

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICAS
CARRERA DE DERECHO**



**TRABAJO DIRIGIDO
MONOGRAFÍA**

**“NECESIDAD DE MODIFICAR EL ARTÍCULO 7 DEL
REGLAMENTO ESPECÍFICO INASES, REFERENTE A LA
DESAFILIACIÓN DE EMPRESAS DEL ENTE GESTOR, POR
CARECER DE CAPACIDAD ANTE LAS ENFERMEDADES DE
LOS PACIENTES”**

**POSTULANTE:
MARCO ANTONIO ARMANZA MEJIA**

**TUTORA:
Dr. HERNAN CLAVEL SALAZAR**

**LA PAZ – BOLIVIA
2011**

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
TEMA	3
1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA	3
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
3. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA	5
4. OBJETIVOS	6
4.1 Objetivo general	6
4.2 Objetivos específicos	6
5. DELIMITACIÓN DEL TEMA	7
5.1 Delimitación temática	7
5.2 Delimitación geográfica	7
5.3 Delimitación temporal	7
6. METODOLOGÍA	7
6.1 Tipo de investigación	7
6.2 Método	8
6.2.1 Método general	8
6.2.2 Método específico	8
6.3 Técnicas a utilizarse en la investigación	8
6.3.1 Investigación documental	9
6.3.2 Encuestas	9
6.3.3 Universo y muestra	9
CAPÍTULO I	
MARCO TEÓRICO REFERENCIAL	11
1.1 SEGURO SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL	11
1.1.1 Seguro social	11
1.1.1.1 Seguro Social a Corto Plazo	13
1.1.1.2 Seguro Social a Largo Plazo	15
1.1.2 Seguridad social	18
1.1.2.1 Bases o principios de la seguridad social	19
1.2 MARCO REFERENCIAL – EL INASES Y LAS CAJAS DE SALUD EN BOLIVIA	21
1.2.1 Antecedentes	21
1.2.2 Naturaleza jurídica del INASES	23

CAPÍTULO II	
MARCO JURÍDICO	25
2.1	CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO 25
2.2	CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE 1956. LEY DE 14 DE DICIEMBRE DE 1956 26
2.3	REGLAMENTO ESPECÍFICO DE AFILIACIÓN Y DESAFILIACION DEL INASES 27
CAPÍTULO III	
DIAGNÓSTICO	29
3.1	SITUACIÓN DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD 29
3.1.1	Antecedentes 29
3.1.2	Crisis de infraestructura y de recursos humanos en la CNS 30
3.1.3	Requisitos para la afiliación y cambio de aseguradora 32
3.1.4	Análisis de la normativa para la desafiliación de las empresas del Ente Asegurador 33
3.2	CRITERIO DE LAS EMPRESAS AFILIADAS 35
3.2.1	Grado de satisfacción del empleador por el servicio en la CNS 35
3.2.2	Grado de satisfacción de los empleados asegurados 36
3.2.3	Razones para no estar satisfechos por el servicio 37
3.2.4	Predisposición del empleador para cambiar de ente asegurador 38
3.2.5	Factores que impiden el cambio de ente asegurador 39
3.2.6	Caja de salud opcional a la que quisiera cambiar 40
3.2.7	Perjuicios que asume el empleador ante el hecho de no poder cambiar de caja de salud 41
3.2.8	Conocimiento de la normativa vigente respecto a la desafiliación de CNS 43
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES	44
CAPÍTULO V	
PROPUESTA	46
5.1	Bases para modificar el artículo 7 del Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación del INASES 46
5.2	Desarrollo de la propuesta 46
BIBLIOGRAFÍA	
ANEXOS	

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1 En qué grado está satisfecho por el servicio que recibe en su seguro de salud?	35
Gráfico 2 Sus empleados se sienten satisfechos por el seguro de salud que reciben	36
Gráfico 3 Quiénes están parcialmente satisfechos o no están satisfechos que aducen al respecto	37
Gráfico 4 Estaría predispuesto a cambiar de ente asegurador	38
Gráfico 5 Cuáles son los factores por los que no puede cambiar de ente asegurador	39
Gráfico 6 En caso de pretender cambiar de caja de salud, cuál sería su opción más importante	40
Gráfico 7 Al no poder cambiar de caja de salud, cuando usted así lo requiere por deficientes servicios prestados qué perjuicios le ocasiona?	41
Gráfico 8 Conoce usted la norma de desafiliación de la CNS, ante un mal servicio de ésta	43

INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo Dirigido, tiene por objeto realizar un análisis del tema de salud y la modificación del Artículo 7 del Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación del INASES, una vez que este artículo dificulta que los asegurados a una determinada Caja de Salud, no puedan optar por cambiar de ente gestor al verificarse incapacidad para prestar un eficiente servicio.

Es evidente que nuestro actual sistema de salud resulta poco eficaz para atender con calidad la salud del total de la población, por ello es indispensable introducir cambios que respondan a la satisfacción y exigencia de equidad y justicia social.

Actualmente se descuida la evaluación de la calidad de atención individual e institucional sistemática y el resultado de un incremento de la insuficiencia global del sistema de salud, en la atención médica y disminución de la calidad, en base a esto, surge la necesidad básica de incorporar modificaciones sustanciales y suficientes desde el punto de vista legal, para evitar el deterioro de los sistemas de salud.

En Bolivia pese a la importancia de la calidad en los servicios médicos hasta la fecha hubo pocos esfuerzos para mejorar este aspecto, la baja calidad de la atención médica en los servicios de los entes gestores, nos obligan a identificar los factores negativos que inciden en proporcionar una atención médica de calidad.

La garantía de calidad constituye un requisito primordial en el logro de la eficiencia de los servicios de salud, mas aun si se trata de los establecimientos

hospitalarios y de la consulta externa que por su organización, niveles de complejidad y capacidad requieren de procesos que evalúen periódicamente su gestión en busca de optimización de las prestaciones medicas

Al trabajador y sus dependientes se les debe atender en todos los casos de accidentes o enfermedades, ocurridos dentro o fuera del trabajo, sin importar el horario, en forma oportuna, eficiente y garantizada, satisfaciendo plenamente todas sus necesidades de salud, además deben recibir buen trato en las relaciones humanas.

Una de las mayores quejas de los asegurados, son las largas filas que deben hacer para ser atendidos en cualquiera de los servicios médicos de los policlínicos de la CNS, los argumentos que presentan las empresas para pedir la desafiliación es por el notable aumento de asegurados que impide una atención no adecuada a los pacientes, el retraso de las cirugías programadas y la falta de varios medicamentos esenciales que muchas veces tienen que comprar los pacientes de la CNS.

TEMA:

“NECESIDAD DE MODIFICAR EL ARTÍCULO 7 DEL REGLAMENTO ESPECÍFICO INASES, REFERENTE A LA DESAFILIACIÓN DE EMPRESAS DEL ENTE GESTOR, POR CARECER DE CAPACIDAD ANTE LAS ENFERMEDADES DE LOS PACIENTES”

1. IDENTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Las diferentes cajas de seguro médico del país y particularmente de la CNS, en los últimos años se están viendo en la urgente necesidad de mejorar sus servicios a través de la implementación de una mayor y mejor infraestructura, de prestar un servicio administrativo más eficiente y por supuesto de ofrecer un servicio médico de calidad, que permita garantizar la salud de los asegurados.

Sin embargo, tales propósitos están lejos de cumplirse principalmente en la CNS, entidad que presta servicio a más del 80% del total de asegurados de todo el país, y que su infraestructura hospitalaria no ha ido creciendo con la misma velocidad que el crecimiento demográfico en general y en particular de los trabajadores asegurados.

Tal situación, ha ido generando que la calidad del servicio en esta entidad se vaya deteriorando ostensiblemente. Primero los asegurados, deben esperar largas horas para ser atendidos, luego deben esperar varios días, semanas o inclusive meses para poder ser atendidos en algún laboratorio de acuerdo al requerimiento del médico, los mismos servicios de emergencia a veces no cumplen esta función a cabalidad.

Se hace evidente que la calidad del servicio es deficiente, sin embargo, tanto el empleador como el asegurado, no tienen la posibilidad de elección, es decir, no

pueden decidir cambiar de entidad aseguradora en el momento que así lo dispongan, dado que la norma obliga al empleador que demuestre las razones relacionadas con la mala atención médica para que pueda darse curso a una solicitud de desafiliación, situación que es difícil de cumplir por el hecho de que la acumulación de pruebas se hace casi imposible porque la mala praxis médica o la deficiente atención en ámbitos administrativos es difícil de demostrar.

Por otro lado, uno de los derechos constitucionales del ciudadano es recibir atención médica de manera oportuna y con calidad, situación que está lejos de alcanzarse por las condiciones anteriormente señaladas. Entonces, cabe plantearse la pregunta, de si no será mejor dar libertad a los empleadores de buscar el mejor servicio para el seguro médico para sus trabajadores, es decir, cambiar de entidad asegura si es que de acuerdo a sus gestiones lograr obtener un mejor servicio en otra entidad, para de ese modo garantizar una atención médica con mayor calidad a sus trabajadores.

Para cumplir tal propósito sería necesario modificar la norma, específicamente a nivel del Reglamento de Afiliación y Desafiliación del INASES, que en su artículo 7, señala concretamente que la desafiliación del ente asegurador debe ser debidamente argumentada.

2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Con todas las argumentaciones anteriormente señaladas es posible plantear el problema de investigación a través de la siguiente interrogante.

¿Será que la modificación al Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación del Seguro Social de Corto Plazo, en su artículo 7,

viabilizará que los empleadores gestionen una mejor opción para el seguro de salud de sus trabajadores?

