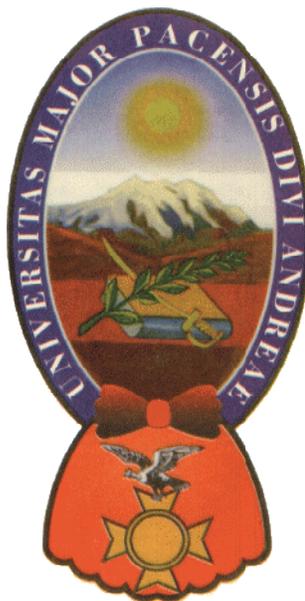




“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS POLITICAS
CARRERA DE DERECHO



MONOGRAFIA

**PARA OPTAR AL TÍTULO ACADÉMICO DE LICENCIATURA
EN DERECHO**

**“LA INCORPORACION DE NUEVAS PRESTACIONES
DE SALUD, EN EL REGIMEN DE CORTO PLAZO
TALES COMO PATERNIDAD, RIESGOS
LABORALES Y RIESGOS CATASTROFICOS EN LOS
ENTES GESTORES DE SALUD”**

INSTITUCION: SEGURO SOCIAL UNIVERSTARIO LA PAZ

POSTULANTE: ALEJANDRO CARLOS HUANCA QUISBERT

La Paz – Bolivia

2012



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”



Dedicatoria

*A Dios por sobre cualquier persona que exista, por ser el único dador de vida nueva, por ser la fuerza y esperanza para que mi vida continúe, y solo te pido **JESÚS** que nunca me sueltes de tu mano, ya que tu poder es absoluto e infinito pues todo lo puedo en Cristo que me fortalece.*



Agradecimientos

Doy infinitas gracias...

A Dios, por darme la vida nueva que ahora tengo, por darme a los Tutores que me colaboraron en esta etapa de mi vida.

A mis padres, por su amor y apoyo incondicional, y por mantener su fe.

A todas las personas relacionadas directa o indirectamente que me ayudaron con la elaboración de esta monografía.

A mí querida facultad de Derecho y Ciencias Políticas de la U.M.S.A.

A todos y cada uno de los Catedráticos que me impartieron conocimientos.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Prologo

El conocimiento es indispensable para la actividad práctica de los seres humanos, posibilita reflejar la realidad natural y social y en la medida de su objetividad permite transformarla en procura del bienestar de la humanidad.

En el proceso del conocimiento científico se generan representaciones, conceptos, leyes de causalidad, teorías para explicar los fenómenos naturales y sociales, todo esto como resultado de la actividad humana en búsqueda de lo desconocido o la solución de problemas que se presentan en la actividad práctica.

Para ello ha sido también posible gracias a la ayuda del personal del Hospital Seguro Social Universitario La Paz, habiendo proporcionado la información necesaria para el presente monografía y la interacción con los asegurados y enfermos solicitando a la comisión de prestaciones pueda autorizar su solicitud la misma es rechazada por la comisión o con un aporte de 75% por parte del asegurado y el 25% que será cubierto por el Seguro encontrándose desprotegido en el campo de salud ya que algunas prestaciones no son cubiertas por el régimen de corto plazo.

La rápida y fructífera evolución que está experimentando el sistema de salud y la doctrina desde la entrada en vigor del Código de Seguridad Social y su Reglamento, hacen necesarias una revisión y actualización de esta obra que, por ir principalmente dirigida a la población en general, debe mostrar con claridad las principales aportaciones de una y otra y los criterios doctrinales referente a las prestaciones de salud ya que las mismas no cubren algunas contingencias y no existe programas de rehabilitación.

Al poder aportar con el presente trabajo de investigación la incorporación de nuevas prestaciones de salud en el Régimen de Corto Plazo y su aplicación en el Ente Gestor de Salud, para el beneficio de la población asegurada.



Introducción

La incorporación de nuevas prestaciones son aquellas que comprenden la atención médica primaria, especializada, quirúrgica y de rehabilitación y provisión de insumos, medicamentos y prótesis, además de la realización de exámenes complementarios y de especialidad requeridos durante el tratamiento del paciente en el régimen de corto plazo en los Ente Gestor de salud, fue considerado como un tema de investigación y estudio por que en la actualidad viene hacer una necesidad que amerita un análisis profundo que lleve a dar mecanismos de incorporación de dichas prestaciones en todas aquellas a las que se otorgan por la Seguridad Social o la Asistencia Pública, tendentes a paliar la situación de necesidad del hombre en cualquiera de los campos que así requieran como ser: paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos, de esta manera se genere cambios en la salud del ser humano que posibilite mejorar las condiciones de vida.

El tratamiento de la incorporación de nuevas prestaciones se concibe como la actividad encaminada a resolver la otorgación de aquellas que se hallen en conflicto dada particularidad de los mismos o que no se hallen debidamente enunciadas.

El Seguro Social de Corto Plazo se sustenta en el derecho natural de las personas constituidos en garantías constitucionales como el derecho a la vida, derecho a la salud y el derecho a la seguridad Social bajo la modalidad de contraprestaciones y tiene por objeto promover y desarrollar a plenitud el bienestar común de la población asegurada y su grupo familiar.

Cuando a fines del siglo pasado se implantaron en Alemania los seguros sociales obligatorios, no se sospechó los alcances que tendría su desarrollo en esta área política de encontrar todas las formas posibles de proteger al hombre de los riesgos que lo acechan durante su existencia.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Es así que primero fueron solamente fueron los riesgos profesionales los que había que asegurar extendiéndose luego a la defensa de ciertos daños en la salud, mas tarde se vio la necesidad de proteger al trabajador en sus ingresos cuando falta el salario por cualquier circunstancia, las rentas mismas muestran una evolución desde el pago de una parcialidad con topes, hasta la totalidad del salario perdido.

Fue muy posteriormente que se está abandonando el concepto en materia de seguridad social como aquella ciencia exclusivamente reparadora de las prestaciones que otorga y se piensa más en una disciplina con una visión global de protección integral en la que se debe promover a través de los principios de igualdad, Universalidad, interculturalidad, Integralidad, Equidad, Solidaridad entre otras oportunidades así como la integración social y es esa integración social el objetivo de las prestaciones de salud, persiguiendo el desarrollo equilibrado del hombre dentro de su comunidad otorgándole herramientas que le permitan vencer los obstáculos que se le presenten y lograr con ello su desarrollo integral como miembros en la sociedad.

El vehículo que le otorgará esa seguridad es pues la incorporación de Nuevas Prestaciones que le permitan desarrollarse íntegramente como ser humano.

Las prestaciones de salud como tales, deben estar no solo en relación con la seguridad social así como por la asistencia pública o beneficencia.

Para la acreditación del derecho a las prestaciones del Seguro Social a Corto Plazo, los titulares del seguro y/o beneficiarios deben presentar los documentos de seguro, laborales y personales, según corresponda, que establezcan con claridad la identidad de los mismos así como la contraprestación respectiva.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Capítulo I

Aspectos Generales



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

1.1. LA VIDA Y LA NECESIDAD DE SU PROTECCIÓN

Así como los servicios de salud pueden cumplir las cuatro funciones básica de prevención, curación y rehabilitación, de las nuevas prestaciones pueden realizar funciones paralelas con estos servicios de salud así pueden prevenir y pueden proteger a aquellos cuya seguridad o bienestar este en peligro, como a los ancianos, los inválidos, los padres y las esposas o los niños que no reciben de sus padres los cuidados adecuados. Finalmente pueden ayudar a determinadas personas y comunidades a desarrollar sus capacidades potenciales, como el caso de aquellos cuyas posibilidades de emplearse son limitadas, de las familias agobiadas por sus deudas u otros problemas.

Las nuevas prestaciones pueden aportar para mejorar la calidad de vida de las personas directamente involucradas así como de manera indirecta a su núcleo familiar con el desarrollo de políticas tendentes no a constituirse en paliativos sino en verdaderas respuestas a la problemática de ausencia de algunas prestaciones de salud y la implementación activa de los existentes, desarrollando principalmente la prevención y readaptación con un efecto positivo al prevenir que se den condiciones para causar perjuicios o la propia invalidez que se constituirá en carga familiar y la rehabilitación para la adaptación de quienes se han apartado de una vida social normal como los riesgos laborales la minería, la tala de árboles, las enfermeras, según la actividad que desempeña producto de ella quedan a su suerte, los riesgos catastróficos incendios, inundaciones, etc., y los mismos pueden recuperar capacidades potenciales que traducidas en mano de obra se constituirían en gran apoyo para su familia y por efecto natural para la sociedad.

Estamos en el presente frente a la realidad de que los empleadores creen que las elevadas cotizaciones para la seguridad social que están obligados a pagar aumentan sus costos de producción lo que les obliga a reducir su competitividad frente a los productores de países cuyos



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

empleadores no abonar cotizaciones y si las pagan, son mucho más bajas por lo que no se debe descuidar que la financiación mediante impuestos gravada sobre determinados rubros puede de alguna manera constituirse en la parcial solución para implementar el Seguro Universal en las Prestaciones Sociales destinada a aquellos sectores de trabajadores por cuenta propia que ganan poco y no cuentan con la protección de un salario mayor que les permita proporcionarse por sí mismos la cobertura de un régimen contributivo.

Por estas razones y las esencialmente humanitarias se debe buscar la solución al problema para lograr mejorar la calidad de vida de la población lo que debe ser la meta de éxito que se trace cualquier gobierno planteándose como política de Estado su concreción.

La vida, es un valor incalculable económicamente que debe ser protegida apelando a recursos de naturaleza legal, ético moral, social y económica, para ello es responsabilidad de los gobernantes incursionar en las áreas de satisfacción de necesidades, así como de protección social, aspectos que pueden y deben ser cubiertos con la incorporación de nuevas prestaciones de salud como medios auxiliares a la Seguridad Social o la Asistencia pública.

1.2. SITUACIÓN ACTUAL EN BOLIVIA

La consecución de la *cobertura* de la protección social de la salud – definida como el acceso efectivo a una asistencia médica y a una protección financiera accesible y de calidad en caso de enfermedad – es un objetivo central de la OIT. En este contexto, la cobertura se refiere a la protección social de la salud, teniendo en cuenta:

- a) el tamaño de la población cubierta;



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- b)** la accesibilidad financiera y geográfica de los servicios cubiertos;
- c)** el grado en que están cubiertos los costos de un paquete de prestaciones; y
- d)** la calidad y la pertinencia de los servicios cubiertos.

La protección social de la salud consiste en varias opciones financieras y Organizativas cuyo objetivo es otorgar paquetes adecuados de prestaciones para brindar una protección como ser; paternidad, riesgo laborales y riesgos catastróficas que representa.

Prácticamente todos los países han constituido sistemas basados en varios mecanismos de financiación que combinan dos o más de estas opciones de financiación. Las políticas de protección social de la salud de la OIT reconocen explícita y pragmáticamente la naturaleza pluralista de los sistemas nacionales de protección social de la salud y la Oficina asesora a los gobiernos y a otros actores fundamentales en esta protección, a efectos de que se persigan combinaciones estratégicas sistémicas de unos sistemas nacionales de financiación cuyos objetivos sean:

- a)** acceso universal e igualitario;
- b)** protección económica en caso de enfermedad;
- c)** eficiencia global y distribución eficaz de los servicios de salud.

En este contexto, es importante garantizar que los sistemas nacionales de financiación de la salud no desplacen a otras prestaciones de seguridad social.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Por consiguiente, la protección social de la salud no puede perseguirse como una política aislada; se considera, y debería serlo siempre, como un componente de una estrategia nacional global de protección social.

La mayoría de los pueblos del mundo ha tomado conciencia de la gran importancia de otorgarle al hombre mejores condiciones de vida elevando la calidad de la misma por lo que el presente trabajo busca analizar la situación actual de la población boliviana que cubra cualquier contingencias producto a la actividad que realiza y con una sólida economía que cuentan en su estructura protectora de la Seguridad Social bajo el Régimen de corto Plazo con las prestaciones de salud bien desarrollados, teniendo el ejemplo cercano en el país Ibérico España en donde el INSERSO tiene plenamente desarrollados el apoyo a los Minusválidos y la Tercera Edad, en tanto que en Bolivia apenas se cuenta con incipientes prestaciones de salud dirigidas a la protección en maternidad y el niño, que aunque sean sectores muy importantes para el desarrollo de la sociedad pero la acción protectora de las prestaciones de salud tiene un límite muy reducido, proponiendo un enfoque que contribuya a modificar los paradigmas existentes en la seguridad social tradicional que en Bolivia donde el régimen de la Seguridad Social es netamente contributivo toda vez que los servicios asistenciales se limitan a cubrir algunas necesidades simplemente de salud básica, debiendo enfocarse más a la parte de protección general del capital humano por lo que el enfoque de la propuesta consistirá en plantear a los niveles de dirección en la Seguridad Social Universitaria en la incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en el Ente Gestor de salud y la conformación de mutuas para la implementación de aquellas prestaciones que no tengan relación con la salud y con perspectiva más ambiciosa a través de algunas Instituciones como la Defensoría del Pueblo, se convierta en un



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

planteamiento a nivel gubernamental para su aplicación en los servicios asistenciales a cargo del gobierno.

Frente a la importancia que han adquirido las prestaciones de salud en los países desarrollados, en Bolivia como ya se dijo es aún incipiente pues tan sólo se han limitado a otorgar algunas prestaciones de apoyo familiar como los subsidios económicos por hijos recién nacidos hasta el cumplimiento del primer año de vida tanto para la madre como para el recién nacido y si bien por otra parte se tiene legislado el apoyo al sector de los minusválidos, sin embargo en forma real con la incorporación de nuevas prestaciones que les otorguen herramientas para su autodefensa, o su incorporación a la sociedad o menos aun su aceptación en la propia sociedad no está aun definitivamente implementado a través de prácticas en centros o instituciones que les permitan superar su discapacidad no solo física sino sobre todo psíquica literalmente hablando, y qué decir de centros donde se otorguen servicios sociales dirigidos al no menos importante grupo cual es del adulto mayor o de la tercera edad, en cuanto a los centros comunitarios o de apoyo multidisciplinario dirigido tanto a los discapacitados, el adulto mayor o a la propia familia amenazada por diversas circunstancias y al trabajador.

