**  
Recursos humanos por subsector de salud 2009

	Profesionales en salud	Técnicos en salud	Auxiliares en salud	Administrativos	Servicios	Total
Público*	8.855	1.136	6.662	1.707	2.526	20.886
CNS**	4.643	536	2.143	2.948	1.559	11.829
Otras cajas**	2.820	373	1.048	2.225	328	6.794
<b>Total</b>	<b>16.318</b>	<b>2.045</b>	<b>9.853</b>	<b>6.880</b>	<b>4.413</b>	<b>39.509</b>

Notas: (\*) MSD, Anuario Estadístico en Salud 2009  
(\*\*) INASES, Anuario Bioestadístico 2009  
Fuente: Elaboración propia con base en MSD e INASES.

**Cuadro 8**  
Composición de recursos humanos por subsector de salud 2009

	Profesionales en salud	Técnicos en salud	Auxiliares en salud	Administrativos	Servicios	Total
Público	42,4%	5,4%	31,9%	8,2%	12,1%	100,0%
CNS	39,3%	4,5%	18,1%	24,9%	13,2%	100,0%
Otras cajas	41,5%	5,5%	15,4%	32,7%	4,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia con base en MSD e INASES.

institución. También se encargaba de conformar un Consejo Ejecutivo, con la participación de dos delegados laborales de cuatro miembros que lo componían, instancia que aprobaba y ejecutaba el presupuesto y controlaba el desempeño del personal.

- ii) En el año 2002, durante el Gobierno de Jorge Quiroga, mediante el D.S. 26495 se determinaba que la elección del presidente del Directorio era atribución del Presidente de la República de una terna propuesta por la Cámara de Diputados, pero de manera temporal se asignaba a la COB la responsabilidad de proponer una terna de candidatos, aunque se definía de antemano que el presidente interino de la institución debía ser un representante laboral del Directorio. También establecía la representación equitativa de los sectores laboral, empresarial y estatal en el Directorio, con tres representantes para cada uno de ellos. El Directorio tenía la atribución de nombrar al gerente general a través de

concurso de méritos de candidatos seleccionados organizado por una empresa especializada.

- iii) En el Estatuto Orgánico de la CNS publicado en el año 2004 se disponía que el director ejecutivo —nueva denominación proveniente de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo— sería nombrado por el Directorio de la CNS de una terna resultante de una convocatoria pública o concurso de méritos, realizada a través de una empresa especializada.
- iv) En 2006, el Gobierno de Evo Morales, mediante el D.S. 28719

*La Ley 006 elimina definitivamente lo dispuesto por el Código de Seguridad Social, que daba preeminencia a la representación laboral en la designación de autoridades de la entidad aseguradora.*

de "Institucionalización de la CNS", determinaba que el Presidente del Directorio de la CNS sería elegido por el Presidente de la República de ternas presentadas por los tres sectores que conforman el Directorio. Asimismo, el gerente general debía ser nombrado por el Directorio en sujeción al "Reglamento Específico de Reclutamiento, Selección y Elección de Postulantes a Cargos Vacantes de la Caja Nacional de Salud".

- v) La nueva Constitución Política del Estado, aprobada en febrero de 2009, dispone que las presidentas o presidentes de entidades económicas y sociales serán designados por el Presidente del Estado de ternas propuestas por la atribución de la Cámara de Diputados. Según esta disposición, el Presidente podría nombrar a cualquier funcionario de cualquier entidad o empresa donde participe el Estado; de aquí se deduce que el gerente de la CNS también debería ser elegido por el Presidente del Estado previa conformación de una terna por la Cámara de Diputados.

- vi) El D.S. 041, de marzo de 2009, establece una nueva conformación del Directorio de la CNS compuesto de diez miembros: dos representantes del Órgano Ejecutivo, dos representantes de la Confederación de Empresarios Privados de Bolivia, tres representantes laborales del sector pasivo y tres representantes del sector laboral activo.

Lo más importante, empero, es que este decreto determina que el Presidente del Directorio y el gerente general de la CNS sean elegidos y nombrados por el Presidente del Estado de ternas propuestas por el ministro(a) de Salud y Deportes.

Esta disposición será elevada a rango de ley por la Ley 006 de mayo de 2010, eliminando definitivamente lo dispuesto por el Código de Seguridad Social, que daba preeminencia a la representación laboral en la designación de autoridades de la entidad aseguradora.



Como se puede observar, los cambios normativos aplicados por el Gobierno del MAS a título de “reestructuración” de la CNS se orientaron a excluir a los representantes laborales de la designación de autoridades de una entidad que les pertenece, concentrando, por el contrario, toda la decisión sobre la designación de los encargados de su gestión en manos del Órgano Ejecutivo y, en particular, del Presidente del Estado. De este modo, se consolida, constitucionalizándose, la arbitraria injerencia política en la administración de una institución constituida y financiada con una fracción de los salarios de los trabajadores y se abre la compuerta para someterla a las directrices del Gobierno. En este sentido, queda incluida la posibilidad de que su patrimonio sea dispuesto para el cumplimiento de la política de salud del régimen de turno que, como en el presente, está interesado en recurrir a la subvención por parte de los trabajadores asalariados de los servicios de salud para el resto de la población, liberándose de este modo de su obligación constitucional de proveer estos servicios públicos con recursos del propio Estado.