3. FUNDAMENTACIÓN E IMPORTANCIA DEL TEMA

La Constitución Política del Estado, establece que toda persona tiene derecho a la Seguridad Social que garantice la salud y la protección ante las contingencias de las familias. Estarán protegidos por el Sistema de salud todos los trabajadores y sus dependientes de la ciudad de La Paz y el país, que cumplan con el requisito de afiliación.

La protección social que garantiza el sistema de seguro de salud requiere de la afiliación del empleador, del trabajador y el registro de sus beneficiarios calificados. Por tanto, corresponde al empleador la afiliación de sus trabajadores y quienes no tengan relación de dependencia lo harán directamente a través del seguro voluntario.

Sin embargo, pese a la vigencia de la normativa que regula el funcionamiento de las cajas de salud en pro de una atención eficiente y eficaz, con calidad y calidez, tales propósitos están lejos de cumplirse, debido a que se hace evidente una deficiente atención, principalmente en la Caja Nacional de Salud, la misma que en la actualidad da cobertura a la mayor población asegurada, razón por la cual, se excede su capacidad física y profesional generando un alto nivel de insatisfacción, pese a que las empresas afiliadas cumplen con las contraprestaciones correspondientes.

En tal, sentido, la insatisfacción de los asegurados o pacientes por la mala atención en los centros de salud de la C.N.S. y en los demás entes gestores, se verán en la disyuntiva de seguir o no con su seguro de salud. Situación que

requiere la revisión de la normativa actual, para viabilizar el derecho que tiene el asegurado de elegir el seguro de salud que le parezca más conveniente para el cuidado de su salud y la de sus dependientes.

Por toda esta exposición se propone modificar el artículo 7 del Reglamento Específico del INASES, referente a la desafiliación de empresas del Ente Gestor, por verificarse un elevado nivel de insatisfacción de los afiliados tanto empleados (aportantes) como de trabajadores.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar si la modificación al Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación del Seguro Social de Corto Plazo, en su artículo 7, viabilizará que los empleadores gestionen una mejor opción para el seguro de salud de sus trabajadores.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Analizar la normativa nacional vigente, relacionada con el seguro social de corto plazo.
- Identificar los factores que originan insatisfacción de los asegurados por la atención médica en la CNS.
- Proponer la modificación del Artículo 7, del Reglamento Específico de desafiliación de empresas o instituciones.

5. DELIMITACIÓN DEL TEMA

5.1 DELIMITACIÓN TEMÁTICA

El tema de investigación se enmarca en el Derecho Social, específicamente abordando el ámbito de la seguridad social y el seguro social de corto plazo.

5.2 DELIMITACIÓN GEOGRÁFICA

La investigación se realiza en la ciudad de La Paz, por encontrarse en la misma las oficinas centrales del INASES y la Caja Nacional de Salud.

5.3 DELIMITACION TEMPORAL

Debido a que se realiza un análisis de la situación actual, la investigación es de tipo transversal, realizándose el trabajo entre los meses de agosto a octubre del 2011.

6. METODOLOGÍA

6.1 Tipo de investigación

La investigación se caracteriza en primera instancia por ser descriptiva, dado que se describieron las variables de estudio, de acuerdo a hechos reales que se suscitan en relación a la atención de salud en la CNS. A través de esta información que permitirá responder a la pregunta de investigación, se plantea una propuesta en base a las deficiencias identificadas en el accionar institucional y la normativa vigente.

6.2 Método

6.2.1 Método general

El Trabajo Dirigido hizo uso del método analítico deductivo, debido a que se describió el tema abordado partiendo de aspectos generales para luego arribar al análisis de situaciones particulares.

En este proceso en primera instancia se elaboró un marco teórico referencial, que permitió sustentar teórica y jurídicamente el tema investigado. Posteriormente se procedió a realizar una investigación de campo o diagnóstico, donde se recabó información primaria, cuyos resultados fueron analizados en función a las variables de estudio y objetivos específicos.

Posteriormente, de acuerdo a las conclusiones arribadas, se procedió a plantear un proyecto de norma complementaria, planteando bases jurídicas y sociales orientadas a ampliar a modificar el artículo 7 del Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación del INASES.

6.2.2 Método específico

Se hizo uso del método teleológico, tomando en cuenta que se analizó los alcances de la normativa vigente, para luego plantear modificaciones o ampliaciones que permitan perfeccionar la normativa actual.

6.3 Técnicas a utilizarse en la investigación

Las técnicas de relevamiento de información fueron las siguientes:

6.3.1 Investigación documental

Esta técnica permitió contar con información referida a leyes, reglamentos y otras normas además de documentos de investigación en relación al tema. Esta información fue fundamental para conocer la normativa existente y los vacíos jurídicos que permiten las deficiencias en la atención de salud por el limitado campo de acción que tienen los empleadores para buscar mejores opciones en el seguro de salud para sus trabajadores.

6.3.2 Encuestas

Para complementar la información se procedió a realizar encuestas, dirigidas a empleadores o empresas de la ciudad de La Paz, para lo cual se construyó como instrumento un formulario de preguntas orientadas a recabar el criterio de las mismas en relación a su percepción sobre la calidad del servicio en la CNS y su intencionalidad de cambiar de seguro.

6.3.3 Universo y muestra

Universo

En la ciudad de La Paz, al 2010 existían un total de 209.300 cotizantes o entidades afiliadas a la CNS, siendo éste el universo de estudio.

Muestra

Se optó por tomar una muestra determinística o no probabilística, seleccionando una cantidad representativa del universo, donde los sujetos de investigación fueron abordados aleatoriamente.

Para el estudio se tomó en cuenta a 50 empresas de la ciudad de La Paz, representadas en su propietario o representante legal que acudieron a dependencias de la CNS a realizar sus trámites de rutina. Se tuvo el cuidado de abordar a los encuestados en las afueras de las instalaciones para evitar susceptibilidad de parte de la Institución.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

1.1 SEGURO SOCIAL Y SEGURIDAD SOCIAL

Se confunde frecuentemente el Seguro Social con la Seguridad Social y en esta confusión caen entendidos en la materia, además de los propios organismos internacionales como la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (O.I.S.S.) y la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (C.I.S.S.) entre otras.

No debe suponerse ignorancia o malicia en los diferentes conceptos erróneos, sino que, se considera que el camino hacia la seguridad social esta dado por los seguros sociales.

1.1.1 SEGURO SOCIAL

El advenimiento de la era industrial dio origen a la nueva clase obrera y con su sistema de producción masiva determinó el hacinamiento urbano de los campesinos que abandonaban la servidumbre feudal para envolverse en la peligrosidad de la máquina; es decir de fuego y temperaturas, engranajes y sierras, substancias venenosas y peligrosas, etc.

Esta nueva clase empezó su lucha por mejores condiciones de trabajo y vida: indemnización por siniestros laborales, jornadas compatibles con la capacidad de actividad laboral, enfermedades, vejez y cesantía producidas por cierres empresariales, enfermedades, vejez y accidentes; esfuerzos para aliviar las cargas económicas causadas por enfermedades y otras contingencias. Los

empleadores, afectados a veces por la responsabilidad de accidentes masivos, concibieron respaldarse en el seguro privado mientras el Estado hacia esfuerzos para evitar los problemas sociales - cómo la enfermedad- mediante centros asistenciales caritativos.

Los trabajadores por su parte, conformaban mutualidades para ayudarse en caso de enfermedad o despido. Otto Bom Bismark, más que con criterio y sensibilidad social, como organizador de la economía y la base humana de su país, concibió la idea de aunar estos esfuerzos de empresarios y trabajadores mediante sistemas de seguro privado masivos y obligatorios para todo el sector industrial, con el fin primordial de evitar ese nuevo fenómeno que vino a llamarse "Problemas Sociales".

De esta manera se creo el seguro social, que en resumidas cuentas es la aplicación de las técnicas y sistemas de seguro privado a los riesgos de los asalariados:

- Constituye una entidad similar a la de los seguros mercantiles bajo responsabilidad conjunta de los trabajadores, empleadores y el Estado.
- Se financia con primas pagadas por los propios trabajadores, que antes aportaban a sus sociedades de socorros mutuos, con recursos de los empleadores que crean fondos de reservas para beneficios sociales, en lugar de las primas que pagaban antes al seguro privado y con recursos del Estado (mas bien municipios en Alemania) que aporta fondos, que antes se destinaban a la salud pública y cargas sociales de desocupados.¹

¹ Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, "Temas de Política Social Seguridad Social", Ed. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, La Paz 1986, Pág. 11 y 12.

1.1.1.1 Seguro Social a Corto Plazo

El Estado ha establecido un Seguro Social de Salud que debe proteger a los trabajadores en casos de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales. Es un seguro que sirve al individuo en el momento que la enfermedad se presenta, y por lo tanto, es un seguro que lo acompaña a lo largo de su vida, pero que, en general, opera en un corto plazo, hasta que la persona recupera la salud y pueda volver al trabajo. Las principales instituciones responsables de este servicio en Bolivia son las Cajas.

Debe notarse que, además de administrar dichas contingencias, las Cajas de Salud entregan directamente las prestaciones, por lo tanto operan instituciones extremadamente complejas, tales como: hospitales, policlínicos, consultorios y similares.

Cabe resaltar que, el patrón es el único aportante para el funcionamiento del seguro de salud. La contribución patronal equivale al 10% sobre el salario del trabajador.

El Seguro Social a Corto Plazo es el seguro que cubre las contingencias inmediatas de la vida y del trabajo, como ser: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales (Enfermedad y Accidentes de Trabajo), encontrándose en Bolivia bajo la Administración de las Cajas de Salud.