1.3. IMPORTANCIA DE LAS PRESTACIONES EN SALUD

Si entendemos todas aquellas prestaciones de carácter complementario que otorga la Seguridad Social y que debe recibir el ser humano cuando se encuentre en situación de necesidad, nos preguntaremos **¿Es importante la incorporación de nuevas prestaciones de salud?** y para ello debe ser suficiente el convencimiento de la importancia que reviste esta protección asistenciales más aun si con ello se mejorará la calidad de vida no sólo del asegurado sino también de su grupo familiar y la sociedad misma que la requiera en su oportunidad.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Es indiscutible la importancia que revisten las prestaciones ya sea estas en dinero o especies como instrumento para mejorar la calidad de vida del ser humano, sin embargo la complicación surge para su legislación e incorporación sea a la Seguridad Social Universitaria, el Sistema de la Seguridad Social Boliviana o finalmente a cargo de los servicios asistenciales tanto por razones de índole económica como legal, al identificarse dos hechos perfectamente diferenciables que son:

- a) La financiación y
- b) Los Grupos Sociales a los que están dirigidos que están sujetos a un:
 - b.1. Régimen Profesional Contributivo
 - b.2. Régimen Asistencial no Contributivo
 - Discapacitados
 - Adulto mayor
 - Núcleo de la sociedad - la familia, o personas en general que requieran apoyo multidisciplinario.
 - Desempleados.
 - Carentes de vivienda.
 - Universitarios

El Sistema Integrado de la Seguridad Social Universitaria Boliviana “ SISSUB”, en la IV Conferencia Nacional Extraordinaria desarrollada en la ciudad de Cochabamba en fecha 14 de Diciembre de 2008, a realizado un



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Anteproyecto de Ley del Seguro Social de Corto Plazo con el Título de “La Seguridad Social en la perspectiva del año 2008”

Señalando que el Seguro Social de Corto Plazo forma parte del derecho a la Seguridad Social que tiene las bolivianas, bolivianos y personas sujetas a su campo de aplicación, a través de las prestaciones y beneficios que se encuentran consagrados en la Constitución Política del Estado Plurinacional las razones de la importancia de nuevas prestaciones de salud y su incorporación sea dentro de la Seguridad Social Universitaria o en los servicios Asistenciales, este importante informe fue presentado a los Presidentes y Miembros del Directorio de cada uno de los Seguros Sociales Universitarios frente a los cambios económicos y sociales, “La incorporación de nuevas prestaciones de salud en el Régimen de Corto Plazo de los Seguros Sociales Universitarios”, formulando esta recomendación por los siguientes motivos:

1. El desarrollo de los servicios de salud es esencial para asegurar su uso eficaz, en aplicación especial en materia de seguridad social, en cuanto a las prestaciones de salud, en especie o en dinero.
2. La incorporación de nuevas prestaciones pueden contribuir a la calidad de vida en medida no menor que los servicios de salud.
3. Proteger y promover la salud y vida del universo de los asegurados.
4. Otorgar la continuidad de los medios de subsistencia en el periodo de asistencia médica.
5. Desarrollar la aplicación de medidas necesarias para la rehabilitación y consiguientemente reinserción a la actividad laboral.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

6. Promover la concesión de medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida del titular del seguro y su grupo familiar.

Asimismo recomiendan que **“paralelamente al derecho de acceso a no solo a los asegurados sino a toda la población, a medida que los servicios salud se van desarrollando y se disponga efectivamente de ellos, un derecho de acceso a estos últimos servicios sin barreras pecuniarias o burocráticas y prohibitivas”**

De igual manera se recomienda que “los servicios de salud se coordinen a nivel local a fin de proporcionar una ayuda y apoyo globales y una atención permanente a las familias y a las personas, dando esa responsabilidad al gobierno”.

Un aspecto importante es que se recomienda que se determinen los mecanismos para lograr la participación de la comunidad así como las asociaciones sin fines de lucro para que estos puedan planificar y administrar las instituciones que proporcionen servicios sociales.

La importancia de las prestaciones para ser incorporados dentro de la Seguridad Social Universitaria y más aun dentro del Sistema de la Seguridad Social Boliviana es tan importante como la propia salud y para ello se deberán vencer obstáculos normativos y económicos pero que con una concientización gubernamental se podría constituir en política de Estado para superar la pobreza del pueblo y lograr éxito en la lucha contra la pobreza que fue uno de los pilares del gobierno que la misma está plasmada como un derecho supremo.

1.4. PROBLEMÁTICA FINANCIERA Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales, riesgos catastróficos y



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

entre otros en los entes gestores de salud, en la seguridad social Universitaria y/o en el Sistema de la Seguridad Social Boliviana ha encontrado oponentes en función a la dificultad para su financiación que bien podría encararse desde dos perspectivas:

- A.** La financiación que deberá ser determinada en función de los grupos sociales a los que están dirigidos, así si pertenecen al régimen profesional o contributivo, su financiación deberá también estar en relación al régimen al que pertenecen y de manera similar para aquellos sectores que se encuentran dentro de la asistencia pública en los que el Estado deberá cubrir sus costos con cargo a los impuestos no directos sino a determinados rubros como la importación de bebidas alcohólicas, tabacos, producción nacional de las mismas y artículos suntuarios, pues con un ingreso anual de \$us. 200 per cápita poco o nada podremos lograr aplicando imposiciones fiscales directas.

- B.** La incorporación de las prestaciones de salud en la Seguridad Social Universitaria o el Sistema de la Seguridad Social Boliviana, para aquellos Servicios Sociales que tengan una relación directa con el régimen de salud podrá lograrse su aplicación e implementación mediante un aporte mensual del trabajador activo, más reducido para el pasivo con destino a la formación de mutuas prestadoras de Servicios Sociales sin fines de lucro y administradas por los propios trabajadores a través de un Directorio o niveles de administración bajo la supervisión del ente gestor de salud.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

1.5. BALANCE DEL ESTADO DE LA CUESTION

Revisando las características históricas de las prestaciones de salud referidos en el Régimen de Corto Plazo, se observan hechos históricos los cuales se dieron a conocer en el Derecho Social y la Constitución Política del Estado en su Art. 35° establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones del grupo familiar y el Art.37 establece que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que constituye una función suprema y primera responsabilidad financiera.

Código de Seguridad Social y Reglamento en su Art. 1, establece es un conjunto de normas que tiende a 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., Art. 2.- La aplicación de las normas de seguridad social, se efectuará mediante este Código constituido por el Seguro Social Obligatorio, las Asignaciones Familiares y sus disposiciones especiales que tienen carácter obligatorio para todas las personas e instituciones comprendidas en el campo de aplicación del presente Código y el Art. 28.- Para fines de los artículos anteriores los trabajadores podrán escoger una de las tres posibilidades siguientes, dentro del régimen normal, no debiendo aplicarse las disposiciones del Libro VII:

- a)** Seguro Social en su totalidad que comprende: todas las prestaciones indicadas en el Art. 3° del presente Reglamento. La cotización total es del 34.2 por ciento;

- b)** Seguros de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

solamente. La cotización total es del 19.5 por ciento;

- c) Seguros de invalidez, vejez y muerte, solamente: La cotización total es del 14.7 por ciento.

Los regímenes de la Seguridad Social se inspiran en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

Como se puede apreciar la ley de leyes en Bolivia no encuentra el campo de aplicación necesario, pese a que el hombre tiene el derecho a la Seguridad social, por su simple condición de tal y recogiendo este principio es que el precepto constitucional propugna la protección de la Seguridad Social a favor del habitante boliviano, sin embargo tan importante normativa, jamás se puso en práctica sino sólo en las prestaciones de salud para un reducido grupo como es el de la madre, el niño o el adulto mayor de 60 años, perdiéndose la universalidad y si continuamos denominando “**Seguridad Social**” tan sólo es por el contenido doctrinal y teórico, tan sólo por su tendencia universalista aunque en la realidad no lo sea, toda vez que el Seguro Social en Bolivia es totalmente laborista., sujeto al sistema contributivo, pues desde el propio ámbito de su aplicación, se determina que protegerá a todos los estantes y habitantes que estuvieran sujetos a cualquier relación laboral, lo que desvirtúa la característica de universalidad, limitando su accionar a un grupo privilegiado de trabajadores, excluyendo a la gran mayoría de la población que por la situación económica o se encuentra desempleado o es trabajador por cuenta propia sin ingresos suficientes para costearse “**su Seguridad Social**”.

Así la evolución hacia la Seguridad Social se da como fruto de profundas transformaciones en las que el partícipe principal deberá ser el Estado con la ampliación de su protección buscando el bienestar general de la



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

población, ampliando las prestaciones sociales que incipientemente tiene como ser:

- Las asignaciones familiares que se constituyeron como prestaciones de regímenes especiales dentro del esquema de prestaciones del Código de seguridad social, y tiene por objetivo reforzar los ingresos familiares, suministrando productos nutricionales básicos, para compensar el aumento de necesidades por la mayor carga familiar debido al advenimiento de nuevos hijos.
- Además de estas prestaciones de carácter social, en Bolivia está perfectamente reglamentada la enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales riesgos profesionales.
- Se reconoce dos tipos de prestaciones: las de carácter médico y las de orden económico, las primeras que consisten en servicios médicos, provisión de medicamentos y otros recursos sanitarios y los segundos comprenden asignaciones temporales en dinero que se denominan subsidios, pensiones o rentas a largo plazo estas prestaciones de servicios sociales propenden a elevar el nivel y la calidad de vida del grupo familiar.

1.6. LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

Al transcurso de un siglo del nacimiento de la Seguridad Social la generalidad de los países muestran su gran preocupación por la viabilidad del sistema de la seguridad social identificando como causas directas de la crisis del Sistema la evolución demográfica traducida en el creciente envejecimiento de la población que conlleva a un aumento desproporcionado de personas en edad de jubilación; tendencia alcista de decremento en la reposición de empleos, produciéndose consecuentemente la disminución de éstos,



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

elevándose el desempleo que trae como consecuencia lógica un grave impacto sobre la Seguridad Social sea del régimen contributivo o no contributivo por la disminución del crecimiento económico que traerá como consecuencia una reducción en las recaudaciones impositivas así como disminución en las cotizaciones a la Seguridad Social cuyas características de su nacimiento se ven dañadas por las fuertes y generalizadas tendencias ideológicas **neoliberales** y privatizadoras.

Estos hechos de los que no es ajena la Seguridad Social Universitaria y el Sistema de la Seguridad Social Boliviana llevaron sin duda a que la aguda crisis por la que atravesó la Seguridad Social obligando a considerar como imperiosa la necesidad de cambio en los actuales sistemas de Seguridad Social despojándose en algunos casos de la solidaridad generacional introduciendo cambios y condiciones más duras para el acceso a las prestaciones que otorga la Seguridad Social y que en el caso de Bolivia se podría resumir en las siguientes:

- a. Revisión al **alza de las edades de jubilación** y, en determinados casos, ampliación del acceso, voluntario u obligatorio, a la jubilación anticipada.
- b. **Reducción de la carga financiera**, mediante la reforma de las reglas de cálculo que determinan la prestación media de los sistemas.
- c. **Clarificación de las fuentes de financiación**, determinándose que la mayor carga la debe asumir el trabajador desconociendo que el arribo a su vejez lo realizó al servicio del empresario o empleador, quién únicamente se hace responsable de los riesgos laborales con una mínima cotización.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

d. Privatización de la Seguridad Social con la Introducción de técnicas financieras de capitalización

Con la insensibilización de la Seguridad Social bajo el argumento de la crisis económica sean cuales fueren las razones de ella, definitivamente los servicios sociales son derechos que aun antes de nacer en algunos países de economía crítica como Bolivia son olvidados.

1.7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿La incorporación de nuevas prestaciones para un efectiva protección de los asegurados en el Régimen de Corto Plazo, en los Entes Gestores de Salud del Seguro Social universitario La Paz?..

Describir la problemática del país, trae consigo una complejidad de temas, dado que éste es un problema que deviene de tiempos coloniales donde “el sistema de salud es un símbolo autentico de una estructura rígida de poder en el que el apego a viejos conceptos y preconceptos representan el mayor problema para los cambios”, como hace mención el texto de Nuevas Políticas Sociales en Bolivia, (Régimen Social, 2001).

Este aspecto se refleja en las políticas de salud, las mismas que se constituyen en paliativos, dado que no se tiene una atención social, integral, económica que permita solucionar los problemas que aqueja a los asegurados en general y del Seguro Social Universitario de La Paz, en particular.

Otro elemento problemático que emerge del anterior, es la ausencia de una política de sostenibilidad socioeconómica del sistema de salud, que debido a su inestabilidad laboral esto en el trabajo eventual tiende a generar mayor desocupación, inestabilidad, laboral.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Al conjunto de problemas, se adhiere las pésimas condiciones de atención por el excesivo número de asegurados, donde la mayoría de la población accede al mismo por encontrarse bajo su Régimen el Sistema de Salud de Seguro Social Universitario no cuenta con los ambientes óptimos para la incorporación de nuevas prestaciones de salud ya que los mismos no cuentan con personal profesional, y con carencia de algunos equipos, servicios ya que los mismos son derivados a clínicas privadas, además de otras inadecuadas condiciones que desfavorecen el poder mejorar las condiciones de vida de la población asegurada.

La situación problemática del sistema de salud en el Seguro Social Universitario de La Paz, se agudiza más, cuando a la par del hacinamiento, el espacio reducido se encuentra bajo un sistema de descentralización del sistema público.

A efectos de una adecuada aplicación de las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, acorde a la necesidades de la población asegurada y el constante avance técnico científico, los Entes Gestores elevaran a consideración del Ministerio del área, políticas de mejoramiento en materia de salud y su financiamiento.

Los diferentes elementos problemáticos descritos permiten afirmar que es necesario un anteproyecto que permita la incorporación de nuevas prestaciones de salud en el régimen de corto plazo en los entes gestores de salud y de rehabilitación que con ella se persiguen.

Por la relevancia social, el tema no puede escapar a las influencias del contexto general de crisis que vive el país y que de hecho invita a ofrecer otro tipo de soluciones más allá; se trata de mejorar una política de salud y de rehabilitación sostenible socio – económica y de acuerdo a una implementación e incorporación de nuevas prestaciones y de su financiación por parte del gobierno y a otros entes gestores de salud dando una cobertura



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

integral respecto a sus servicios de salud a una población que se encuentra desprotegida en el campo de la salud.

1.8. FORMULACION DEL PROBLEMA

Considerando los argumentos expuestos, el problema de investigación se formula a través de la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las características de la incorporación de nuevas prestaciones de salud en el Régimen de Corto Plazo en los Entes Gestores de Salud de la ciudad de La Paz?