### CONCLUSIONES

Del análisis precedente podemos sacar las siguientes conclusiones: i) el país enfrenta, desde hace varias décadas, un proceso de privatización de la salud que continúa con el actual Gobierno; ii) el elevado crecimiento de la población y, con ello, el incremento de las necesidades en el campo de la salud enfrenta las limitaciones emergentes del poco desarrollo económico, caracterizado por la precariedad del aparato productivo y su escasa capacidad de creación de empleo e ingresos laborales; iii) la orientación del gasto estatal —financiado en gran parte por rentas de sectores extractivos— hacia actividades improductivas y el enorme costo de las políticas redistributivas de tinte populista no han permitido mejorar las capacidades de atención de la salud de la población, especialmente de la

más pobre; iv) el Gobierno intenta controlar los recursos y el patrimonio construido por los trabajadores —esta vez en el sector salud— con la intención de cumplir parte de su política, pero sin afectar los intereses empresariales; y v) el deterioro del sistema de salud, especialmente de la seguridad social, proviene fundamentalmente de la forma en que fue administrado por los diferentes Gobiernos que usaron el aparato estatal para favorecer los intereses de los grupos de poder y para el enriquecimiento ilícito de los militantes del oficialismo, situación que no ha cambiado en la presente administración.

Sostenemos que la transformación de la seguridad social —tanto de largo como de corto plazo— en un servicio público es la única forma de que ésta incluya a toda la población. Esta solución sólo puede avanzar si se la financia mediante la imposición de mayores tributos a la ganancia de la clase capitalista, beneficiaria de la explotación de la fuerza de trabajo asalariada, y de la transferencia y exacción del valor creado por los trabajadores independientes mediante diversos métodos.

Esta solución es diferente a la pretendida conversión del actual aporte patronal para el seguro de salud en un impuesto que propugna el actual Gobierno, pues ello sólo significaría permitir el uso discrecional de esos recursos por parte del Órgano Ejecutivo; peor todavía, al utilizar dicho aporte para la ampliación del servicio de salud a otros segmentos de la población sólo podría ocurrir que la calidad de las prestaciones de la seguridad social caiga estrepitosamente o sería necesario incrementarlo continuamente —reduciendo los salarios— para cubrir las nuevas obligaciones. De lo que se trata es de que el Estado aplique mayores tributos a la ganancia capitalista sin

*Sólo puede avanzar si se financia mediante la imposición de mayores tributos a la ganancia de la clase capitalista, beneficiaria de la explotación de la fuerza de trabajo asalariada*





afectar los salarios ni las condiciones de trabajo de los obreros, es decir, sin incrementar su explotación; la resistencia empresarial a esa política pública justificaría que se imponga la expropiación de los medios de producción actualmente en manos de la burguesía para posibilitar la generación y el uso del excedente necesario para la cobertura de las necesidades sociales.

En este sentido, es correcta la actual defensa que hacen los trabajadores de la CNS y del resto de los afiliados de la COB de su entidad aseguradora, pues busca preservar un patrimonio logrado con el esfuerzo de los propios trabajadores y en base a sus luchas sociales sostenidas en el pasado contra la clase capitalista y el Estado. Es co-

recto también que esta reivindicación incluya la necesidad de una reorganización de la gestión sobre la base de la participación colectiva de los afiliados y los trabajadores de la institución, y no sobre la base de una participación "tripartita" que sólo ha servido para que la injerencia del Gobierno, coludido con la parte patronal, acelere su debilitamiento ante la arremetida imparable de la privatización de la salud en el país.

#### NOTAS

1. Borrador de Propuesta de Ley del Sistema Único de Salud de 7/4/2010.
2. Proyecto de Ley del 21 de septiembre de 2010.
3. [http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=197&Itemid=244](http://www.lachealthsys.org/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=197&Itemid=244)

4. Ministerio de Salud y Deportes. Plan de Desarrollo Sectorial Salud 2006-2010, presentación pdf, en: [www.procosi.org.bo/files/presentacion\\_ministerio.pdf](http://www.procosi.org.bo/files/presentacion_ministerio.pdf)
5. Plan Nacional de Desarrollo. Ministerio de Salud y Deportes, Plan de Desarrollo Sectorial, presentación, en [www.sns.gob.bo/institucional/politica/plan\\_desarrollo/.../julio.pdf](http://www.sns.gob.bo/institucional/politica/plan_desarrollo/.../julio.pdf)
6. Ministerio de Salud y Deportes. Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020. "Hacia la salud universal", en <http://www.sns.gob.bo/institucional/INF.PRIMER%20TRIMESTRE/PSD-PEI/Plan%20Sectorial%20de%20Desarrollo%202010-2020%20final%20con%20ORM.pdf>
7. Margarita Flores, 2007 Los seguros públicos en Bolivia, presentación en Power Point, Ministerio de Salud y Deportes, Unidad de Seguros Públicos.
8. Ministerio de Salud y Deportes, Plan Sectorial de Desarrollo 2010-2020 "Hacia la salud universal".
9. Encuesta MECOVI, 2007. El dato es incorrecto, pues la encuesta menciona que 57% de la población que estuvo enferma previamente a la encuesta no tuvo acceso al sistema de salud; ese grupo poblacional correspondería sólo a una parte de la población nacional, por lo que la exclusión, según esos cálculos, no debería ser mayor a 15% de la población total.
10. *Ibid.*
11. Denominado antes Seguro Médico Gratuito de Vejez (SMGV).
12. La diferencia sería mayor si se tomara en cuenta el salario medio de los afiliados a la seguridad social.
13. INASES, Anuario Bioestadístico 2009.
14. Considera únicamente proyectos de Construcción y equipamiento de establecimientos de salud y Otra infraestructura de salud.
15. Para 2010 estimamos a partir de información del VIPFE una inversión pública en infraestructura de salud de Bs. 124,7 millones, de los cuales un 70% corresponde al sector público y el restante 30% al subsector de seguridad social. La CNS habría invertido ese año Bs. 42,4 millones, equivalentes al 24% de la inversión total. ☺