En Bolivia, la Caja Nacional de Salud como el principal ente gestor de las prestaciones del Seguro Social a Corto Plazo, además de otras cajas que prestan los mismos servicios, tienen la responsabilidad de otorgar las prestaciones de salud a sus afiliados, mediante los siguientes seguros:

a) Seguro de Enfermedad

Cubre las enfermedades y accidentes comunes, cuya patología y lesión no guarda relación con la actividad laboral ni con las condiciones del trabajo.

b) Seguro de Maternidad

Es un derecho que tiene la mujer trabajadora, la esposa o conviviente del asegurado, a recibir servicios médicos quirúrgicos o de consulta externa y hospitalización para la gestante. También se contempla los beneficios de las asignaciones familiares a través de los subsidios, prenatal, de natalidad, lactancia y sepelio.

c) Seguro de Riesgos Profesionales

Cubre las contingencias inmediatas del trabajo o que son consecuencia del mismo, como ser:

- Enfermedades Profesionales, que son consecuencia del trabajo lento y progresivo que disminuyen la capacidad del trabajador y la ganancia del asegurado, provocada por contingencias y agentes nocivos que se encuentran en los ambientes de trabajo.
- Accidentes de Trabajo, lesiones orgánicas o trastornos funcionales producidos por la acción súbita y violenta de una causa externa, como consecuencia del trabajo, que determina disminución o pérdida de la capacidad del trabajo.

1.1.1.2 Seguro Social a Largo Plazo

El Estado, ha establecido también el seguro social de Largo Plazo, el mismo que está destinado para cuando el individuo alcanza una determinada edad de jubilación o un estado de quebrantamiento de su salud permanente que supere el apoyo otorgado por el seguro de corto plazo. En razón a dicha edad o dicho estado, el individuo se ve en la práctica imposibilitado de obtener un ingreso o medio de sustento en forma individual tal como lo hizo durante su vida activa.

Entonces, este seguro proporciona una pensión para el titular y una renta para los derecho habientes (sucesor del derecho iniciado por el titular cotizante, que por muerte o impedimento no puede percibir la pensión que le otorga el sistema) que le sobreviven, dentro de los regímenes de vejez, invalidez, sobrevivencia, y riesgos profesionales.

En la actualidad después de la Reforma de Pensiones, el Seguro de Largo Plazo es administrado por las AFP's la que gestiona las contingencias de Invalidez, Vejez, Muerte y los seguros que originalmente son de corto plazo como los riesgos profesionales, que se transforman en seguros de largo plazo cuando éstos persisten y son permanentes.

Por tanto, el seguro de largo plazo comprende: jubilación, invalidez y muerte por riesgo común, riesgo profesional, riesgo laboral y gastos funerarios.

Sus prestaciones son:

- Pensiones vitalicias de jubilación para el afiliado y temporales o vitalicias para los derechohabientes según corresponda

- Pensiones de invalidez por riesgo común o riesgo profesional-laboral
- Pensiones por muerte, por riesgo común o riesgo profesional-laboral (Renta mensual 70% del Salario Base del afiliado, multiplicado por el porcentaje de asignación de derechohabientes)
- Un pago de gastos funerarios al fallecimiento del afiliado según corresponda. Sí el afiliado es activo o pensionado por invalidez y menor de 65 años, el gasto funerario lo paga el seguro de riesgo profesional o riesgo común, sí el afiliado es jubilado, el gasto funerario se paga vía la modalidad de jubilación.

La Constitución Política del Estado reconoce la igualdad del individuo sin ninguna discriminación; garantiza los derechos fundamentales, entre ellos, a la salud y a la Seguridad Social. Sin embargo, la realidad permite constatar que estos derechos no se cumplen y que es poca la población que tiene acceso a la salud y menor la que tiene acceso a las prestaciones de largo plazo y, por ende, a la Seguridad Social.

Si bien en los últimos años se ha implementado el SUMI (Seguro Universal Materno Infantil) y se tiene previsto ampliar la cobertura del Seguro Universal para personas menores de 25 años, lo que está fallando es la calidad de atención en los centros de salud dependientes de la Caja Nacional de Salud.

Esta realidad obliga a la búsqueda del camino más adecuado para garantizar estos derechos fundamentales que son inherentes al ser humano y que, además, son irrenunciables como la salud, para ello se debería otorgar la libertad a los asegurados de buscar un servicio más eficiente.

Hacen falta medidas apropiadas que permitan incorporar a los grupos desprotegidos. Por ello, era necesario implementar en la Constitución Política

del Estado diferentes modalidades de incorporación, manteniendo la modalidad contributiva; pero incorporando al mismo de manera obligatoria a otros sectores sin relación de dependencia, es decir, cualesquiera sea el sexo, el estado civil y la profesión de los bolivianos que residan en Bolivia y los extranjeros que residan o se encuentren en Bolivia, sean trabajadores con relación laboral, por cuenta ajena o trabajadores por cuenta propia. La modalidad no contributiva protegería a los grupos disminuidos y necesitados.

En consecuencia, “deberá mantenerse el Régimen vigente que otorga prestaciones de corto y largo plazo, al que denominamos Régimen General, es decir, el que incorpora a todos los trabajadores con relación de dependencia; el Régimen Especial se dividiría en contributivo y no contributivo.

De esta manera, se incorporaría a todos los estantes y habitantes del país sin ninguna distinción, asegurando y garantizando las prestaciones sociales y asistenciales suficientes ante las diversas contingencias y riesgos que imponen que el ser humano ingrese a una situación de necesidad, como es la enfermedad, sin que ello signifique que no se implementen medidas de prevención antes que de curación, para asegurar a la población calidad de vida y bienestar general.”²

El Estado, en su condición de regulador, debe determinar las condiciones mínimas que garanticen la igualdad de los derechos a la salud y a la Seguridad Social para todos los bolivianos y extranjeros que residan en el país. En consecuencia, la Seguridad Social es un derecho natural que protege a todo ser humano, sin distinción alguna.³ Para ello, las prestaciones que brindan los entes gestores deben garantizar calidad y calidez en la atención de salud; pero,

² TUFÍÑO RIVERA NANCY. Seguridad Social para todos. La Paz-Bolivia. 2007. Págs. 32

³ Ibidem 11. Pág 34

por otro lado, se debe garantizar que las contraprestaciones provenientes de los aportantes se cumplan de manera que se pueda contar con los recursos necesarios.

1.1.2 SEGURIDAD SOCIAL

La Seguridad Social, tiene su origen sobre la base de una economía industrial, engendrando problemas laborales, como es la venta de fuerza de trabajo y la plusvalía, que dieron origen a una nueva figura en lo social, lo masivo.

El nuevo sistema maquinista, con sus repercusiones: el imperialismo, la explotación colonial, el poder financiero, el comercio y su invasión de mercados, el desequilibrio internacional, etc. complica o expande los problemas sociales a otros campos que no son precisamente los que había englobado y protegido la legislación del trabajo y su aditamento, el seguro social.

El hombre, cualquiera sea su actividad e incluso su nivel dentro de la estructura socio-económica, se ve ahora frente a contingencias sociales que no siempre son de trabajo, como la necesidad educación, de recreo, de salud, de vivienda, de desarrollo y progreso. Ante ello y con la proclama de vivir libre de temor, si no esta sometido al seguro social o si no le son suficientes esos seguros, aspira a una seguridad social.

Así nace el concepto de Seguridad Social. Derecho Humano proclamado por la Organización de Naciones Unidas.

Para la presente investigación, se tomará en cuenta el concepto del estadista inglés William Beveridge acerca de la seguridad social el cual dice: "Un conjunto de medidas para proteger al hombre en sociedad frente a las

contingencias que pueden afectar su igualdad de oportunidades, el bienestar de su grupo familiar, el equilibrio de su economía, su salud física y moral, sus condiciones habitacionales compatibles con la dignidad humana, su accesibilidad a la educación, cultura y recreo, su continuidad económica ante la invalidez o ancianidad y, en fin, su libertad de temor a cuanto pueda afectar su pleno desarrollo humano como miembro de la sociedad".⁴

El concepto de Seguridad Social envuelve una idea integral y completa de protección económica y social, de justicia social. El Seguro Social, significa en cambio "un género definido y diferenciado de esa protección"; en consecuencia la Seguridad Social es el todo dentro de la concepción moderna de política social y el Seguro Social es tan solo una de sus partes.

El Seguro Social tiene por objeto cubrir riesgos que amenazan al hombre en el ejercicio de su trabajo y en su vida corriente y actúa, por lo tanto, en estricta vinculación con esos riesgos, mientras que la Seguridad Social, además de ocuparse de los mismos problemas, a través del Seguro Social, se preocupa en una esfera mucho más amplia de todas las condiciones que se relacionan con el hombre, su bienestar y progreso, como las que se refieren entre otras al pleno dominio de la capacidad de trabajo, la salud, el pleno empleo, la formación profesional, en suma, a todo aquello que posibilita el bienestar material y espiritual.

1.1.2.1 Bases o principios de la seguridad social

Se ha dicho que la filosofía y doctrina de la seguridad social se cristaliza en lo que se enuncia como sus principios.

⁴ Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, "Temas de Política Social Seguridad Social", Ed. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, La Paz 1986, página 12,13 y 14.

Para comprenderla mejor, es conveniente dirigir una mirada a estos enunciados o normas generales, las que permitirán encarar, orientar y ayudar a construir un concepto general de un Seguro Médico Deportivo, como un derecho que tiene todo deportista aficionado y/o profesional, además plasmado en la Constitución Política del Estado.

a. Principio de universalidad

Se refiere al campo de aplicación de personas protegidas por la seguridad social y esta basado en el derecho a la salud y la vida que reconoce la misma constitución a todas las personas. Para su correcto cumplimiento y aplicación, el seguro de salud debe cubrir a todos los residentes y habitantes del país sin discriminación; es decir, sin tomar en cuenta su condición de trabajador dependiente o no de un empleador; el simple hecho de vivir y habitar en este país, da derecho a la persona a percibir prestaciones integrales de salud.

b. Principio de solidaridad social

Que se encuentra identificado con el financiamiento o régimen económico de la seguridad social, radica en el razonamiento de que si la población entera se beneficia con las prestaciones del seguro de salud, es justo que toda ella contribuya a su sostenimiento en la medida de sus fuerzas o capacidad de aportación, para recibir en la medida de sus necesidades y no de lo que cada cual haya cotizado.

c. Principio unidad de gestión

Debe basarse en la unidad legislativa, la unidad contributiva y la unidad de prestaciones y no confundirse con un centralismo administrativo absorbente que perturba la oportunidad y eficiencia con las que deben ser otorgadas las prestaciones.