Las interrogantes que se desprenden del problema central son las siguientes:

- ¿Cuáles son las características socioeconómicas de la población al acceder a un seguro de salud en el Seguro Social Universitario de La Paz?
- ¿Cuáles son las características y alcances del proceso de incorporación de prestaciones de salud y la correspondiente rehabilitación que se brinda en el Seguro Social Universitario de La Paz a los pacientes y/o asegurados?
- ¿Cuál es la percepción de los pacientes con un grado de discapacidad producto del rechazo de una prestación de salud el cual no estaba contemplada en el Régimen de Corto Plazo del Seguro Social Universitario de La Paz?
- ¿Qué tipo de expectativas presentan los afiliados al ente gestor de salud, respecto a la incorporación de nuevas prestaciones de salud y el proceso de rehabilitación?



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

¿Cuál es el rol del Ente Gestor en los procesos de de incorporación de nuevas prestaciones e rehabilitación?

1.9. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La incorporación de las nuevas prestaciones de salud en el sistema de la Seguridad Social Boliviana y en la Seguridad Social Universitaria es importante principalmente porque la vida y la calidad de la misma debe ser uno de los puntales de las políticas a encarar por cualquier sistema gobernante siendo en la actualidad aspectos que por la crisis económica que no es ajena a los pueblos del mundo, en Bolivia particularmente ha logrado insensibilizar a gobernantes y gobernados que no tuvieron la desdicha de contar en su círculo familiar con personas que se encuentren en necesidad de contar con el apoyo de servicios sociales que le posibiliten alcanzar un mejor nivel en su calidad de vida, los altos índices de personas con discapacidad, adultos mayores, conflictos familiares, desempleados y ausencia de apoyo para otras necesidades debe ser un tema de mucha preocupación que luego del análisis del presente tema y la difusión del mismo bien podría ser el inicio de un cambio de actitudes y políticas tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

En el presente el gran número de empleadores cree que las elevadas cotizaciones para la seguridad social que están obligados a pagar aumentan sus costos de producción lo que se traduce en reducción de su competitividad colocándolos en situación desventajosa en relación a aquellos productores en países donde se dio la universalidad de la Seguridad Social y los empleadores no abonan cotizaciones y si las pagan son mucho más bajas., por otra parte no se puede pasar por alto que la financiación mediante impuestos directos al pueblo, también puede ser calificada de injusta especialmente para aquellos que ganan poco pero que de igual manera



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

deben ser parte de la carga impositiva con lo que se agravaría aun mas su pobreza.

Sin embargo se debe buscar la solución al problema para lograr que los servicios sociales sean parte de la Seguridad Social y de los Servicios de la Asistencia Pública, porque con ello también se lograrán algunas ventajas de tipo económico para la sociedad al margen de las ventajas de tipo humano con la mejora en la calidad de vida de la población que debe ser el objetivo final de un gobierno y plantearse como política de Estado su concreción.

El aporte que se hará a la sociedad para lograr un equilibrio entre los que lo tienen todo o por lo menos más que los que no lo tienen, logrando con ello introducir un sistema de protección que de la cobertura para las necesidades económicas y sanitarias de quienes se encuentran en situación de necesidad.

Los medios para lograr estos resultados radican en la incorporación y modificación de algunas prestaciones de salud buscando igualdad de oportunidades así como una integración social debiendo encararse como un derecho del ser humano.

1.10. OBJETIVOS

Los objetivos para la incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud, dentro de la Seguridad social Universitaria y/o en el Sistema de la Seguridad Social Boliviana es importante si se toma en cuenta los altos fines que se persigue cual es lograr darle una mejor calidad de vida al ser protegido por la Seguridad Social por lo que se señalan un objetivo general y objetivos específicos:



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

1.10.1 OBJETIVO GENERAL.

El objetivo general es la incorporación de nuevas prestaciones de salud en los regímenes de corto plazo dentro de la Seguridad Social Universitaria y/o el Sistema de la Seguridad Social Boliviana para cumplir con el objetivo de otorgar protección integral al ser humano que junto a los servicios de salud pueda prevenir, proteger, rehabilitar a quienes se han apartado de una vida normal o simplemente facilitar cuidados, debiendo aplicar las nuevas prestaciones a todos los grupos de ingreso sean estos altos o muy reducidos con un sentido de solidaridad, para eliminar el estigma de que quienes acuden al apoyo de los Entes Gestores de Salud solo son los pobres o indigentes.

1.10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Como objetivos específicos se tiene: el promover la igualdad de oportunidades para el hombre, su integración social, desarrollo equilibrado dentro de su comunidad otorgándole herramientas que le permitan vencer los obstáculos que se le presenten y lograr con ello su desarrollo integral como miembros en la sociedad.

El vehículo que le otorgará esa seguridad es pues la incorporación de las nuevas prestaciones de salud, que le permitan desarrollarse íntegramente como ser humano y que de acuerdo a los grupos sociales a los que ira dirigidos estas prestaciones, identificaremos estos objetivos específicos en los siguientes:

- Identificar la percepción de los asegurados, beneficiarios y/o afiliados, sobre la incorporación de nuevas prestaciones de salud dentro del Seguro Social Universitario de la ciudad de La Paz.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- Identificar las expectativas de los Asegurados, Beneficiarios y Afiliados, respecto a la incorporación de nuevas prestaciones de salud.
- Identificar las dificultades y ventajas de las nuevas prestaciones de salud.
- Mejorar la calidad de vida del Asegurado.
- Integración familiar y social.
- Rehabilitación.
- Alternativas en contra del desempleo.

1.11. DELIMITACION

1.11.1 DELIMITACIÓN TEMPORAL.

El estudio considera información comprendida entre el periodo 2011 – 2012.

1.11.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL.

Respecto a la delimitación geográfica, el estudio se efectuó en el Seguro Social Universitario La Paz.

1.12. TIPO DE ESTUDIO.

El presente trabajo ha permitido conocer las características del proceso de incorporación de nuevas prestaciones de salud en el régimen de corto plazo del Ente Gestor de Salud, considerándose pertinente optar por un estudio de tipo descriptivo, desde la perspectiva cuantitativa y cualitativa.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

1.13. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

La proposición tentativa que guía el trabajo de investigación es la siguiente:

“El Seguro Social Universitario La Paz, la creación de un anteproyecto para que el seguro social de corto plazo, la incorporación de nuevas prestaciones de salud, que cubra a la población en general y universitaria, y que la misma no limite las posibilidades de una cobertura de medidas de rehabilitación”.

1.13.1 IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES.

- **Variable independiente:** Proceso de rehabilitación, de la población en el Entes Gestores de salud.
- **Variable dependiente:** Incorporación de nuevas prestaciones y la Rehabilitación social.
- **Variable moderante:** Seguro Social Universitario La Paz.

1.13.2. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

- **Proceso de rehabilitación.-** La rehabilitación del asegurado y/o afiliado está definida como una acción institucional en favor del paciente, inscrita en los registros de un Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo con el fin de restablecer sus derechos.
- **Reinserción social.-** Se toma como reinserción a un proceso de adquisición de prótesis funcional y la interacción entre los Entes Gestores de Salud y la sociedad externa o viceversa.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

1.13.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES
Incorporación de Nuevas Prestaciones de Salud en el Régimen de Corto Plazo	Demográfica	<ul style="list-style-type: none"> - el tamaño de la población cubierta; - la accesibilidad financiera y geográfica de los servicios cubiertos; - el grado en que están cubiertos los costos de un paquete de prestaciones; y - la calidad y Eficacia de la pertinencia de los servicios cubiertos.
	Cobertura Rehabilitación	<ul style="list-style-type: none"> - Actividad ocupacional a la que se dedica - Prótesis Vital - Prótesis Funcional, sujeto a reglamentación. - Asistencia farmacológica - Programas de rehabilitación. - Prestaciones cubiertas por la institución - Tipo de prestación que recibe por parte de los Entes Gestores de Salud en el Régimen de Corto Plazo. - Frecuencia con que recibe visitas a domicilio por parte de los profesionales en salud - comprende la atención médica integral y gratuita a favor de las personas con un grado de discapacidad.
	Rehabilitación autogestionada	<ul style="list-style-type: none"> - cotizaciones del trabajador con los que cuenta para un rendimiento satisfactorio en la actividad que realiza - Generación de excedentes o ahorro producto de las cotizaciones, que le permitan una pronta atención
	Sostenibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Los Entes Gestores elevaran ante el Directorio, el Plan Operativo Anual, acompañado en todos los casos los informes técnicos y administrativos y financieros para su implementación - Asignación de presupuesto para los programas médicos de rehabilitación y reinserción social - Dotación de equipos, materiales e insumos para la atención óptima de los ciudadanos.
incorporación social	Dimensión social	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción sobre la efectividad de las nuevas prestaciones de salud obtenida dentro de los Entes Gestores de Salud, para su rehabilitación



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

		<ul style="list-style-type: none">– Percepción sobre la existencia de discriminación cuando una persona no cuenta con los recursos económicos para acceder a un servicio de salud referente a las prestaciones de salud.– Apoyo que recibe el paciente.
	Valoración social	<ul style="list-style-type: none">– Opinión de los familiares sobre el problema que atraviesa a no estar cubiertos en algunas prestaciones de salud– Opinión personal de su situación actual como asegurado– Factores que pueden facilitar a la atención efectiva de los pacientes.

Fuente: elaboración propia.

1.14. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Tomando en cuenta qué, el diseño de la investigación es el plan o estrategia concebida para encaminar al problema de investigación y a la hipótesis central, se ha diseñado una estrategia no experimental, en correspondencia con el tipo de estudio (descriptivo). Asimismo, por la dimensión temporal del objeto de estudio se utilizó el diseño de investigación transaccional – descriptivo dado que su alcance temporal ha permitido “indagar la incidencia y los valores en que se manifiestan en una o más variables..., presentan un panorama del estado de una o más variables en uno o más grupos de personas, objetos o indicadores en un determinado momento”. (Hernández y Otros; 1998: 188)

1.14.1. UNIDAD DE ANÁLISIS.

Las unidades de análisis del presente estudio, comprende la atención médica integral y gratuita a favor de las personas aseguradas y afiliados al Ente Gestor de Salud con la incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

riesgos catastróficos y en otros dentro del Ente Gestor de Salud, al tratar de cubrir contingencias, calamidades que sobre viene al individuo.

1.14.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

1.14.2.1. POBLACIÓN.

La población de estudio ha estado formada por las personas cuyo número asciende a un total de 109 personas quienes se encuentran afiliadas o aseguradas ya sea en calidad de beneficiarios o mediante el programa medico estudiantil "PROMES", en el Hospital Seguro Social Universitario quienes solicitan y requieren de algunas prestaciones que no son cubiertas por el Régimen de Corto Plazo en el Ente Gestor de Salud, las mismas sean consideradas en su oportunidad en la Comisión de Prestaciones.

1.14.2.2. MUESTRA.

El tamaño de muestra se estimó a través del muestreo probabilístico, y la selección de los sujetos mediante un muestreo aleatorio simple. Para la estimación del tamaño de muestra se utilizó la siguiente fórmula estadística: (Munich; 2003: 36)

$$n = \frac{Z^2 NPQ}{Z^2 PQ + Ne^2}$$

Donde:

K : Nivel de confianza = 90%, $Z_{0.95} = 1,645$

P : Probabilidad de ser elegido (0,5)

Q: Probabilidad de no ser elegido (0,5)

N: Tamaño de la población (109 afiliados o asegurados)



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

e: Error de estimación (10% = 0,1)

n : Tamaño estimado de la muestra

Realizando los cálculos correspondientes se tiene:

$$n = \frac{(1,645)^2 (329) (0,5) (0,5)}{(1,645)^2 (0,5) (0,5) + 109 (0,05)^2} = 25,15$$

1.14.3. CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Para la selección de los sujetos de la muestra de estudio, se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

- Personas que requieren la incorporación de nuevas prestaciones de salud ya que los mismos se encuentran desprotegidos y la implementación por los Entes Gestores de Salud de la ciudad de La Paz.
- La incorporación de nuevas prestaciones de salud en el Seguro Social Universitario La Paz.

Asegurados que sufrieron alguna negativa respecto a una prestación que no fuera cubierta por los Entes Gestores de Salud esto en el Regimen de Corto Plazo.

1.15. MEDIOS E INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO.

1.15.1 MÉTODOS.

Por las características del trabajo de investigación, la metodología seleccionada ha sido tanto la cualitativa como la cuantitativa, dado que ambas han permitido encontrar respuestas específicas sobre fenómenos de la realidad, aunque ciertamente no tienen la misma perspectiva sobre ésta.



a) Metodología cualitativa

Para el caso de la presente investigación se tomó en cuenta la metodología cualitativa porque “es una descripción detallada de situaciones, eventos, personas, interacciones y competencias que son observables. Además, incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, etcétera; tal y como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe”. (Montero, Martha: 18)

Dentro de esta metodología, se utilizaron como forma de análisis al método inductivo, aplicado sobre la población privada de libertad. Este método permite la obtención de conocimientos que permite conducir de lo particular (el proceso de rehabilitación) a lo general (percepciones sobre su reinserción social) es decir de los hechos a las causas y la comprensión de las leyes.

b) Metodología cuantitativa

Paralelamente a la anterior metodología, seleccionamos la metodología cuantitativa porque ésta consiste en la “búsqueda de los hechos o causas de los fenómenos sociales, prestando una atención a los estados subjetivos de los individuos”, (Cook, Recchardt, K; Reichardt, S.; 1995: 29) consiguientemente este tipo metodología ha permitido una forma de análisis del método deductivo.

Simultáneamente al método inductivo se aplicó el deductivo dado que éste es “la inferencia de un aserto a partir de una premisa más general” (Torrico; 2002: 57) es decir de las causas (percepciones sobre su reinserción social y reincidencia) a los hechos (el proceso de rehabilitación) por lo que también el carácter cuantitativo se constituyó en la base de la investigación.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Finalmente para poder realizar un estudio explicativo y propuesta fundada en un marco teórico conceptual acorde al propósito de la investigación se apelo al método analítico comparativo porque es un “recurso a la comparación sistemática de fenómenos de diferente tiempo o ámbito espacial, con objeto de obtener una visión más rica”. (Beltrán; 2004; 24).

1.15.2. TÉCNICAS

Debido a que se utilizó una metodología con enfoque cualitativo y cuantitativo, las técnicas de recolección de información fueron las siguientes:

- a) Para el caso de la metodología cualitativa, se utilizó como técnica “el grupo focal”, aplicado a los asegurados, afiliados en calidad de beneficiarios y del Programa Medico Estudiantil -PROMES- que además recibieron atención en las diferentes especialidades de medicina y la rehabilitación socio-laboral en el Seguro Social Universitario La Paz. Un grupo focal es una reunión de un grupo de individuos seleccionados para discutir y elaborar, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, en este caso, la incorporación de nuevas prestaciones y de la rehabilitación.

“Las entrevistas logradas mediante la estrategia de grupos focales tienen como propósito registrar cómo los participantes elaboran grupalmente su realidad y experiencia. Como todo acto comunicativo tiene siempre un contexto (cultural, social), entonces el investigador debe dar prioridad a la comprensión de esos contextos comunicativos y a sus diferentes modalidades. Esta modalidad de entrevista grupal es abierta y estructurada: generalmente toma la forma de una conversación grupal, en la cual el investigador plantea algunas temáticas – preguntas asociadas a



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

algunos antecedentes que orientan la dirección de la misma, de acuerdo con los propósitos de la investigación”. (<http://huitoto.udea.edu.co/~ceo/>).

Para el caso de la metodología cuantitativa, se utilizó la técnica de la encuesta, utilizándose un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas. Este instrumento fue dirigido a los Universitarios afiliados bajo el Programa Medico Estudiantil - PROMES-, y pacientes internados fueron seleccionados para la muestra de estudio con el fin de obtener datos sobre las percepciones y expectativas que presentan respecto al proceso de de asistencia médica pronta y oportuna mediante las prestaciones de salud ya sea esta en dinero o en especies y en procura de su rehabilitación. Esta técnica “consiste en obtener información acerca de una parte de la población o muestra, mediante el uso del cuestionario o de la entrevista. La recopilación de la información se realiza mediante preguntas que miden los diversos indicadores que se han determinado en la operacionalización de los términos o de las variables de la hipótesis”. (Bunge; 1983: 55)



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Capítulo II

Marco Teórico



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

2.1. PRESTACIONES.

Beneficios otorgados en dinero y/o en especie, por cuyo medio el seguro social de corto plazo cumple sus principios y objetivos señalados en el presente trabajo.

2.1.1. CONCEPTO DE PATERNIDAD

Paternidad significa, en sentido estrictamente gramatical, calidad de padre, como maternidad significa calidad de madre; pero en el sentido jurídico significa la relación existente entre los padres y los hijos.

La incorporación de nuevas prestaciones de salud en el régimen de corto plazo podrá otorgarse subsidios de incapacidad como ser; Subsidio de Paternidad consistente en una asignación mensual pagadera durante el periodo pre y postnatal de su cónyuge o conviviente, en razón de garantizar la unidad familiar y la responsabilidad compartida del padre con relación a su hijo o hija recién nacido. Este subsidio es equivalente a un salario mensual con cargo al empleador, donde el asegurado es declarado con licencia familiar con goce de subsidio.

2.1.2 CONCEPTO DE RIESGOS LABORALES

Son aquellos que se producen por el hecho o en ocasión del trabajo a través de dos manifestaciones: los accidentes y las enfermedades profesionales, cuyos efectos pueden generar situaciones de invalidez temporaria o permanente, y cuyas consecuencias pueden variar entre la curación, la huella de alguna secuela, e inclusive la posibilidad de que la víctima muera.

No obstante los riesgos laborales sería la cobertura de riesgos del trabajo y reparación de los daños provocados por siniestros laborales, es decir que los trabajadores que sufran accidentes laborales accedan a las



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

reparaciones integrales y oportunas como respuesta a los infortunios sufridos.

Todos los trabajadores cubiertos por el sistema de Riesgos Laborales tendrían garantizado un conjunto establecido de prestaciones que tienen por objetivo brindar reparaciones integrales y oportunas a los trabajadores que sufran accidentes en ocasión de su trabajo. Las reparaciones atienden aspectos ligados al otorgamiento de prestaciones en especie y prestaciones en dinero. Las prestaciones en especie comprenderían variados tipos asistenciales, farmacéuticas, ortesis y prótesis, rehabilitación física, recalificación profesional y servicio funerario según las consecuencias y/o patologías resultantes del infortunio. Las prestaciones dinerarias incluyen pagos en concepto de incapacidades temporarias y permanentes. En el caso de las primeras, se hace cargo del salario del trabajador a partir del undécimo día y hasta un año de ocurrido el siniestro. Si finalizada el trabajador sufre alguna secuela de tipo permanente o fallece, se brindará al damnificado o sus derechohabientes prestaciones dinerarias en compensación del daño sufrido por parte de terceras personas.

2.1.3. CONCEPTO DE RIESGOS CATASTRÓFICAS

Hecho o acontecimiento de carácter extraordinario por su naturaleza anormal y la elevada intensidad y cuantía de los daños que de él pueden derivarse. Bajo la propuesta que se establece las fuentes de financiamiento serían estatales, se otorgaran protección y subsidios de incapacidad en los Riesgos Catastróficos y Epidemias; pueden ser las epidemias naturales (la influenza), ataques biológicos, ciertos tipos de accidentes de laboratorio, y un cambio de clima abrupto. La probabilidad de que ocurran catástrofes, intencionales o no, resultantes de la actividad humana parece estar en aumento debido a la rapidez y dirección de los avances tecnológicos.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

El hecho de que no es probable que una catástrofe ocurra no es una justificación racional para hacer caso omiso de su riesgo. Se trata de un promedio de 2.000 muertes por año. Si esa cantidad se pudiese reducir sustancialmente a un costo moderado, la inversión valdría la pena.

2.1.4 LOS FACTORES DE RIESGO

Los efectos derivados de un riesgo catastróficos no tienen porque estar en relación directa con la magnitud de un suceso. Son tres tipos:

- Peligrosidad: la probabilidad de ocurrencia de un daño. Depende de varios factores: la distribución geográfica, la periodicidad (tiempo de retorno o intervalos de recurrencia) y el grado de peligrosidad.
- Exposición: total de personas sometidos a un riesgo.
- Vulnerabilidad: porcentaje de pérdidas humanas o bienes causado por un determinado suceso. Se relaciona con el desarrollo económico del país o zona donde se produce un desastre.

2.1.5 TEORÍAS ACERCA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD

Respecto a la “prestaciones de salud” existen ciertas teorías que ayudan a una mejor comprensión del tema: (TUFIÑO; 2009: 50-51).

Ya hemos señalado que, al menos en teoría, del sistema salud integral refleja la protección que realiza los sistemas de salud del personal que se encuentran afiliados bajo sus reglamentos internos. En cambio, las prestaciones tienen como propósitos fundamentales desarrollar en los empleados el sentido de pertenencia a la organización; protegerlos de riesgos, por lo general imprevisibles, y mejorar el nivel de calidad de su vida personal, familiar y social, en el mediano y el largo plazos. Por ello, el estudio



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

y la administración de las prestaciones constituyen un campo que recientemente ha cobrado suma importancia no sólo porque requiere conocimientos técnicos, legales y fiscales especializados, sino porque las cantidades de dinero que invierten las empresas en las prestaciones de sus empleados son cada vez mayores y, con frecuencia, implican la consideración de aspectos demográficos, económicos y políticos significativos, tanto de los sindicatos como de las políticas gubernamentales y sociales.

- **Teorías Absolutas.-** Según estas teorías Para el cálculo de las correspondientes bases reguladoras en atención a la contingencia causante de la misma se aplicarán idénticas reglas a las expuestas para el trabajador no se encuentra en alta o en situación asimilada a la de alta al producirse el hecho causante se deberá traer a colación las mismas reglas que para causa común (15 años de cotización para tener acceso a la pensión). La prestación consistirá en una pensión vitalicia equivalente al 100% de la correspondiente base reguladora.
- **Teorías Relativas.-** Para estas teorías el Régimen de Seguridad Social debe obtener un determinado fin. Su criterio legitimante es el Servicio y la utilidad que conlleva la incorporación de nuevas prestaciones de salud. El sentido de la incorporación de nuevas prestaciones de salud reside no en la realización de una política preventiva, sino en la protección de la sociedad en todos sus estratos sociales, en la función de cubrir todas las contingencias que podrían sobrevenir en el futuro. La finalidad de las prestaciones de salud, no radica solo de cubrir a un grupo determinado de personas sino a toda la sociedad. Dichas finalidades pueden ser de preventivo, rehabilitación, inserción social



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- **Teorías de la Unión.-** Esta teoría trata de combinar los principios legitimantes de las teorías absolutas y de las relativas en una teoría unificadora. Por lo tanto, se trata de una teoría que procura justificar la importancia de incorporación de nuevas prestaciones de salud, en la medida en que sea a la vez justa, accesible y útil.

2.2 REQUISITOS DE LAS PRESTACIONES.

Para la acreditación y el buen funcionamiento del sistema de salud y la correcta asistencia basados en proteger y promover la salud y vida del universo de los asegurados, otorgar la continuidad de los medios de subsistencia en el periodo de incapacidad temporal, maternidad y riesgos profesionales de corto plazo, aplicar las prestaciones necesarias para la rehabilitación y reinserción a la actividad laboral, promover los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de salud del asegurado y su grupo familiar beneficiario y garantizar la calidad y calidez en las prestaciones en la seguridad social Boliviana, no se contempla, verdaderos servicios alcances y de Rehabilitación, no sólo pequeños servicios, sólo en muy pocos establecimientos de seguridad social se cuenta con médicos en Medicina de preventiva a través de las prestaciones y su rehabilitación, debido a que la norma mínima 102 de la OIT es clara al respecto. Todo cambio debe ser para mejorar lo anterior, mas aun si se trata de seguridad social (salud) no se puede coartar el derecho a la salud según la Nueva Constitución Política del Estado Plurinacional, en ningún caso se debe exigir pagos previos a las prestaciones medicas, al empleador, como al ente gestor.

- a) **Legalidad.-** Este requisito determina que los Seguros Sociales Universitarios implementaran de forma paulatina partir de su incorporación el cual debe ser compatible y los gastos que genere la mencionada incorporación, implementación correrán por cuenta de los



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

propios Seguros Sociales Universitarios, es decir que debe hallarse establecida con anterioridad en la ley y aplicarse con arreglo a sus prescripciones, o sea, la incorporación de nuevas prestaciones debe estar inscrita en la ley.

- b) Afectividad.-** Según este requisito, las prestaciones, debe recaer especialmente sobre el afiliado, asegurado y su grupo familiar beneficiario y su rehabilitación, lo que demuestra la preponderancia que tienen la incorporación de nuevas prestaciones, aunque la tendencia es procurar la máxima de cobertura sin distinción de estratos sociales.
- c) Proporcionalidad.-** Conforme este requisito debe existir una real equivalencia entre la gravedad que requiera para su atención y la rehabilitación del mismo.
- d) Uniformidad.-** Según este requisito los formularios para la afiliación y baja del Empleador así como la comunicación de novedades, deberán ser uniformes en cuanto a su composición y estructura y medida de seguridad impuesta en cada Ente Gestor.
- e) Igualdad.-** Significa que las prestaciones tiene que ser igual para todos, sin ningún tipo de discriminación, esto es, que la incorporación de nuevas prestaciones debe aplicarse sin considerar la situación social o económica del asegurado ya que este se encuentre desempleado, por su nacionalidad, ideología política o sentimientos religiosos.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

2.3. ORIGEN, NACIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

2.3.1. ANTECEDENTES.

La Seguridad Social como Institución de protección del individuo ha tenido su origen en tiempos muy antiguos desde que el hombre es hombre y tiene relación social, con todas las implicaciones que ello signifique por lo que su nacimiento y evolución se puede señalar desde épocas muy antiguas llegando hasta nuestros días, y de manera resumida estarían reflejados en los siguientes hechos:

Si nos remontamos a la época antigua nos encontramos una primera faceta de lo que fue la protección social en José el Egipcio, cuando llevado por las profecías bíblicas y su buena administración tomó la previsión de acumular alimentos durante siete años de abundancia para su racional distribución en los siguientes siete años de escasez. Y como antecedente más antiguo de lo que fueron los servicios sociales se tiene en la Roma Antigua, entre los collegia, los llamados artificum vel opificum o tenuiores, que contribuían a formar un fondo común para los gastos de enterramiento del socio fallecido, este sistema es el antecedente más antiguo de las mutualistas que con aportaciones particulares e individuales permitían disminuir los costos que de manera individual hubiera sido insostenible.

La Edad Media, está marcada por un importante hecho histórico para la humanidad, la alta industrialización que ocasiona un incremento de la pobreza, y es entonces que se desarrollan las asociaciones de carácter corporativo o profesional, basadas en la solidaridad o ayuda mutua. Este hito en el nacimiento de la solidaridad se lo efectúa a través de las Cofradías que eran instituciones religiosas benéficas y otras también gremiales, éstas últimas constituidas por el acuerdo de socios fundadores que realizaban aportaciones con las que ayudaban a todos aquellos que se encontraban en situación de desgracia de entre sus socios, protegiendo a las viudas, y huérfanos a



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

consecuencia de una enfermedad cualquiera que fuera su causa, otorgándose prestaciones económicas, asistencia médico-farmacéutica y hospitalización si era necesario, su protección además tenía un carácter mixto, mutualista y asistencial. Se decía Mutualista porque otorgaba ayuda a todos los asociados y era asistencial porque se ampliaba a los pobres, y quienes se ocupaban de ellos eran las Cofradías Católicas y de Instituciones caritativas de índole privada. Lo importante de esta etapa histórica es que en ella se encuentra el origen de las prestaciones que se debe otorgar a la Tercera Edad con la protección a la vejez, el fallecimiento, la supervivencia de viudas y huérfanos, el desempleo etc.

En la **Edad Moderna**, el sostenimiento de la protección social es ya una responsabilidad del Gobierno monárquico quien apela al apoyo del pueblo para consolidar su autoridad

En Europa se desarrolla la política de asistencia pública, centrada, en la asistencia hospitalaria, la protección fundamental de las necesidades sociales se realiza a través del principio mutualista (hermandades, montepíos) y de las primeras instituciones de ahorro popular (Montes de Piedad). En España la protección de las necesidades sociales se realiza a través del principio mutualista, con la **Hermandad de socorro**, sucesora de la cofradía gremial, confiere, derecho a la protección de enfermedad y de muerte. Dando paso a los primeros **montepíos**. Subvencionados por el propio Estado.