Es importante tener presente, que las prestaciones de salud no son obligatorias, sino derechos que pueden o no ejercerse o utilizarse. En este sentido deberían acatarse en todo momento las obligaciones y, en cambio, exigirse los derechos sólo en estado de necesidad.

d. Principio de economía y eficacia

Estos principios, deben cumplirse otorgándose las prestaciones de salud que fueran necesarias y suficientes. En este sentido, es oportuno recordar algunos de los conceptos de la conferencia de Alma Ata: la asistencia indispensable de salud que debe ponerse al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, utilizando únicamente la tecnología de valor probado y de costo proporcionado a los recursos disponibles⁵.

1.2 MARCO REFERENCIAL - EL INASES Y LAS CAJAS DE SALUD EN BOLIVIA

1.2.1 Antecedentes

El Instituto Nacional de Seguros de Salud INASES, es el órgano regulador de la Seguridad Social a Corto Plazo, busca un trato preventivo y la ampliación de cobertura de la Seguridad Social.

⁵ Ibidem 41

Entre las principales actividades que desarrolla el INASES está la competencia de fiscalizar el Sistema Nacional de Seguros de Salud, con la atribución general de la evaluación, fiscalización y supervisión sobre los entes gestores de la Seguridad Social⁶.

El INASES, cuenta con un staff de profesionales que desarrolla sus actividades a favor de la Seguridad Social en sus diferentes áreas de trabajo y el apoyo a la ciudadanía asegurada en la resolución de conflictos y sus diferentes consultas en estos aspectos y tiene el propósito de proteger de manera integral tanto al asegurado como a sus familiares.

El Seguro de Salud nace en Bolivia en 1956 con la creación de la Caja Nacional de Salud, la cual brinda un seguro a los trabajadores que tienen relación obrero-patronal. Este sistema ha hecho que la población trabajadora está protegida y cuenta con una amplia gama de atención médica.

Su crecimiento fue paulatino, hasta convertirse en la Caja más grande del país y contar con hospitales de tercer nivel para la atención de sus afiliados. Después de la Caja, el Estado creó el Seguro Básico de Salud para la atención de mujeres y niños en los hospitales públicos de manera gratuita.

Ese Seguro fue reforzado, posteriormente, con el Seguro Universal Materno-Infantil, SUMI, el mismo que actualmente sigue vigente y beneficia a los niños de cero a cinco años, y a las mujeres embarazadas hasta los seis meses después del parto. Asimismo, se incorporó el Seguro de Vejez, hoy, llamado

⁶ www.inases.gob.bo

Seguro del Adulto Mayor que tiene como beneficiarios a las personas de 60 años para adelante⁷.

Si bien estos dos últimos seguros siguen vigentes, ya está en camino el Seguro Universal de Salud, Su Salud, que proyecta ampliar la atención de a personas de seis a 21 años.

1.2.2 Naturaleza Jurídica del INASES

El Instituto Nacional de Seguros de Salud, es una entidad Desconcentrada del Ministerio de Salud y Deportes, según D.S. 28813 del 26 de julio de 2006, fue creada mediante D.S. 23716 del 15 de enero de 1994 y ratificado por el D.S. 25798 del 2 de junio de 200 el que establece el Marco Institucional vigente⁸.

El D.S. 25798 en le Marco del Código de la Seguridad Social, tiene aplicación obligatoria en el INASES, los entes gestores, Seguros Delegados, Seguros Médico Gratuito de la Vejez y Seguro Universal Materno-Infantil. El INASES fiscaliza los siguientes Entes Gestores del Sistema de Seguros de Salud. Caja Nacional de Salud.

Las siguientes cajas de salud son las que están reguladas y supervisadas por el INASES⁹:

Caja Petrolera de Salud.

Caja Bancaria Estatal de Salud.

Caja de Salud de la Banca Privada.

Caja de Salud de Caminos.

Caja de Salud CORDES.

⁷ Ibidem.

⁸ www.inases.gob.bo

⁹ Ibidem.

Seguros Sociales Universitarios.
Cossmil.
Caja Nacional de Salud.
Seguro Integral de Salud

Finalmente, se debe señalar que la misión del INASES es la siguiente:

MISIÓN

“Fiscalizamos servicios de salud proporcionados por los entes gestores del sistema de la seguridad social a corto plazo, para garantizar la atención de salud con calidad.

Con este propósito, nuestro compromiso es con el capital humano de nuestra institución para: brindar actividades institucionales caracterizadas por su idoneidad, transparencia, imparcialidad y veracidad con recursos humanos altamente calificados. Construir y consolidar el liderazgo como ente fiscalizador del sistema de salud en el ámbito nacional, a través de la búsqueda de procesos de mejora continua. Actuar con responsabilidad social ante los entes fiscalizadores y ante la comunidad”¹⁰.

¹⁰ www.inases.gob.bo

CAPÍTULO II

MARCO JURÍDICO

2.1 CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

De la Constitución Política del Estado, se puede destacar lo siguiente:

Artículo 18°.-

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

Como se puede apreciar, todo ciudadano boliviano tiene el derecho de acceder a la salud, y es deber del Estado aplicar todas las medidas necesarias para que ello se lleve a cabo, lo cual incluye también la provisión de nuevas normas, perfeccionamiento de las mismas, así como modificaciones necesarias.

Artículo 45. I. Todas las bolivianas y los bolivianos tienen derecho a acceder a la seguridad social.

II. La seguridad social se presta bajo los principios de universalidad, integridad, equidad, solidaridad, unidad de gestión, economía,

oportunidad, interculturalidad y eficacia. Su dirección y administración corresponde al Estado, con control y participación social.

III. El régimen de seguridad social cubre atención por enfermedad, epidemias y enfermedades catastróficas; maternidad y paternidad; riesgos profesionales, laborales y riesgos por labores de campo; discapacidad y necesidades especiales; desempleo y pérdida de empleo; orfandad, invalidez, viudez, vejez y muerte; vivienda, asignaciones familiares y otras previsiones sociales.

IV. El Estado garantiza el derecho a la jubilación, con carácter universal, solidario y equitativo.

Por todo lo anterior, se puede afirmar que el sistema de salud en el país en general, así como la seguridad social, tiene la obligación de prestar un servicio eficiente, con calidad y calidez, situación que en la actualidad está lejos de cumplirse por todos los problemas que enfrentan las cajas de salud, pero particularmente la Caja Nacional de Salud.

2.2 CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL DE 1956. LEY DE 14 DE DICIEMBRE DE 1956

Tiene por objeto proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de sus medios de subsistencia, la aplicación de medidas adecuadas para la rehabilitación de las personas inutilizadas y la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del grupo familiar. Protege a los trabajadores y sus familiares en los casos de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte. Las asignaciones

familiares comprenden: el subsidio matrimonial, de natalidad, de lactancia, familiar y de sepelio.

El Código de Seguridad Social se aplica a todas las personas nacionales o extranjeras de ambos sexos, que trabajan en el territorio del Estado Plurinacional y prestan servicios remunerados para otra persona natural o jurídica, privada o pública.

2.3 REGLAMENTO ESPECÍFICO DE AFILIACIÓN Y DESAFILIACION DEL INASES

La Resolución Administrativa No. 168/2010, de 26 de julio de 2010, resuelve en su artículo primero, aprobar el Reglamento Específico de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, en sus 10 capítulos y 29 artículos, que formara parte indisoluble de la presente Resolución Administrativa.

Resuelve también en su artículo segundo, el Reglamento Específico de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo entrara en vigencia a partir del 1 de agosto de 2010.

En el Reglamento Específico de Afiliación, Desafiliación y Reafiliación en el Seguro Social de Corto Plazo, del Cap. IV y Art. 7, (Desafiliación) indica:

Las Empresas o Instituciones podrán solicitar su desafiliación a la máxima autoridad ejecutiva del Ente Gestor, a través de su Reglamento Legal, en forma escrita, exponiendo los motivos debidamente justificados y fundamentados, sujeto a verificación y evaluación, que estará a cargo del Ente Gestor involucrado.

La necesidad de modificar el Artículo 7, del Cap- IV del Reglamento Especifico del INASES, referente a la desafiliación de Empresas o Instituciones, este señala:

Que el afiliado debe exponer las causas y motivos debidamente justificados y fundamentados por la que pretende desafiliarse del Ente Gestor, es decir la Empresa encargada de brindar el seguro social, luego de la exposición, esta podrá aceptar o no la desafiliación.

Los responsables de las aéreas aludidas por los motivos expuestos para solicitar la desafiliación, deberán identificar los factores institucionales que originan insatisfacción de los asegurados y formular alternativas concretas de solución a los problemas planteados por las empresas o instituciones.

CAPÍTULO III

DIAGNÓSTICO

3.1 SITUACIÓN DE LA CAJA NACIONAL DE SALUD

3.1.1 Antecedentes

La Caja Nacional de Salud (CNS), inicia sus actividades como Caja Nacional de Seguridad Social (CNSS), etapa que abarca de diciembre de 1956 hasta marzo de 1987 y comprende la promulgación del Código de Seguridad Social en fecha 14 de diciembre de 1956 y la de su Decreto Reglamentario o Reglamento del Código de Seguridad Social el 30 de septiembre de 1959.