En la **Época liberal**, el ascenso de la burguesía, la exaltación de los principios individualistas y el triunfo del liberalismo económico con Adam Smith, empujan a la sociedad del siglo XIX a una total indefensión frente a las necesidades sociales. la libertad absoluta del dejar hacer y dejar permiten el "Estado Mínimo", que ya no le interesa solucionar necesidades de índole social da lugar al nacimiento de instituciones de ahorro popular, denominadas las **Cajas postales de ahorro** esta situación de pobreza logra que resurja la



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

valoración del ser humano que desecha el individualismo e impone necesidades de las mayorías sobre la individual y es Alemania quien propicia el Socialismo de Estado, donde se sitúa el origen moderno de la Seguridad Social.

2.4. MARCO INSTITUCIONAL–DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANO.

2.4.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

El Imperio Incaico del siglo XII tuvo una monarquía fuerte, autoritaria y paternalista, donde la organización era tan rígida, especialmente en la política demográfica, donde el libre albedrío se encontraba muy limitado que a veces el hombre no podía emigrar a otras poblaciones que fueran ajenas a su nacimiento pero en contraposición si se considera que la felicidad es subjetiva y la miseria es objetiva el súbdito del imperio de los incas al menos no fue desgraciado en una sociedad que suprimió la miseria, donde los viejos, las viudas, los huérfanos, los enfermos, las víctimas de los siniestros humanos estaban garantizados en su existencia, su sustento, su vestido y su vivienda..

En el Incario a cada nuevo matrimonio, además de construirle colectivamente su casa, se le entregaba un tupu (medida de tierra necesaria para el mantenimiento de un matrimonio sin hijos) el que se incrementaba por cada hijo o carga familiar. Los ancianos de cierta edad eran liberados del trabajo manual para pasar a formar parte de los Concejos para la dirección y orientación del trabajo y de la comunidad.

2.4.2 COINCIDENCIAS PRINCIPISTAS.

Existen coincidencias en la filosofía que inspira a lo que llamamos Seguridad social Incaica y la que se introduce por Beveridge.

A este gran ideólogo, maestro y artífice de la seguridad social, le



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

preocupa la lucha contra los cinco gigantes malignos que son: **la indigencia, la enfermedad, la ociosidad, la ignorancia y la suciedad** y la ley Incásica se sintetiza en tres normas que tienden al mismo objeto EL AMA SUA, AMA LLULLA Y AMA KELLA, que significa **no seas ladrón, no seas flojo y no seas mentiroso**, pues no hay miseria o indigencia o si cada persona posee una parcela y cada matrimonio un techo y acceso al alimento; no hay ignorancia ni ociosidad donde toda persona, por tener derechos debe aprender a mantenerlos, y si la enfermedad existió, había una dirección de vida herbolaria abierta a todos como especies de hospitales funcionaban los “**Korpa Huasi**” o **casas de salud**.

Como se ve los principios de la Seguridad Social traducidos en la universalidad, solidaridad, unidad de gestión e integración en la política económica y social en general, muchos siglos antes de que se legislara en Bolivia ya había nacido en la política desarrollada por los primitivos Incas.

2.5. LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL.

La OIT en su Introducción a la Seguridad social para definirla considera que la expresión Seguridad Social tiene un significado más amplio en unos países que en otros, pero en lo esencial “puede interpretarse como la protección que la sociedad proporciona a sus miembros, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que de otra manera derivarían de la desaparición o de una fuerte reducción de sus ingresos como consecuencia de enfermedad, maternidad, accidente del trabajo o enfermedad profesional, desempleo, invalidez, vejez y muerte, y también la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias con hijos”

El nacimiento de la Seguridad Social como tal antes de los principios contenidos en la pergeñada por William Beveridge estuvo presidida por la **Ley estadounidense de Seguridad Social de 14 de agosto de 1935**, y es que en Estados Unidos durante la década del 1920 a 1930 se producen profundos



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

cambios por la crisis que le toca atravesar con un crecimiento del desempleo, desórdenes en el sistema bancario, restricción de la actividad económica, durante la presidencia de Franklin Delano Roosevelt en 1932 se ejerce una política intervencionista que trata de dar solución a la situación del país en todos los órdenes, incluido el social, aprobándose el 14 de agosto de 1935 la **Social Security Act**, modificada por la Ley de 28 de agosto de 1950 y es en esta misma ley por la que se incluyen a los trabajadores agrícolas, autónomos, domésticos y funcionarios que fueron excluidos en la Ley de 1935 dictada sólo en beneficio de los trabajadores industriales.

Y es a partir de la conceptualización que realiza Willian Beveridge, que nace con ímpetu la Seguridad Social a partir de la ofreciendo las siguientes propuestas:

- a) El modelo debería ser cubierto financieramente con recursos procedentes de los **Presupuestos Generales del Estado**, para atender la carga de la asistencia sanitaria y a la protección que prestaba la asistencia social.
- b) Las cotizaciones debían ser uniformes para todos los asegurados para tener derecho a **prestaciones económicas uniformes** a diferencia del modelo bismarkiano que establece cotizaciones diferenciadas y otorgaba prestaciones en proporción a estas rentas.
- c) El modelo inglés preveía la existencia de una seguridad social voluntaria, concibiendo la obligatoria, como nivel de subsistencia.
- d) Nace la **universalización de la cobertura**, de forma que abarque a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano pero que sin embargo apenas nacida esta universalidad presenta mayores dificultades de implantación, al no prever subvenciones públicas masivas.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- e) El modelo inglés lleva implícita una tendencia hacia la **unificación y homogeneidad de los riesgos** objeto de cobertura; no ya de los sanitarios, cualquiera que fuera la causa (común o profesional), sino también de los económicos. La tendencia es que una única cotización cubra en unidad de acto todos los riesgos. Por el contrario en el modelo del canciller Bismarck hay una consideración aislada de cada una de las contingencias.

- f) El modelo Beveridge impone una **administración y gestión unificada y pública del sistema**, mientras que el modelo bismarkiano hace posible aunque no impone, la subsistencia de administraciones diferenciadas para cada riesgo y aun para colectivos diferenciados de cotizantes.

Posteriormente en Estados Unidos en 1950 se dictan normas con las características de la Seguridad Social como el Seguro de Paro, el Seguro de Vejez y supervivencia empero su régimen de cobertura de los Riesgos sociales, tiene una protección insuficiente pues se olvidan del seguro de enfermedad e invalidez, salvo que deriven de accidente de trabajo.

La Ley de Seguridad Social nacida en Estados Unidos contiene disposiciones típicas de un sistema de seguro, como ser la forma de financiamiento que es por medio de tasas sobre los salarios, compartiendo esta responsabilidad de manera igualitaria entre el empleador y el trabajador otorgando además las subvenciones federales concedidas a los Estados.

2.6. POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

Desde 1826 con el primer Presidente Boliviano se da inicio a la preocupación por el bienestar del ser humano cuando se afirma *“que el Sistema de gobierno más perfecto es aquel que produce mayor suma de felicidad posible, mayor suma de seguridad social y mayor suma de estabilidad*



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

política” adelantándose a las ideas actuales de una sociedad auténticamente democrática .

La preocupación tiende a dar sus frutos en la protección al trabajador cuando llega a la edad adulta, por lo que las primeras medidas de protección son las que tienen que ver con la cesantía por vejez y es por ello que se inician algunos seguros sociales de manera reglamentada a partir de:

- La Caja de Jubilaciones del ramo judicial creada por Ley de 19 de septiembre de 1911.
- Ley de 26 de enero de 1924 se establece el Ahorro Obrero.
- El fondo de Jubilaciones, Pensiones y Montepíos de empleados de Banco, administrado por cada Banco de origen nacional o extranjero con la denominación de “Fondo de empleados”, creado por Ley de 7 de noviembre de 1926.
- Caja de Jubilaciones de Educación, instituida por Decreto Ley de 5 de junio de 1936.
- La Caja de Jubilaciones de Comunicación, creada por Decreto Ley de 6 de octubre de 1937.
- La Caja de Jubilaciones Administrativas por Decreto Ley de 24 de octubre de 1937.
- La Caja de Jubilaciones, Pensiones y Montepíos de Ferroviarios, Tranviarios y Ramas Anexas, por D.L. de 21 de enero de 1938.
- La Caja de Jubilaciones de Empleados Municipales por Ordenanza Municipal a partir de 1938.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Todas estas Instituciones, exceptuando la Caja de Jubilaciones del ramo Militar y la de Ferroviarios y Ramas Anexas, fueron refundidas a partir del 1° de enero de 1957 a la Caja Nacional de Seguridad Social al promulgarse el Código de Seguridad Social el 14 de diciembre de 1956, que hasta el día 25 del mes de junio de 1987, administró los dos regímenes de largo y corto plazo, para a partir del D.S. 21637 Se desprendió en Seguros de salud y pensiones, el primero administrado por la Caja Nacional y el segundo administrado por el Fondo Nacional de Reservas (FONARE), llamado posteriormente Dirección de Pensiones vigente hasta la fecha; empero a partir de la promulgación de la Ley de Pensiones 1732 de 26 octubre de 1996 simplemente administra las prestaciones de largo plazo del régimen contributivo del seguro de largo plazo o Sistema de Reparto, pues a partir de esa fecha se instituye el sistema de capitalización individual a cargo de las Administradoras de Pensiones.

2.7. MISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANA.

La Constitución Política del Estado en su Art. 158° establece que el Estado tiene la obligación de defender el capital humano protegiendo la salud de la población; asegurará la continuidad de sus medios de subsistencia y rehabilitación de las personas inutilizadas, propenderá asimismo al mejoramiento de las condiciones del grupo familiar.

Los regímenes de la Seguridad Social se inspiran en los principios de universalidad, solidaridad, unidad de gestión, economía, oportunidad y eficacia, cubriendo las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez, muerte, paro forzoso, asignaciones familiares y vivienda de interés social.

Como se puede apreciar la ley de leyes en Bolivia no encuentra el campo de aplicación necesario, pese a que el hombre tiene el derecho a la Seguridad social, por su simple condición de tal y recogiendo este principio es que el precepto constitucional propugna la protección de la Seguridad Social a



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

favor del habitante boliviano, sin embargo tan importante normativa, jamás se puso en práctica sino sólo en las prestaciones de salud para un reducido grupo como es el de la madre, el niño o el adulto mayor de 60 años, perdiéndose la universalidad y si continuamos denominando “**Seguridad Social**” tan sólo es por el contenido doctrinal y teórico, tan sólo por su tendencia universalista aunque en la realidad no lo sea, toda vez que el Seguro Social en Bolivia es totalmente laborista., sujeto al sistema contributivo, pues desde el propio ámbito de su aplicación, se determina que protegerá a todos los estantes y habitantes que estuvieran sujetos a cualquier relación laboral, lo que desvirtúa la característica de universalidad, limitando su accionar a un grupo privilegiado de trabajadores, excluyendo a la gran mayoría de la población que por la situación económica o se encuentra desempleado o es trabajador por cuenta propia sin ingresos suficientes para costearse “**su Seguridad Social**”.

Así la evolución hacia la Seguridad Social se da como fruto de profundas transformaciones en las que el partícipe principal deberá ser el Estado con la ampliación de su protección buscando el bienestar general de la población, ampliando las prestaciones sociales que incipientemente tiene como ser:

- Las asignaciones familiares que se constituyeron como prestaciones de regímenes especiales dentro del esquema de prestaciones del Código de seguridad social, y tiene por objetivo reforzar los ingresos familiares, suministrando productos nutricionales básicos, para compensar el aumento de necesidades por la mayor carga familiar debido al advenimiento de nuevos hijos.
- Además de estas prestaciones de carácter social, en Bolivia está perfectamente reglamentada la enfermedad, maternidad, vejez, invalidez, muerte, accidentes y enfermedades profesionales riesgos profesionales.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- Se reconoce dos tipos de prestaciones: las de carácter médico y las de orden económico, las primeras que consisten en servicios médicos, provisión de medicamentos y otros recursos sanitarios y los segundos comprenden asignaciones temporales en dinero que se denominan subsidios, pensiones o rentas a largo plazo estas prestaciones de servicios sociales propenden a elevar el nivel y la calidad de vida del grupo familiar.
- La administración, aplicación y ejecución de las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo bajo las modalidades de Seguro Social Obligatorio, Seguro Voluntario Colectivo, y Seguro Voluntario Individual, según correspondan, estarán a cargo de los Entes Gestores.

2.8. EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ.

El Seguro Social Universitario de La Paz (SSU-LP), es una institución de derecho público con personería jurídica y autonomía de gestión propia, dependiente de la Universidad Mayor de San Andrés, creado el 4 de junio de 1970 mediante Resolución del Consejo Supremo Revolucionario N° 28/207/110/70 y Decreto Supremo N° 09650 de fecha 31 de marzo de 1971, encargada de la administración, prestación y ejecución de los Seguros de Salud a Corto Plazo del Sistema de Seguridad Social Boliviana;

Brinda prestaciones en los regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de corto plazo en especie y en dinero.

La entidad a partir del 1° de mayo de 1997, se convierte solo como ente gestor del Seguro de Salud, administrando los regímenes de Enfermedad, Maternidad y Riesgos Profesionales de Corto Plazo.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

El Seguro tiene como misión de prestar los servicios de salud en los regímenes de corto plazo a su población protegida mediante los servicios de: medicina Preventiva, Curativa, Rehabilitadora y Promocional, con calidad y calidez, para estos fines goza de los mismos derechos prerrogativas, excepciones, franquicias y otros.

La entidad actualmente viene ejecutando una política de acción efectiva en asistencia médica a su población protegida en el Hospital del SSU, para lo cual cuenta con las unidades especializadas de Consulta Externa, Internación y Emergencia: Medicina General, Ginecología, Traumatología, Otorrinolaringología, Cardiología, Pediatría, Odontología, Dermatología, Oftalmología, Endocrinología, Cardiología, Proctología, Cirugía Cardiovascular y otras especialidades, servicios de imagenología: RX, Tomografía, Mamografía, Ecografía y otros, servicio de Enfermería, Farmacia, Trabajo Social y algunas especialidades medicas son atendidas en consultorios externos privados.

2.9. CLASES DE SERVICIOS SOCIALES.

Para mejorar la calidad de vida y otorgarle mayores oportunidades en ella a todos los grupos que por alguna circunstancia de la vida se encuentran en desventaja frente a otros por causas ajenas a su voluntad, constituyéndose en Grupos vulnerables forman parte de alguna manera en los siguientes grupos:

- La discapacidad y/o Minusvalía.
- La tercera edad.
- Apoyo familiar multidisciplinario.
- El desempleo.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- La Vivienda

2.9.1. LA DISCAPACIDAD.

Si partimos de lo que debe entenderse por discapacidad como la disminución de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales que tiene toda persona para lograr la integración educativa, laboral o social, como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente sea ésta de carácter congénito o no.

Por otra parte deficiencias físicas son aquellas que afectan a personas que padecen problemas físicos tales como amputaciones, parálisis, enfermedades crónicas, etc. Que le impiden llevar una vida normal o utilizar determinadas ayudas técnicas.

La minusvalía son las situaciones de desventaja derivadas de una deficiencia física que impide el desempeño de un rol social normal.

Sin embargo no toda deficiencia puede producir discapacidad ni toda persona con discapacidad ha de encontrarse en una situación de minusvalía.

La información que se tiene en general sobre las personas con discapacidad es que éstas a veces tienen dificultad para realizar ciertas actividades consideradas como totalmente normales por otras personas, como transportarse por sus propios medios de un lugar a otro, dentro o fuera de sus vivienda, utilizar ciertos instrumentos o herramientas en el domicilio o en el ambiente de trabajo, o realizar actividades físicas que son propias de personas “capacitadas”.

Estas personas han tenido que enfrentar situaciones discriminatorias que van desde la compasión, la ignorancia e incluso el desprecio de los otros desde los propios familiares cuando no se sabe cómo encarar la atención a estas personas, por lo tanto esta situación de discriminación ha afectado a



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

las personas con discapacidad en aspectos importantes de su vida, provocando que en algunos casos los empleadores se dejen influir por juicios de valor sobre sus capacidades, necesidades y derechos, discriminándolos, incluso evitando su contratación por el temor de ver afectada la producción o la eficacia de sus empresas o proyectos.

Si partimos de lo que debe entenderse por discapacidad como la disminución de las capacidades físicas, psíquicas o sensoriales que tiene toda persona para lograr la integración educativa, laboral o social, como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente sea ésta de carácter congénito o no.

Ya la OMS define la Minusvalía como la desventaja social que padece una persona como consecuencia de una deficiencia o una discapacidad que le limita gravemente o le impide el desempeño de la actividad que le es normal en función de su edad, sexo y factores socioculturales.

La Discapacidad es toda limitación que afecta de forma permanente a la actividad de quien la padece y que tiene su origen en una deficiencia; es decir que la discapacidad son las consecuencias que la enfermedad produce a nivel personal, tales como dificultad para hablar, para comprender, para moverse, etc.

La Deficiencia la entendemos cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano. Es decir deficiencia son las manifestaciones o síntomas de una enfermedad a nivel de un órgano o de su función, cualquiera que sea su causa.

Finalmente deficiencias físicas son aquellas que afectan a personas que padecen problemas físicos tales como amputaciones, parálisis, enfermedades crónicas, etc. Que le impiden llevar una vida normal o utilizar determinadas ayudas técnicas.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

De acuerdo a estas definiciones se infiere que no toda deficiencia puede producir discapacidad ni toda persona con discapacidad ha de encontrarse en una situación de minusvalía.

Hay diferentes definiciones relativas al término “discapacidad” unas derivadas a lo social, otras de índole legal y las mas desde puntos de vista médicos.

La Organización de Estados Americanos adopta en 1999 la **“Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra Personas con un Grado de Discapacidad”**, basándose en recomendaciones y declaraciones de los organismos del sistema internacional. El fundamento de su definición está en la Declaración de los Derechos y Deberes del Hombre Americano de rechazo a la discriminación y la desigualdad y señala **“Para efectos de la presente Convención se entiende como discapacidad una deficiencia física, mental o sensorial, ya sea de naturaleza permanente o temporal, que limita la capacidad de ejercer una o más actividades esenciales de la vida diaria que puede ser causada o agravada por el entorno económico y social”**.

Asimismo, la Convención entiende por **“DISCRIMINACION CONTRA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, toda distinción, exclusión o restricción basada en una discapacidad, que tenga el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por parte de las personas con discapacidad, de sus derechos humanos y libertades fundamentales”**.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud y la Organización Mundial de Personas con Discapacidad ofrecen una definición más técnica en cuanto que se refieren a la discapacidad como deficiencia funcional cuando dicen **“Las personas con discapacidad reflejan las consecuencias de las deficiencias desde el punto de vista del rendimiento funcional y de la**



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

actividad del individuo, por tanto las discapacidades representan trastornos al nivel de la persona y dentro de la experiencia en salud una discapacidad es toda restricción o ausencia debido a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.”

Tan importante es el tratamiento de este sector de la sociedad que el 7 de abril de 1982 se aprobó en España la primera Ley General sobre minusválías que fue denominada Legislación de Integración Social de los Minusválidos (LISMI) que en su Art. 2 se refiere como fuente de incorporación de esta normativa en la legislación española la “Declaración de Derechos del Deficiente Mental aprobada por las Naciones Unidas el 20 de diciembre de 1971, así como la Declaración de Derechos de los Minusválidos aprobada por Resolución de la Organización de las Naciones Unidas en fecha 9 de diciembre de 1975.

De acuerdo al Art. 7.1 de la LISMI Minusválido es *“Toda persona cuyas posibilidades de integración educativa, laboral o social se hallen disminuidas como consecuencia de una deficiencia, previsiblemente permanente, de carácter congénito o no, en sus capacidades físicas, psíquicas o sensoriales”*

2.9.2. LA DISCAPACIDAD EN BOLIVIA.

En Bolivia el tratamiento del tema de la discapacidad tiene antecedentes en 1932 cuando se comienza la rehabilitación de personas ciegas, mas adelante por iniciativa del Ministerio de Trabajo, se crea el Patronato de personas ciegas y sordas en los Departamentos de La Paz y Oruro y en la década de los cincuenta se crea el Instituto de Rehabilitación Infantil y el Instituto Boliviano de la Ceguera.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

En 1995 se aprobó la Ley N° 1678 de la Persona con Discapacidad que ha significado un progreso normativo y jurídico importante para este sector de la sociedad y es a partir de esta ley y su Decreto Reglamentario que las entidades gubernamentales están obligadas a cumplir funciones específicas con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

El Art. 1° de la Ley 1678 de la Persona con Discapacidad norma la definición de varios términos como deficiencia, discapacidad, minusvalía, prevención, rehabilitación, educación especial, equiparación de oportunidades, discriminación, normalización y necesidades especiales de la siguiente manera:

A. DEFICIENCIA

Es toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

B. DISCAPACIDAD

Es toda restricción o ausencia, debida a una deficiencia de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

C. MINUSVALIA

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o de una discapacidad, que limita e impide el desempeño de un rol que es normal, en función de la edad, del sexo y de los factores sociales y culturales concurrentes.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

D. PREVENCIÓN

Significa la adopción de medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, mentales o sensoriales (Prevención Primaria) o a evitar que las deficiencias, cuando se han producido, se agraven o produzcan consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (Prevención Secundaria)

E. REHABILITACION

Es el proceso global y continuo, de duración limitada y con objetivos definidos, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico mental y social óptimo, proporcionándole así los medios que le posibiliten llevar en forma independiente y libre su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales

F. EDUCACION ESPECIAL

Se entiende como un conjunto de servicios, programas y recursos educativos puestos a disposición de las personas para favorecer su desarrollo integral, facilitándoles la adquisición de habilidades y destrezas que los capaciten para lograr el fin último de la educación. La educación especial se enmarca en los principios filosóficos de la Normalización, Integración, Sectorización de Servicios e Individualización de la Enseñanza.

G. EQUIPARACION DE OPORTUNIDADES

Es el proceso mediante el cual el sistema general de la sociedad (el medio físico y cultural, la vivienda y el transporte, los servicios



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y trabajo, la vida cultural y social, incluidas las instalaciones deportivas y de recreo) se hacen accesibles para todos. Las medidas de equiparación de oportunidades inciden sobre las condiciones del entorno físico y social, eliminando cuantas barreras se oponen a la igualdad y a la efectiva participación de las personas discapacitadas, creando oportunidades para su desarrollo biopsicosocial y personal y promoviendo la solidaridad humana.

H. DISCRIMINACION

Es la actitud y/o conducta social segregacionista, que margina a las personas con discapacidad, por el solo hecho de presentar una deficiencia.

I. NORMALIZACION

El concepto básico de normalización busca la provisión de servicios comparables a los disponibles para las demás personas con necesidades especiales como al público al cual le sirve de guía.

J. NECESIDADES ESPECIALES

Se adopta esta denominación en lugar de Discapacitados, Impedidos y otras por el hecho de que incita perentoriamente a la obligación y responsabilidad de satisfacer las necesidades de las personas con discapacidad, a través de las acciones que sean requeridas y para superar confusiones nocivas y rotulaciones de la sociedad.

En Bolivia las personas con discapacidad constituyen un universo real y pese a una normativa legal justa que pueda proteger a



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

este importante grupo humano, la realidad de los hechos muestra que a seis años de haberse promulgado, existen obstáculos que impiden su cumplimiento efectivo, por lo que corresponde considerar las medidas que sean necesarias para que los responsables de su ejecución tomen conciencia del fenómeno y adopten las acciones que sean necesarias para llevar adelante las previsiones de la Ley, sin descartar un trabajo coordinado con las organizaciones de las personas con discapacidad.

Por lo anotado se considera de mucha importancia la incorporación de nuevas prestaciones de salud en los **Servicios Sociales** en cuanto ellos pueden ser instrumentos de la Seguridad Social para lograr la igualdad de oportunidades para las personas que la requieran en su oportunidad, mas aun si precisamente tenga un grado de discapacidad les impide acceder a una fuente laboral condenándolos a la más absoluta miseria.

Para concluir esta digresión sobre la incorporación de nuevas prestaciones, de igual manera considero importante referirme a una forma de rehabilitación y es en la que se encuentran los inválidos a los que considero en tres categorías, aquellos cuya invalidez es consecuencia de su trabajo o de una guerra y que obtienen prestaciones relativamente generosas, aquellos cuya invalidez se debe a otras causas, pero que están cubiertos por la seguridad social y reciben prestaciones más modestas, y aquellos inválidos que no están cubiertos por la seguridad social, en particular las amas de casa y las personas que han quedado inválidas antes de alcanzar la edad para trabajar.

Estas últimas algunos países han introducido prestaciones no contributivas pero mucho menos generosas que las del seguro social



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

fundamentando esta diferencia en el hecho de que debe recibir una compensación aquel que se ha accidentado o caído enfermo en el cumplimiento de su actividad profesional, y por ello que debería gravarse con otro porcentaje al empleador para la cobertura de este riesgo toda vez que no ha sido buscado por el empleado y ese porcentaje debería servir como parte de la financiación para implementar los servicios salud de rehabilitación del trabajador)

2.9.3. LA TERCERA EDAD.

El tiempo inexorablemente va minando el organismo humano y su capacidad para el trabajo que le da el sustento. La vejez es un hecho inexorable, previsible y fatal a menos que la muerte la detenga.

Llamaremos también el Adulto Mayor, aquel grupo humano que cada vez es más grande su número en la sociedad y cuyo ingreso jamás se pensó que podría ser tan prontamente incrementado, que no se tomaron las previsiones para contar con una infraestructura que le permita al anciano mejores condiciones de vida por lo que se ve enfrentado a un marginamiento total en ambientes donde ha sido el actor principal para su transformación.

La vejez es un proceso natural e inevitable al que se llega sin distinción de sectores sean estos privilegiados o infelices, pues envejecer es inevitable, y puede ser un concepto cultural además de ser un proceso biológico que tuvo diferentes apreciaciones que vienen desde la antigüedad, en la que el anciano en las diferentes culturas fue considerado como el adulto mayor era sinónimo de prudencia, sensatez, sabiduría, ya en América en la cultura Incásica al adulto mayor se le asignaba labores en el Consejo de Ancianos, o en la administración de la Justicia, como lo identifica el Inca Garcilazo de la Vega en su obra “Comentarios Reales” y son las transformaciones que se producen en el siglo XVIII las que determinan la reducción de los ancianos a la miseria porque su edad ya no les permite



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

competir con los jóvenes entonces la ancianidad es el fin de un proceso laboral cíclico cuya actividad comenzó en la infancia misma con quehaceres livianos y acaba en la vejez en la que se le asigna idénticas labores suaves que la de los primeros años de su vida.

Contra ese hecho fatal de hoy, ayer y siempre y que en la época de la Revolución Industrial tuvo un carácter inhumano pero que poco a poco se va adquiriendo la conciencia de preservar al hombre y se conformó el seguro de Vejez, sistema por el cual se le asigna al trabajador que ha perdido su fuente laboral por causa de su edad avanzada para ser sustituido por otro más joven y fuerte y entonces se le asigna una prestación económica que sustituya al salario perdido aunque no siempre será en la misma proporción que aquel y es en el siglo XX que crece la inquietud por rescatar la valoración a este sector, a quienes se los debe incorporar dentro de la protección de servicios sociales, toda vez que pueden constituirse en el pilar de los logros al futuro por la experiencia acumulada y que puede servir para proyectar al futuro.

La tercera edad (TE) es un estado natural producto del envejecimiento cronológico producida por el transcurso del tiempo, aunque no funcional porque la vejez no representa necesariamente incapacidad. La vejez constituye un período semejante al de otras etapas vitales, posee ciertas limitaciones para el sujeto, que con el paso del tiempo se van agudizando, especialmente en los últimos años de vida, pero tiene por otra parte potenciales únicos y distintivos como la serenidad de juicio, experiencia, madurez vital, perspectiva de la historia personal y social. La vejez como etapa vital se inicia a partir de los 60 años en algunos países y en otros aun a los 65.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

2.9.4. CARACTERÍSTICAS.

La tercera edad tiene características similares sea el país del que se trate, toda vez que su arribo a esta etapa no depende ni del mayor o menor desarrollo económico o social de la región, país o continente, por lo que se considera como características de ella las siguientes:

- arribo a la edad de 60 años o más.
- Pérdida gradual de algunas funciones como la memoria.
- Menor resistencia del organismo debido a los procesos degenerativos.
- Ausencia de ocupaciones.
- Exceso de tiempo desocupado
- Disminución de resistencia a enfermedades.
- Enfermedades crónicas.
- Soledad por falta de apoyo familiar
- Semi o analfabetismo completo que le impide tener una educación programada que le habilite para manejar los espacios vitales para evitar la soledad.