En esta etapa también están comprendidos el Decreto Ley de Racionalización de Aportes N° 10173 de 28 de marzo de 1972, el Decreto Ley de Reformas al Código de Seguridad Social N° 13214 y, el Decreto Ley de Complementación de Reformas N° 14643 de 3 de junio de 1977.

La promulgación del Código de Seguridad Social significó un avance de la Seguridad Social Boliviana con relación a los demás países latinoamericanos. Sin embargo, desde su inicio la administración de los seguros establecidos en el citado Código no cumplieron con el principio de unidad de gestión, por cuanto se encargó la gestión del Seguro Social Obligatorio a varias instituciones, siendo la más importante, la Caja Nacional de Seguridad Social, entidad matriz gestora del Seguro Social Obligatorio integral, con más del 80% de asegurados activos y pasivos, pertenecientes a la mayoría de las ramas de actividad económica.

Las prestaciones señaladas en el Código de Seguridad Social comprendían los regímenes de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte y el régimen especial de asignaciones familiares.

Después de 30 años de administración integral del Seguro Social, el 15 de abril de 1987 se promulga la Ley Financial 0924, que en su artículo tercero afecta los esquemas administrativo y financiero del sistema de Seguridad Social, procediéndose a la separación de los seguros, administrados integralmente hasta ese entonces. Dejándose a las Cajas la administración de los seguros a corto plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales a corto plazo y a los Fondos Complementarios la administración de las prestaciones a largo plazo: Invalidez, Vejez y Muerte, aspectos que son ratificados por su Decreto Reglamentario No. 21637 del 25 de junio de 1987.

En consecuencia la Caja Nacional de Seguridad Social que hasta marzo de 1987 administraba el seguro integral, se convierte en la Caja Nacional de Salud, institución descentralizada de derecho público sin fines de lucro, con personalidad jurídica, autonomía de gestión y patrimonio independiente, encargada de la gestión aplicación y ejecución del régimen de Seguridad Social a Corto Plazo: Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales, instituidos por el Código de Seguridad Social, su Reglamento, la Ley Financial 924, el Decreto Supremo 21637 y demás disposiciones legales conexas.

3.1.2 Crisis de infraestructura y de recursos humanos en la CNS

La Caja Nacional de Salud (CNS) es la aseguradora con más falencias en cuestión de infraestructura y recursos humanos, según trabajadores y médicos de la Caja, así como algunos de los asegurados. Sin embargo, tal situación se da como consecuencia de la sobre población de asegurados, es decir, los

servicios que brinda la CNS no son de mala calidad en sí mismos, sino que, la afluencia masiva de asegurados a los centros de salud, satura la capacidad de la entidad, generando descontento e insatisfacción que si bien se puede justificar por el mucho tiempo que se tiene que esperar y por la falta de algunos materiales y de recursos humanos para adecuada atención, el problema radica en que las instalaciones físicas y el personal médico no se ha incrementado en proporción al incremento de los asegurados. Pese a ello, la CNS en la actualidad es la entidad aseguradora con mayor infraestructura médica del país.

Se verificó por ejemplo, que la mayoría de los asegurados a la CNS no está conforme con los servicios que brinda, porque debe esperar entre dos hasta cuatro horas para una consulta médica. Las cirugías deben ser programadas; no abastecen los médicos y enfermeras para los pacientes y los consultorios e infraestructura quedaron reducidos por la sobrepoblación de pacientes.

Si el Estado pagara su deuda, este dinero podría ir destinado a ampliar la infraestructura, contratar más personal y mejorar los equipos y servicios. Además, aparte de la deuda millonaria del Estado, las alcaldías tienen deudas pendientes por el Seguro Para el Adulto Mayor (SPAM). Actualmente estas deudas están en proceso de conciliación.

Sin embargo, en contrapartida es evidente que la entidad ofrece atención en todas las patologías, en tanto que otras aseguradoras no, por lo cual, muchos asegurados prefieren quedarse en esta entidad pese al mal servicio que brindan.

3.1.3 Requisitos para la afiliación y cambio de aseguradora

La Resolución Administrativa 168210 del 2006, aprobada por el INASES establece los requisitos para la afiliación y desafiliación a los seguros de salud. Sin estos procedimientos, la solicitud será rechazada.

Todos los documentos deberán ser enviados al Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) para su consideración y aprobación.

Las empresas e instituciones privadas están en la libertad de escoger a la aseguradora que crean conveniente, de acuerdo a sus intereses. Existen seguros públicos y privados que se constituyen en una opción para que las empresas aseguren a sus trabajadores. En cambio, las instituciones públicas sólo pueden afiliar a sus trabajadores en la Caja Nacional de Salud.

Para la desafiliación, la empresa o institución deberá presentar la solicitud escrita y fundamentada de desafiliación a la máxima autoridad del INASES.

También se debe entregar fotocopia del Formulario de Afiliación Patronal. La nómina de trabajadores activos y pasivos debe incluir el número de la cédula de identidad y matrícula del asegurado, con las correspondientes firmas que respalden la decisión de desafiliación.

Para los asegurados pasivos, se debe adjuntar fotocopias de resolución de rentas emitidas por el Servicio Nacional del Sistema de Reparto o contratos de pensiones de la Administradora de Fondos de Pensiones. Se debe incluir también la última planilla de pago de haberes y la acreditación de cumplimiento de sus obligaciones patronales mediante la presentación de “Certificado de no adeudos para desafiliación” por ningún concepto, además, no tener convenios

de pago por aportes devengados extendido por el departamento de Cotizaciones.

Para tal efecto, las empresas deberán presentar al ente gestor para su verificación los Estados Financieros de los últimos cinco años, de conformidad con el artículo 575 del Reglamento del Código de Seguridad Social y Decreto Supremo 25714 del 23 de marzo de 2000.

Certificación por parte de la Unidad Jurídica del ente gestor del que solicita desafiliarse de no tener proceso coactivo social en trámite.

Asimismo, acreditar la afiliación de al menos cinco años en el ente gestor correspondiente.

Por último, respuesta del ente gestor sobre la desafiliación (después de la conciliación, si fuese necesaria).

3.1.4 Análisis de la normativa para la desafiliación de las empresas del Ente Asegurador

Las empresas e instituciones que buscan desafiliarse de la Caja Nacional de Salud (CNS) u otra caja aseguradora, deben cumplir una serie de requisitos, sobre todo, argumentar los motivos por los cuales quieren retirarse. Además, es importante que no haya deudas pendientes.

Aún cuando la empresa o institución cumpla con los requisitos para la desafiliación, la CNS u otro seguro pueden acudir a la conciliación para llegar a un acuerdo.

La Resolución Administrativa 168210 citada anteriormente, en el capítulo IV sobre la Desafiliación señala que las empresas o instituciones que buscan retirarse de la aseguradora deben explicar, por escrito, los motivos de la desafiliación debidamente justificados y fundamentados. Las mismas estarán sujetas a evaluación y verificación del ente gestor.

Si la empresa o institución considera que la aseguradora no es eficiente en sus servicios, que la atención es pésima, que no hay suficientes medicamentos, demora en la atención, mal trato de los médicos, enfermeras o personal administrativo, los hechos deben estar argumentados y justificados; caso contrario la solicitud será rechazada.

La aseguradora estudiará los motivos expuestos por las empresas o instituciones y buscará alternativas de solución. Incluso, la aseguradora puede ofrecer alternativas concretas que originaron la solicitud de desafiliación.

El artículo 7 de la Resolución Administrativa 168210 señala que uno de los requisitos para la desafiliación es que la empresa o institución no tenga deudas pendientes con la aseguradora.

En caso de que exista deuda pendiente y la solicitud de desafiliación de la empresa está en curso, la aseguradora puede iniciar un proceso administrativo o judicial para recuperar el dinero. Antes de recurrir a instancias legales, la aseguradora agotará los mecanismos de conciliación con sus asegurados.

Finalmente, la misma Resolución menciona que la CNS rechazará las solicitudes de desafiliación de las instituciones públicas centralizadas y descentralizadas por la deuda pendiente del Estado que supera los Bs 633 millones.

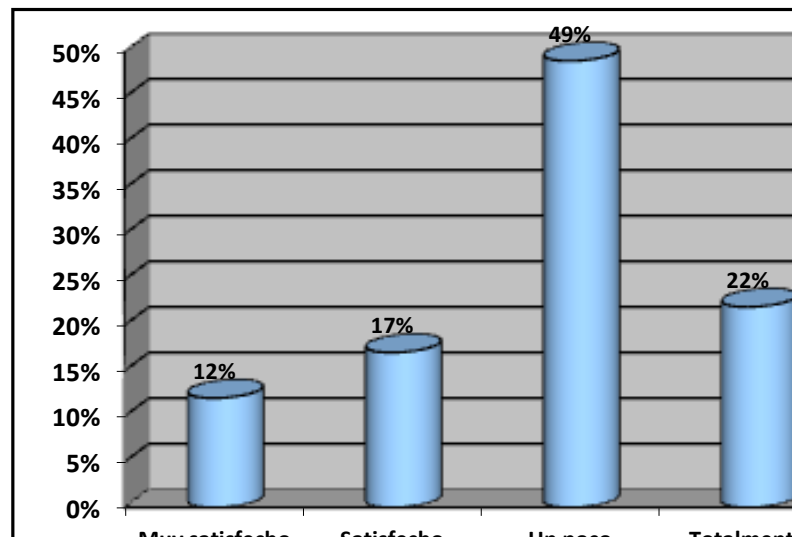
3.2 CRITERIO DE LAS EMPRESAS AFILIADAS

En el presente acápite se describen los datos recabados con la aplicación de las encuestas a representantes legales de empresas afiliadas a las Caja Nacional de Salud.

3.2.1 Grado de satisfacción del empleador por el servicio en la CNS

Gráfico 1

En qué grado está satisfecho por el servicio que recibe en su seguro de salud?



Fuente: elaboración propia.

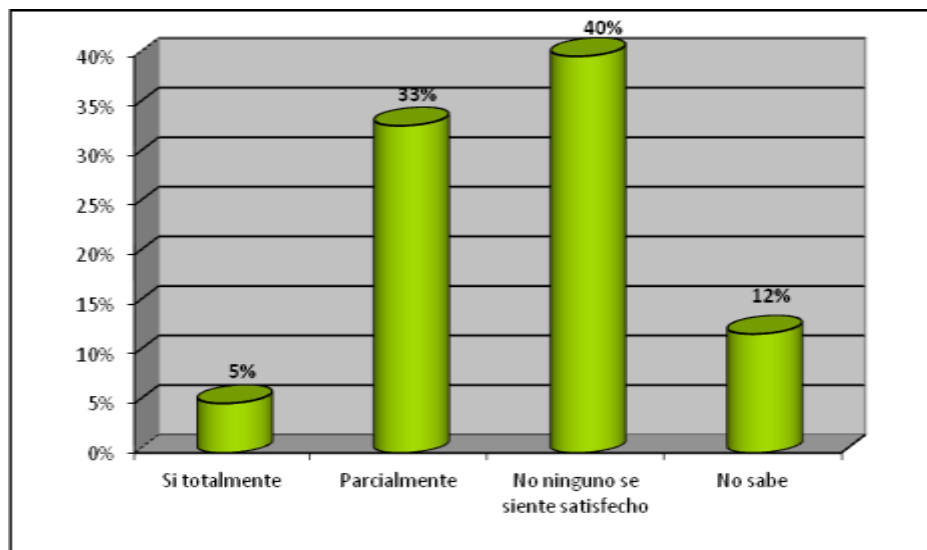
Por lo que se observa en el gráfico anterior, en la actualidad el 49% de empresas aseguradas, se encuentra un poco insatisfechos por el servicio que recibe en su seguro de salud, mientras que el 22% señala que se encuentra totalmente insatisfecho. Sólo un 12% se encuentra muy satisfecho, mientras que el 17% afirma sentirse un parcialmente satisfecho.

Estos datos reflejan el hecho de que la mayor parte de afiliados a la Caja de Salud en el ámbito de las empresas, se siente insatisfecho en algún grado por el servicio que la entidad aseguradora presta a sus trabajadores y así mismo. Es evidente entonces que existen motivos para tener la intención de cambiar de seguro de salud, intención que se ve obstaculizada por la vigencia de una norma que impone requisitos que demoran mucho en cumplirse.

3.2.2 Grado de satisfacción de los empleados asegurados

Gráfico 2

Sus empleados se sienten satisfechos por el seguro de salud que reciben



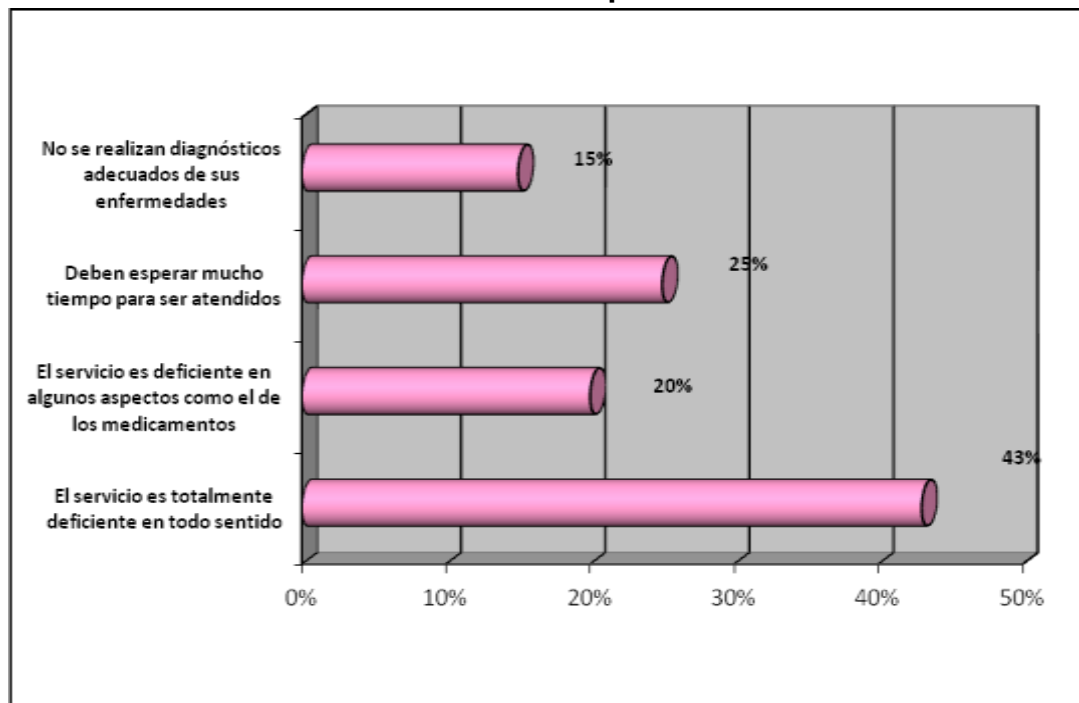
Fuente: elaboración propia.

Como se puede observar en el gráfico anterior, el 40% de los empleados de las empresas se sienten insatisfechos por el servicio que reciben de su Caja aseguradora, mientras que un 33% señala sentirse parcialmente satisfechos y un 5% si se siente totalmente satisfecho.

Es una demostración más de los niveles de insatisfacción de parte de los asegurados es elevada, tomando en cuenta que los usuarios, quienes recurren a los centros de salud para ser atendidos por personalmente médico, generalmente salen disconformes con la atención recibida, ello por diferentes razones, que se describen a continuación.

3.2.3 Razones para no estar satisfechos por el servicio

Gráfico 3
Quienes están parcialmente satisfechos o no están satisfechos que aducen al respecto



Fuente: elaboración propia.

Se evidencia que los empleadores reciben quejas de los empleados respecto a los servicios de salud que reciben en la entidad aseguradora por diferentes motivos, destacándose el hecho de que un 43% afirma que las deficiencias se dan en todo sentido, es decir, en todas las instancias de atención como puede

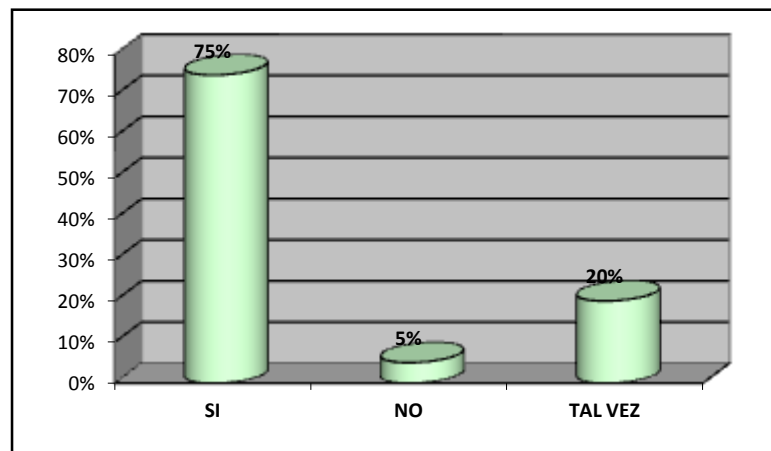
ser desde la propia administración, la atención médica y servicios complementarios.

Por su parte, un 25% expresa su molestia respecto al mucho tiempo que se tiene que esperar para ser atendido, lo que en muchos casos, les lleva a tener prácticamente todo un día de pérdida de la jornada laboral. Asimismo, un 20% afirma que son algunos servicios que ocasionan su insatisfacción como es por ejemplo, el servicio de farmacia y dotación de medicamentos, mientras que el 15% hace mención a que no se hacen diagnósticos y curaciones adecuadas a sus dolencias, situación que tiene que ver exclusivamente con la parte médica del servicio.

3.2.4 Predisposición del empleador para cambiar de ente asegurador

Gráfico 4

Estaría predispuesto a cambiar de ente asegurador



Fuente: elaboración propia.

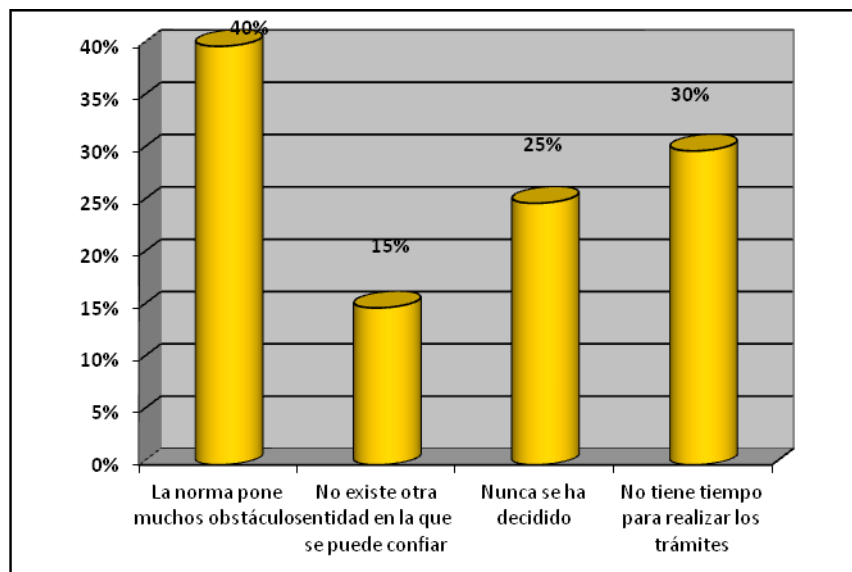
Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el 75% de las empresas afiliadas si estarían predispuestas a cambiar de entidad aseguradora, mientras que el 20% dice que tal vez y un 5% señala que no.