2.9.5. NECESIDAD DE SU PROTECCIÓN

Por las características naturales, así como por la indefensión en la que se encuentran quienes llegado a un momento en la etapa de su vida, y por otra parte la ausencia casi absoluta de la des responsabilidad del Estado con la implantación de planes, programas y metas previamente trazadas con el



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

financiamiento que permita su logro que significaran inversión de recursos y bienes puestos al servicio del objetivo.

Si comprendemos que uno de los fenómenos que más se destacan dentro de los estudios sociológicos es el que se conoce como el envejecimiento de la población cuyo justificativo se lo atribuye a los avances de la medicina, los hábitos más sanos en la alimentación , el aumento e impulso a la tendencia a realizar mayores ejercicios físicos con lo que definitivamente se produce un incremento a la esperanza de vida que ello va de la mano con países de mayor desarrollo donde la esperanza de vida se calcula aproximadamente en los 80 años en tanto que en los más deprimidos se encuentra en los 50 a 60 años.

Este fenómeno de incremento de personas que se encuentran dentro de la tercera edad se contrapone a la caída en el índice de fecundidad, con lo que el número de niños está en bajada, con lo que el número de personas mayores es proporcionalmente cada vez más superior con respecto a la de la niñez.

En el nacimiento de la Seguridad Social no tuvo la importancia que fue adquiriendo al transcurso del tiempo debido al envejecimiento demográfico como consecuencia de la caída de la natalidad con el aumento de la esperanza de vida.

La edad de admisión a la pensión entendida como aquella en que la persona puede comenzar a percibir por primera vez un emolumento al cumplirse un determinado tiempo de trabajo y tener una edad.

El incremento del desempleo afecta más a los que habiendo llegado a una edad en que no se es joven ni menos anciano pero no puede acceder a lograr una fuente de sustento productivo, por lo que de acuerdo a criterio de algunos la edad de jubilación debería reducirse e incitarse a los trabajadores



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

de cierta edad a jubilarse ofreciéndoles la oportunidad de comenzar a percibir una pensión a edad más temprana, de manera que los jóvenes puedan ocupar puestos que quedarían vacantes, sin embargo en algunos casos cuando se pudo aplicar esta solución se vio que el empresario no realizaba contrataciones en la misma medida de las jubilaciones, porque aprovechaba para efectuar reducciones y cambio de tecnología que le permitía sustituir en parte la mano de obra que se jubilaba.

Se acusó a que el mayor costo de la seguridad social está referido a las pensiones por lo que para que no se convierta en una carga para la economía de la seguridad social había que elevar la edad de jubilación dado que la esperanza de vida se ha incrementado y se ha mejorado la salud de la población y en contraposición de este punto de vista compartido por gran parte de los países latinoamericanos, se tiene que muchas personas no están en condiciones de seguir trabajando y existe una proporción considerable de que existen personas que mueren antes de comenzar a recibir una pensión o también una vez que sus rentas son cobradas, pues se deterioran muy rápidamente debido a la poca o ninguna atención que se tiene con ellos, y esto es debido a que una jubilación obligatoria a una edad fija puede tener efectos traumáticos para algunas personas, especialmente para aquellas que no se interesan por otra cosa fuera de su trabajo y no tienen una vida social intensa, por lo que la desaparición de sus contactos sociales profesionales, el abandono de la rutina de la vida de trabajo y la cesación de una actividad útil puede crear la sensación de aislamiento y rechazo y conducir a una muerte prematura.

Por todas las razones anotadas y la situación actual en la que se encuentran un importante sector de la población boliviana se constituye en la fundamentación para la implementación de centros donde el adulto mayor realice actividades que podrán no solo constituirse en la mejor terapia contra el envejecimiento sino sobre todo en otorgarle una vejez digna, iniciándose



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

estos servicios en la población que se encuentra dentro del sistema de la Seguridad Social Universitaria para ser irradiada a la población en general buscando despertar la conciencia en los gobernantes con propuestas claras.

2.9.6. EL ADULTO MAYOR EN BOLIVIA.

Al ser Bolivia descendiente de la Cultura Incásica, ya nos hemos referido que el adulto mayor o Anciano fue un personaje que fue tomado en cuenta desde la época del Imperio Incaico, cuando los Ancianos al llegar a cierta edad eran liberados del trabajo manual para pasar a formar parte del Consejo de Ancianos que se ocupaban de la Dirección y Orientación del trabajo así como de la Comunidad o en su caso pasaban a la administración de la Justicia.

Ya en la época moderna fueron los primeros sectores en ser protegidos por un Seguro Social con la creación de diferentes Seguros de Vejez de acuerdo a las características profesionales, pero siempre dentro del Régimen contributivo y nunca asistencial, es así que sólo está protegidos contra la contingencia natural de la vejez aquellos que habiendo cumplido ciertos requisitos como ser de cotizaciones y antigüedad laboral podrán tener acceso a una pensión de vejez junto a las prestaciones de salud y dentro del régimen no contributivo, pese al principio de universalidad que proclama el Art. 158 de la Constitución Política del Estado carecen de la protección de un ingreso económico que les garantice una vejez digna y está condenados a la más absoluta miseria e indigencia con más razón cuando los trabajos realizados estuvieron al margen del sistema de la seguridad social del régimen contributivo porque no ofrecieron ninguna posibilidad de acumular un capital y solo tienen la cobertura de los servicios de salud a través del seguro universal de salud en la vejez que alcanza a los habitantes del área urbana y escasamente a los del área rural en donde ni siquiera tienen la provisión de medicamentos.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

2.10. AUSENCIA DE NORMATIZACION.

Pese a la gran vulnerabilidad de este grupo humano el Estado Boliviano no se ha preocupado por dictar reglamentaciones legales tendentes a su protección integral, limitándose simplemente a cubrir las necesidades de salud con la implantación del Seguro Básico de Vejez mediante Ley..... La misma que solo es aplicable en el área urbana y no así al área rural que constituye de la población boliviana un.... %

Escasamente se tiene funcionando dos centros de ancianitos como el Hogar San Ramón y el Hogar Quevedo que albergan a 300 ancianos entre mujeres y varones el primero y 35 el segundo, en donde simplemente se les otorga la residencia diurna y nocturna y carecen de otras prestaciones.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Capítulo III

Resultados



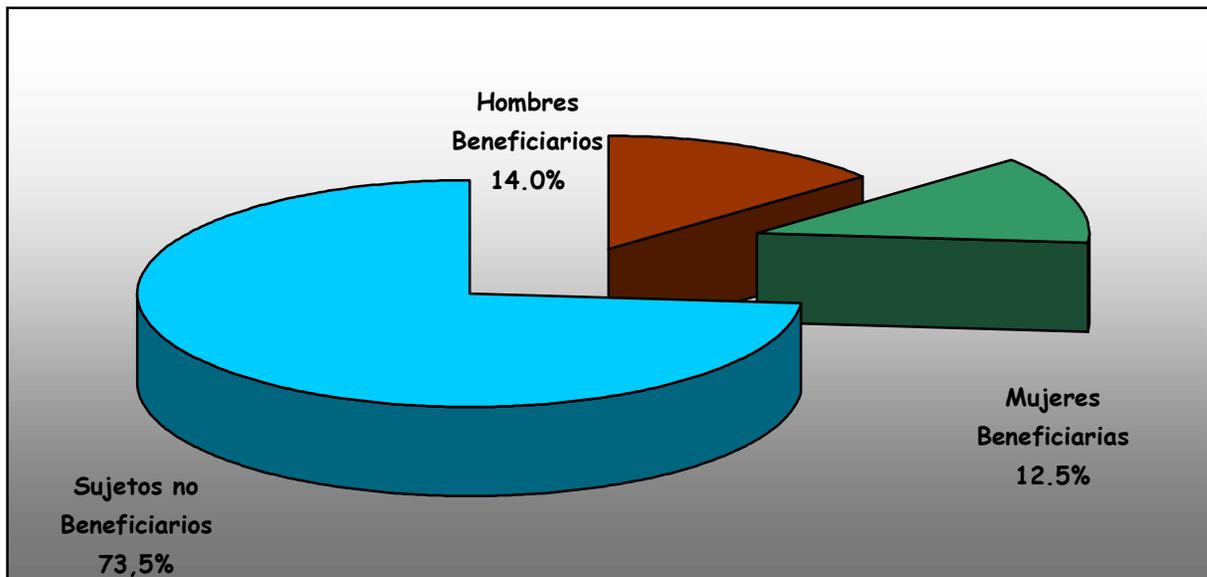
“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Resultados de la encuesta dirigida a pacientes del Seguro Social Universitario La Paz referente a la incorporación de nuevas prestaciones de salud.

Beneficiarios

3.1. PERSONAS AFILIADAS EN CALIDAD DE BENEFICIARIOS EN EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO SEGÚN DATOS INASES.

GRAFICO Nº 1



Fuente S.S.U. 2000

Como se puede apreciar por el estudio efectuado el total de las personas aseguradas en calidad de Beneficiarios está en el orden del 26,5% que representa poco más de un tercio de la población total boliviana, de los cuales se tiene que del 100% de personas con discapacidad del área urbana son :



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

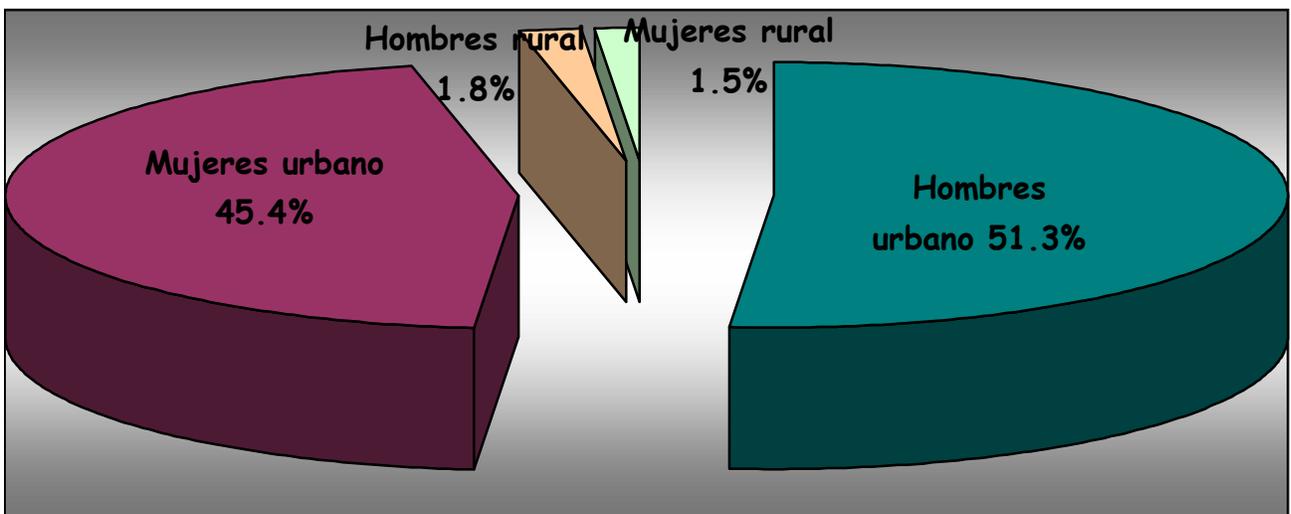
- Hombres 51,32 %
- Mujeres 45,45 %

De estos porcentajes se tiene:

- En el área urbana es el siguiente:
 - 51,3 % son hombres
 - 45,4 % son mujeres
- El porcentaje en el área rural es el siguiente:
 - 1,77% son hombres
 - 1,47% son mujeres