Lo anterior, refleja que el sentir de los afiliados, tanto a nivel de empresas como de los trabajadores beneficiados, es de querer cambiar de seguro de salud, comprobándose que el servicio para la mayor parte es de mala calidad.

3.2.5 Factores que impiden el cambio de ente asegurador

Gráfico 5

Cuáles son los factores por los que no puede cambiar de ente asegurador



Fuente: elaboración propia.

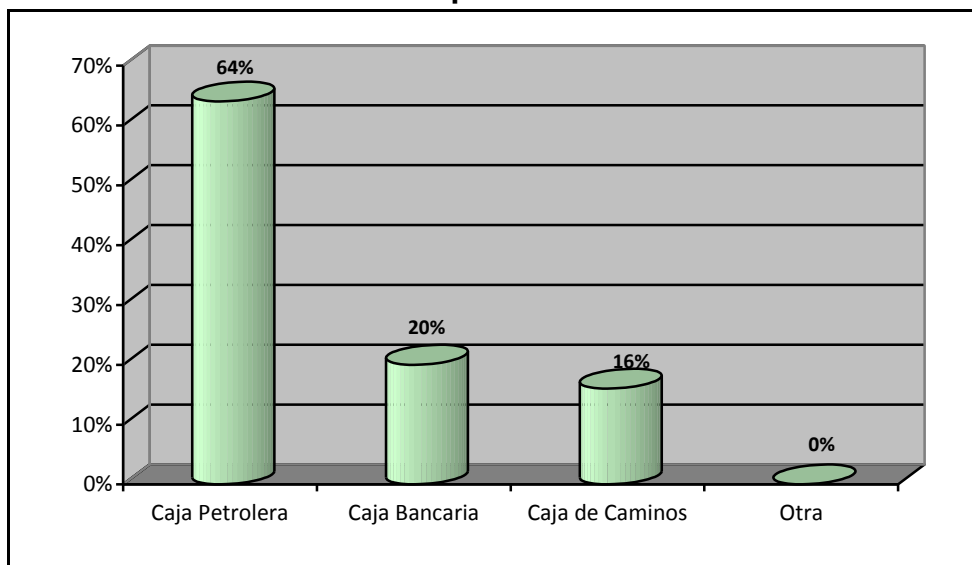
El gráfico anterior, refleja claramente que de acuerdo al 40% de las empresas afiliadas, es la norma la que impide una rápida desafiliación del ente asegurador

para poder afiliarse a otra Caja de acuerdo a la conveniencia de los empleadores y los trabajadores beneficiados.

Un 30% de los afiliados señala que simplemente no tiene tiempo para realizar los trámites, mientras que el 25% afirma que nunca se ha decidido para poner en marcha tal cometido. Finalmente, el 15% considera que no existe otra entidad en la que se pueda confiar, por lo cual, prefiere continuar afiliado en su Caja de seguro pese a las deficiencias presentadas en el servicio.

3.2.6 Caja de salud opcional a la que quisiera cambiar

Gráfico 6
En caso de pretender cambiar de caja de salud, cuál sería su opción más importante



Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el 64% de los empleadores afiliados a la Caja Nacional de Salud, considera que la mejor opción para cambiar de caja de salud es la Caja Petrolera, detectando que la misma en la

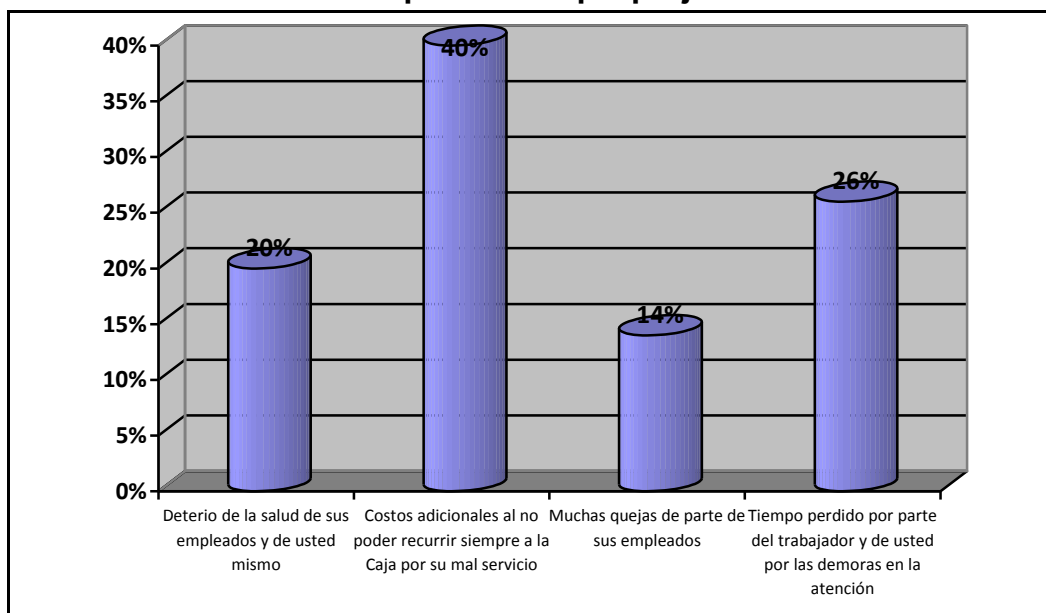
actualidad tiene una mejor imagen que las demás cajas de salud. En segunda opción está la Caja Bancaria seguida de la Caja de Caminos.

Lo anterior permite asumir que los empleadores afiliados tienen la percepción de que otra entidad que no es la que en la actualidad le está prestando el servicio de salud a sus trabajadores, tiene una mayor capacidad para asegurar a sus dependientes, sin embargo, pese a esta percepción, la intención de cambiar de ente asegurador no se efectiviza por los obstáculos que impone la norma.

3.2.7 Perjuicios que asume el empleador ante el hecho de no poder cambiar de caja de salud

Gráfico 7

Al no poder cambiar de caja de salud, cuando usted así lo requiere por deficientes servicios prestados que perjuicios le ocasiona?



Fuente: elaboración propia.

Como se puede apreciar en el gráfico anterior, el empleador enfrenta un conjunto de perjuicios al no poder decidir cambiar de manera rápida de caja de salud. Al respecto, el 40% de afiliados considera que el mayor perjuicio es el hecho de que al haber una muy mala atención de salud en la CNS, se deben incurrir en gastos adicionales, tanto por parte de los empleados como por parte del propio empleador, en muchos casos, se debe tomar la decisión de recurrir a un médico particular para dar una rápida solución a la enfermedad antes que recurrir a la CNS, donde uno debe esperar demasiado tiempo, y en muchos casos, no se dotan de los medicamentos necesarios.

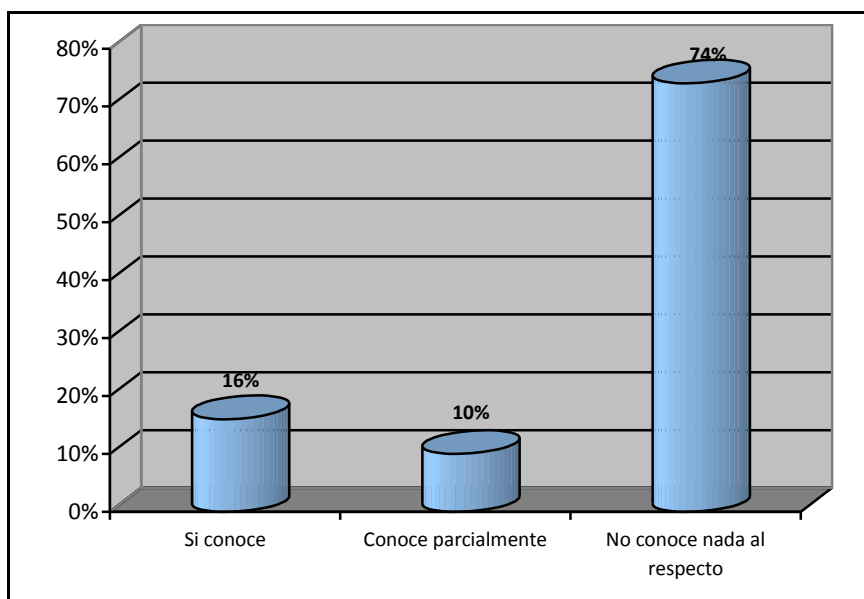
Por otro lado, un 26% afirma que el mayor perjuicio es el hecho de ocupar demasiado tiempo en recurrir a la CNS. Al respecto, se debe señalar que la espera para ser atendido en los diferentes centros de salud de esta institución es de entre dos a cuatro horas.

También se presentan casos en los que se señala que ante el deficiente servicio en la CNS, en muchos casos se ocasiona que en vez de mejorar el estado de la salud de los trabajadores éste se va deteriorando. Asimismo se menciona al hecho de que en muchos casos los trabajadores se quejan constantemente por la mala atención en la CNS al mismo empleador.

3.2.8 Conocimiento de la normativa vigente respecto a la desafiliación de la CNS

Gráfico 8

Conoce usted la norma de desafiliación de la CNS, ante un mal servicio de ésta



Fuente: elaboración propia.

Es evidente que la gran mayoría de los empleadores afiliados a la Caja Nacional de Salud, en el 74% de los casos no conoce la normativa vigente relacionada con la desafiliación del ente asegurador en caso de así requerirlo.

Esta deficiencia de conocimiento de la norma, ocasiona en muchos casos que los empleadores se vean en dificultades al asumir decisiones equivocadas cuando requieren la desafiliación, pues, se encuentran con una serie de trabas que en determinado momento no pueden cumplir afectando directamente a los trabajadores.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

En los últimos años, los asegurados y beneficiarios protegidos por el sistema de seguridad social de corto plazo, se ha incrementado considerablemente, generando un proceso de creciente acceso al sistema de salud que se basa en la relación obrero-patronal formal y que se incremento en la carga de atención en salud.

La necesidad de modificar el Art. 7, del Capitulo IV referente al Reglamento Especifico de desafiliación de empresa o instituciones, en el caso de la CNS, se debe a que cada vez hay mas cantidad de asegurados y sin embargo no existe el crecimiento de infraestructura ni recursos humanos.

Aumentan los asegurados y no aumentan los profesionales ni la infraestructura, es donde uno tropieza con aquello que va a consultar y la próxima cita es después de tres meses, por lo tanto los asegurados que aportan en la actualidad se verán en la disyuntiva de proseguir o no con su seguro medico de salud en la C.N.S..

Debido a la mala administración de los profesionales, la incompatibilidad de funciones, deslindando la responsabilidad del Estado a los trabajadores a quienes obligan a exigir se planteen políticas de salud que mejoren la calidad, calidez en el servicio y se mejore la calidad de atención a la población asegurada.

Existe una carencia de una Política Estatal o institucional basada en Principios de Justicia Social y el Bien Común, constituye el primer factor atentatorio a la Seguridad Social constituyéndose de esta manera en un aspecto determinante de conductas individuales y sociales atentatorias al Derecho.

Por otra parte, la política formulada en el Reglamento Específico del INASES, atenta contra la dignidad y seguridad social de los pacientes. Existen numerosos indicadores que confirman esta situación. Los proporcionados en el presente trabajo de investigación son apenas una muestra de los efectos que tiene una política como lo es el Artículo 7 del INASES.

Los datos obtenidos permiten tener una idea de la gravedad de la situación en general de los pacientes, pero se estima que la situación no se modificará favorablemente en los próximos años.

Los verdaderos alcances de la Seguridad Social, no pasan de la simple propaganda oficial que intenta encubrir las profundas brechas, inequidades y falta de garantía para los pacientes que son marginadas por los Entes Gestores en Salud.

La mala atención a los pacientes en los centros de salud, es la suma de los factores que impiden a una sociedad desarrollarse en armonía y tranquilidad, y nace del propio INASES al implementar este tipo de políticas.

CAPÍTULO V

PROPUESTA

5.1 Bases para modificar el artículo 7, del Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación del INASES

La calidad de las prestaciones de salud en la seguridad social de La Paz, Bolivia, vienen generando problemas que determinan controversias e insatisfacciones en los asegurados, aspecto que tiene que ver con la calidad de prestación, carecen de oportunidad, eficiencia, eficacia, los tiempos de espera son varios días y los exámenes de diagnósticos tardan meses.

La capacidad de respuesta institucional ante la emergencia y la enfermedad de los pacientes no son adecuadas, provocando crecientes inconformidades y en muchos de los casos han sido tipificados como casos de mala práctica.

5.2 Desarrollo de la propuesta

En la actualidad, el artículo 7, del Reglamento en cuestión señala textualmente:

Artículo 7°.- (Desafiliación)

Las Empresas o Instituciones podrán solicitar su desafiliación a la máxima autoridad ejecutiva del Ente Gestor, a través de su Representante Legal, en forma escrita, exponiendo los motivos debidamente justificados y fundamentados, sujeto a verificación y evaluación, que estará a cargo del Ente Gestor involucrado.

No se aceptaran solicitudes de desafiliación de instituciones y empresas privadas que tengan adeudos con los Entes Gestores así como no se admitirán solicitudes de desafiliación de las instituciones pertenecientes a la Administración Pública centralizada y descentralizada por la deuda que el Estado mantiene con los Entes Gestores.

Las empresas privadas deberán adjuntar el certificado de no adeudo por tres gestiones anteriores, emitido por la unidad de Cotizaciones del Ente Gestor correspondiente.

Se propone modificar el artículo señalado de la siguiente manera:

Artículo 7°.- (Desafiliación)

Las Empresas o Instituciones podrán solicitar su desafiliación a la máxima autoridad ejecutiva del Ente Gestor, a través de su Representante Legal, en forma escrita, exponiendo los motivos debidamente justificados y fundamentados. SE ELIMINA LA PARTE QUE SEÑALA SUJETO A VERIFICACIÓN POR EL ENTE GESTOR.

EL ENTE GESTOR GESTIONARÁ UNA ENTREVISTA PERSONAL CON EL REPRESENTANTE LEGAL DEL EMPLEADOR SOLICITANTE PARA CONFIRMAR SU DESAFILIACIÓN.

EN CASO DE CONFIRMACIÓN, EL ENTE GESTOR DEBERÁ PROCEDER AL TRÁMITE RESPECTIVO PARA LA DESAFILIACIÓN DE ACUERDO A LO SOLICITADO.

No se aceptaran solicitudes de desafiliación de instituciones y empresas privadas que tengan adeudos con los Entes Gestores así

como no se admitirán solicitudes de desafiliación de las instituciones pertenecientes a la Administración Pública centralizada y descentralizada por la deuda que el Estado mantiene con los Entes Gestores.

Las empresas privadas deberán adjuntar el certificado de no adeudo por tres gestiones anteriores, emitido por la unidad de Cotizaciones del Ente Gestor correspondiente.

La modificación del artículo 7, implica también que otros artículos vinculados sean modificados en parte, pero ello depende de la redacción y el contenido final que se otorgue al artículo 7.

BIBLIOGRAFÍA:

ARCE Catacora. Bolivia estrena una nueva Ley de Pensiones. Publicado el 10 de diciembre del 2010.

CEDLA. 2003. La Reforma de Pensiones. La Paz: CEDLA.

FARIAS, Germán Cisneros. 2000. Teoría del Derecho”, 2da. Edición. Editorial Trillas, México.

HERNÁNDEZ, Roberto y otros. 1998. “Metodología de la investigación“. Edit. McGraw- Hill; México.

INSTITUTO LATINOAMERICANO DE INVESTIGACIONES SOCIALES. 1986. "Temas de Política Social Seguridad Social", Ed. Instituto Latinoamericano de Investigaciones Sociales, La Paz.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO, OIT; Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, OMS, 1999, Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de protección social en salud en América Latina y el Caribe, México, Reunión regional tripartita, 29 de noviembre al 1 de diciembre.

PANIQUE Williams. 2010. Experiencia de Seguridad Social en Bolivia. INASES. La Paz, Bolivia.

PLAZA, Beatriz; Barona, Ana, 1999. Afiliación de población pobre al sistema de salud: el caso colombiano, Bogotá D.C., Fundación Corona, Fedesarrollo.

RESTREPO, Jairo Humberto; Echeverri, Esperanza; Vásquez, Johanna; Rodríguez, Sandra, 2002. "Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia. Informe de Investigación, Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia.

TUFIÑO RIVERA Nancy. 2007. Seguridad Social para todos. La Paz-Bolivia.

VALDEZ PRIETO, Salvador. 2002. Políticas y mercados de pensiones: Un texto universitario para América Latina. Santiago De Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

VERDUGUEZ César. 2000. El Estado y las políticas estatales. Ecuador. FLACSO No. 13

NORMAS:

Constitución Política del Estado

Código de Seguridad Social Boliviano

Reglamento Específico de Afiliación y Desafiliación INASES

Sitios web:

www.cns.gob.bo

www.seq-social.es

ANEXOS

ANEXO 1

ENCUESTA DIRIGIDA A EMPLEADORES AFILIADOS A LA CAJA NACIONAL DE SALUD

DATOS GENERALES:

Sexo:.....

Edad:

Policlínico al que asiste:.....

Tiempo que está asegurado:

- 1. En qué grado está satisfecho por el servicio que recibe en su seguro de salud?**
 - a. Muy satisfecho
 - b. Satisfecho
 - c. Un poco insatisfecho
 - d. Totalmente insatisfecho

- 2. ¿Sus empleados se sienten satisfechos por el seguro de salud que reciben?**
 - a. Si totalmente
 - b. Parcialmente
 - c. Ninguno se siente satisfecho
 - d. No sabe

- 3. Quienes están parcialmente satisfechos o no están satisfechos que aducen al respecto**
 - a. El servicio es totalmente deficiente en todo sentido
 - b. El servicio es deficiente en algunos aspectos como el de los medicamentos
 - c. Deben esperar mucho tiempo para ser atendidos
 - d. No se realizan diagnósticos adecuados de sus enfermedades

- 4. Estaría predispuesto a cambiar de ente asegurador**
 - a. Si
 - b. No
 - c. Tal vez

- 5. Cuáles son los factores por los que no puede cambiar de ente asegurador**
 - a. La norma pone muchos obstáculos
 - b. No existe otra entidad en la que se puede confiar

- c. Nunca se ha decidido
 - d. No tiene tiempo para realizar los trámites
- 6. En caso de pretender cambiar de caja de salud, cuál sería su opción más importante**
- a. Caja Petrolera
 - b. Caja Bancaria
 - c. Caja de Caminos
 - d. Otra
- 7. Al no poder cambiar de caja de salud, cuando usted así lo requiere por deficientes servicios prestados que perjuicios le ocasiona?**
- a. Deterioro de la salud de sus empleados y de usted mismo
 - b. Costos adicionales al no poder recurrir siempre a la Caja por su mal servicio
 - c. Muchas quejas de parte de sus empleados
 - d. Tiempo perdido por parte del trabajador y de usted por las demoras en la atención
- 8. Conoce usted la norma de desafiliación de la CNS, ante un mal servicio de ésta**
- a. Si conoce
 - b. Conoce parcialmente
 - c. No conoce nada al respecto.

Gracias.