3.2. PERSONAS SEGÚN SEXO Y RESIDENCIA.

GRAFICO Nº 2



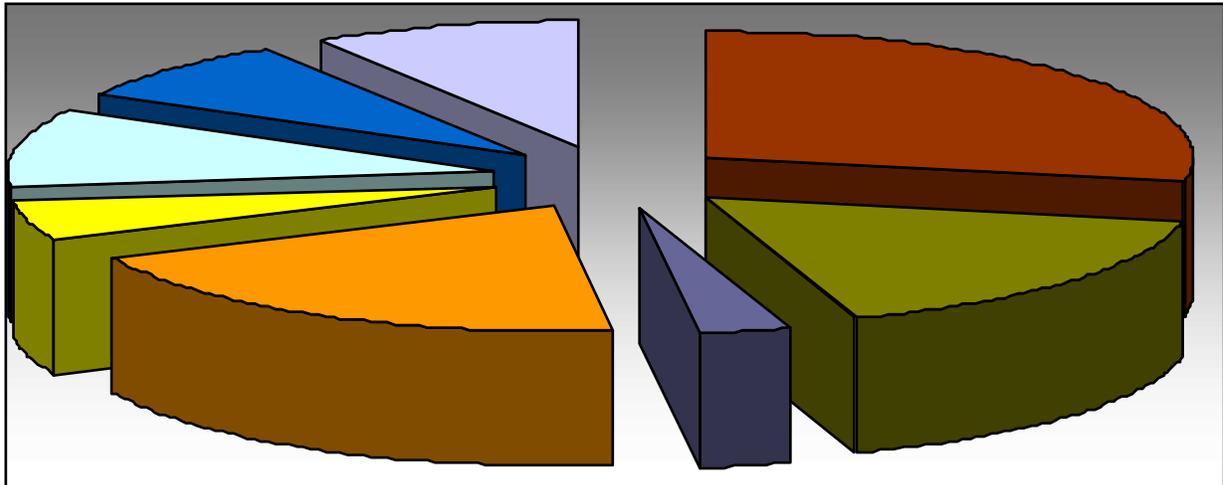
Fuente S.S.U. 2000



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

3.3. POBLACION QUE CUENTA CON UN SEGURO DE SALUD.

GRAFICO Nº 3



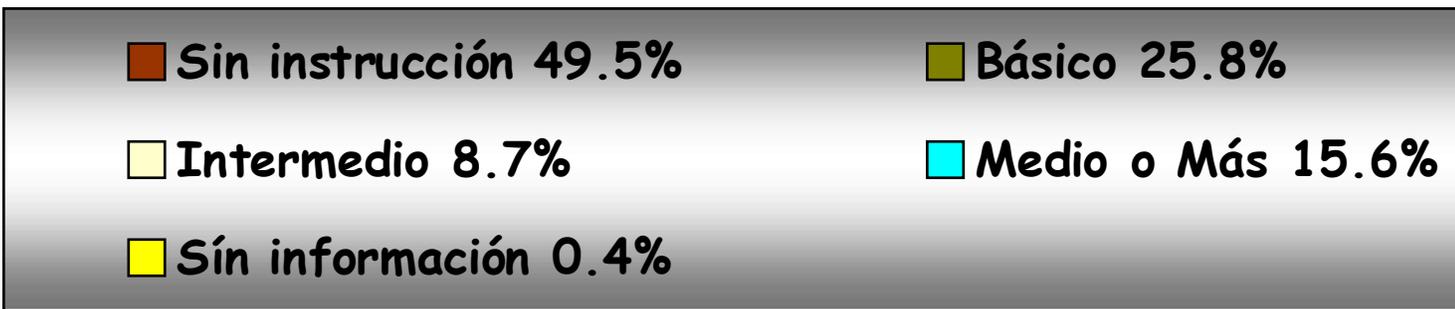
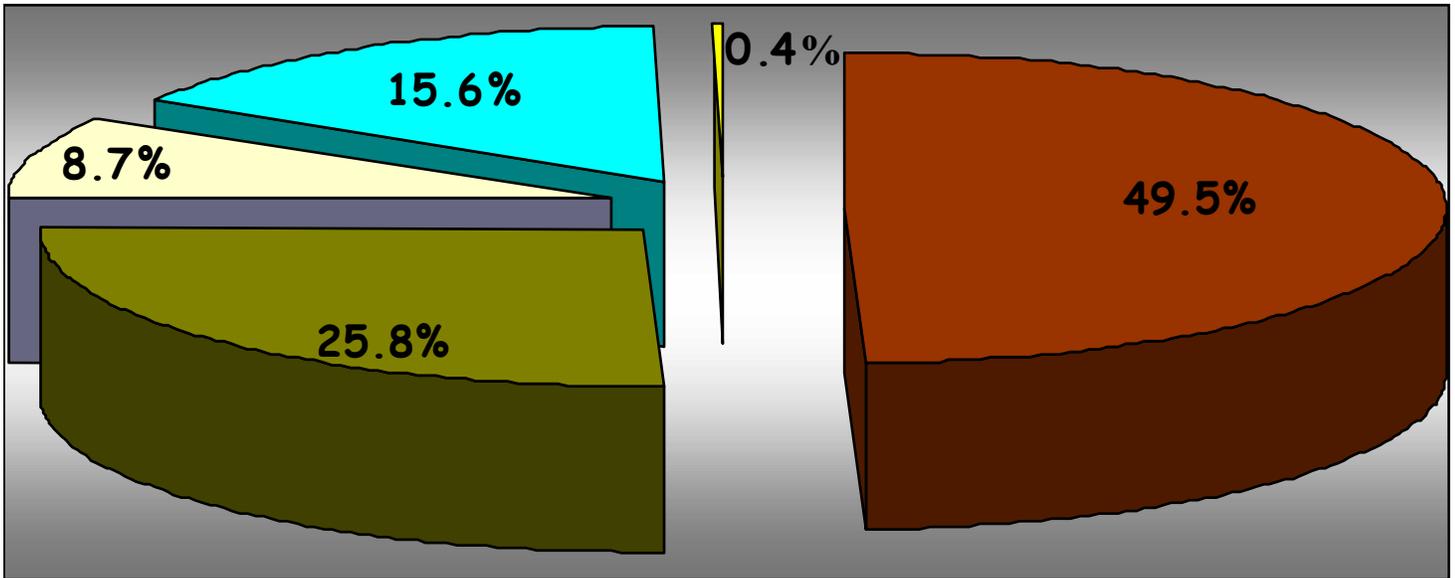
Fuente ENDSA 2000



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

3.4. POBLACION CON COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ EN EL REGIMEN DE CORTO PLAZO.

GRAFICO Nº 4



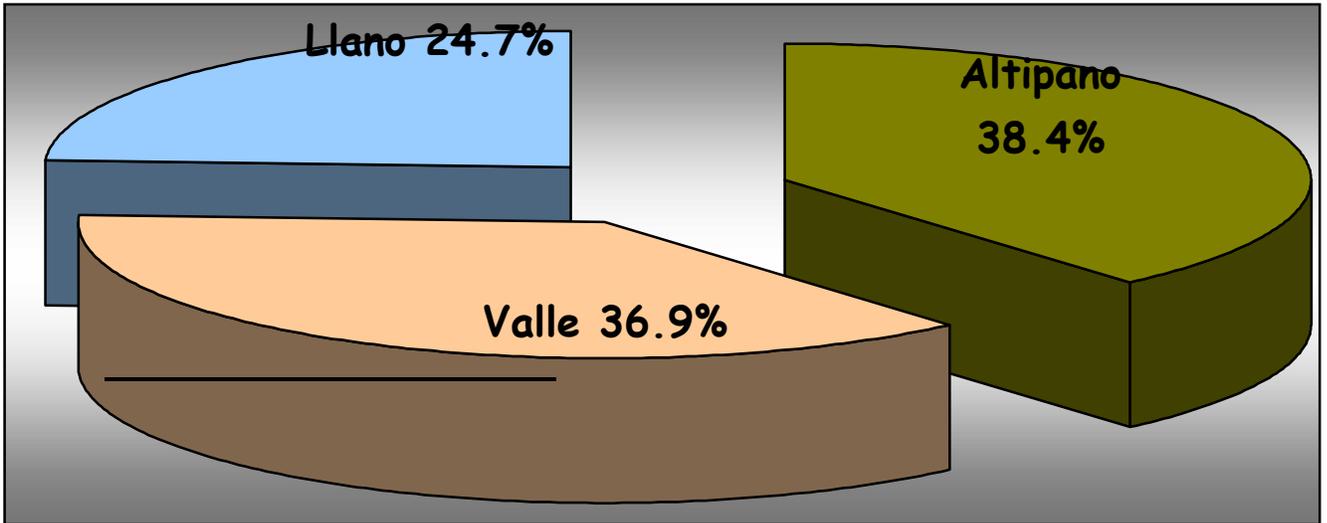
Fuente ENDSA 2000



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

3.5. POBLACION QUE CUENTA CON UN SEGURO DE SALUD SEGÚN REGION DE LA CIUDAD DE LA PAZ.

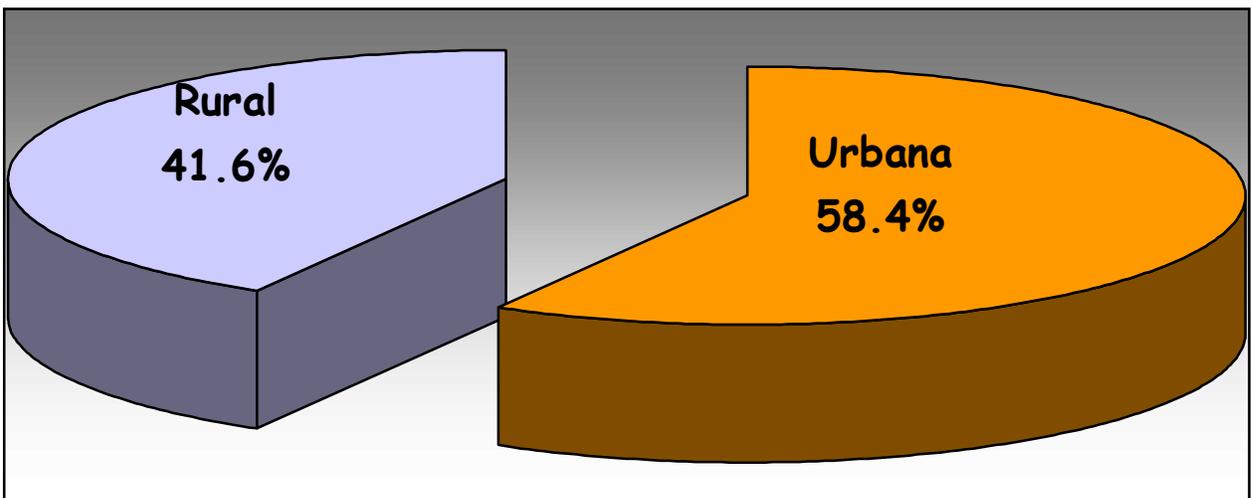
GRAFICO 6



Fuente ENDSA 2000

3.6. POBLACION CON IMPEDIMENTOS FISICOS SEGÚN RESIDENCIA.

GRAFICO 7



Fuente ENDSA 2000



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

De acuerdo a los estudios de la Organización Mundial de la Salud, el 10% de la población boliviana sufre de algún tipo de discapacidad las mismas no reciben un rehabilitación oportuna esto a consecuencias que los Entes Gestores de Salud no cubren algunas contingencias.

Es digno de estudio más profundo las causas de la discapacidad, así como la relación que tuviera el hecho de la existencia de mayor número de discapacitados en el área urbana frente al rural.

Por lo que respecta a la cobertura de los Seguros Sociales cubierta por el Seguro Social Universitario de acuerdo a los datos se tiene un total de 10.074 casos presentados en la presente gestión solicitando atención medica por diversas circunstancias de un total de 812.738 afiliados no solo el Seguro Social Universitario sino también dentro el PROGRAMA MEDICO ESTUDIANTIL (PROMES) representando un 9,62% dentro del Seguro Social Obligatorio, y en cuanto al total del Seguro social Universitario se tiene un total de 185 de un total de población Estudiantil asegurada de 31.541 Representando un porcentaje del 0,59%

SEGUROS SOCIALES UNIVERSITARIOS	N° DE AFILIADOS	N° ASEGURADOS		VEJEZ	INVALIDEZ
		HOMBRES	MUJERES		
LA PAZ UMSA	12.948	1.267	1.145	2.306	106

3.7. TERCERA EDAD.

De acuerdo al último censo de población y vivienda efectuado en el mes de Adultos mayores que se encuentran dentro de la tercera edad en Bolivia al igual que en la mayoría de los países latinoamericanos tenemos a los que se encuentran percibiendo una renta de jubilación por haber alcanzado los aportes necesarios junto a la edad exigida.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Septiembre de 2001 se tienen los siguientes datos:

- Personas mayores de 60 años 727.393 habitantes

Distribuidos en:

- Varones 335.284
- Mujeres 392.109

De la totalidad de la población las personas que se encuentran protegidas con la percepción de una renta de vejez o jubilación son:

Total de Beneficiarios son 136.849 de los cuales son:

- Mujeres 34.836
- Varones 102.013

De este global general de población protegida se tiene en la seguridad social Universitaria el total de 31.541 de los cuales corresponde a varones 2. 529 y mujeres 1. 866, y que se muestra en el siguiente cuadro:

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO	N° DE AFILIADOS	N° BENEFICIARIOS		VEJEZ
		HOMBRES	MUJERES	
LA PAZ UMSA	12.948	1.267	1.145	2. 306



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”



Capítulo IV

Legislación

Comparada de

Seguros Sociales y

Seguridad Social



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

4.1. SEGUROS SOCIALES.

Definir seguro social implica involucrar la definición en lo definido porque el Seguro social es el conjunto de seguros sociales como Enfermedad, Maternidad, Seguro de Vejez, Seguro de Riesgos Profesionales, Seguro de Cesantía etc. Por lo que para ser más precisos diremos que Seguro Social es el conjunto de disposiciones legales y de principios doctrinales y técnicos que tienden a garantizar al trabajador contra todas las contingencias que puedan afectar el permanente equilibrio económico de su salario, en el que apoya su presupuesto familiar.

4.2. SEGUROS SOCIALES EN EUROPA.

Es en Alemania donde hacen su aparición los primeros Seguros Sociales a la cabeza y bajo el patrocinio del llamado Canciller de Hierro, Otto VON BISMARCK, fomentador del socialismo de Estado quien considera que debe dejarse en el pasado los sistemas de ayuda en la pobreza: traducidas en la beneficencia privada y pública.

Alemania aplicó el nuevo sistema, autoritaria y paternalmente en tres etapas: El seguro de enfermedad el 15 de junio de 1883, el Seguro de accidente de trabajo el 6 de julio de 1884 y el seguro de invalidez y vejez el 22 de julio de 1889.

El nacimiento de los seguros sociales en Alemania viene determinado por los siguientes factores:

a) La Revolución Industrial.

b) La Ley sobre la Caja de Asistencia de 1854, por la que se obligaba a los trabajadores y empresarios a efectuar aportaciones a una caja de enfermedad.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- c)** Las corrientes del pensamiento alemán (HEGEL, FICHTE, SAVIGNY, LIST), que fortalecen la primacía de los valores colectivos sobre los individuales.

- d)** Las huelgas de 1869 a 1872, escasez de vivienda en las grandes ciudades, y la miseria como consecuencia de la prolongada crisis económica.

Con estos antecedentes Bismarck emite su mensaje que dice “La superación de los males sociales no puede encontrarse exclusivamente por el camino de reprimir los excesos socialdemócratas (Sozialistengesetz de 21 de octubre de 1878), sino mediante la búsqueda de fórmulas moderadas que permitan mejorar el bienestar (Wohlfartz) de los trabajadores. En este sentido se enviará en primer lugar al Reichstag, una refundición del proyecto de ley sobre seguro de los trabajadores en caso de accidentes de trabajo...Completándolo se adjuntará un proyecto de ley que propone una organización paritaria del sistema de las "Cajas de Enfermedad" en la industria. También se contemplará la situación de quienes por edad o invalidez resulten incapacitados para trabajar...”

El desarrollo de los seguros sociales, tiene dos tendencias en Europa: donde la primera es la creación de verdaderos seguros sociales. Como es el caso de Luxemburgo, Países Bajos, Rumania y Gran Bretaña que destaca, por su atrevimiento, la política social británica, con medidas de Asistencia, como:

- a)** El seguro de enfermedad y de invalidez y en 1925 el Seguro de vejez y fallecimiento.

- b)** El Seguro Obligatorio de Paro.

- c)** El de reparación de accidentes de trabajo en 1897 y el principio del riesgo profesional y el de responsabilidad individual del



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

empleador.

La otra tendencia fue la de libertad subsidiada inaugurada en Italia en 1898, por Bélgica en 1900 y Francia hasta 1930, que consistía en apoyar los sistemas de seguros voluntarios que habían ido creando las organizaciones de trabajadores (mutuas), dejando a los trabajadores la opción de asegurarse o no, pero incentivando al asegurado con subvenciones del Estado si tomaba la decisión de asegurarse.

4.3. LOS SEGUROS SOCIALES EN AMERICA LATINA.

Es el continente americano donde se introduce a continuación de Europa el sistema de los seguros sociales por su escaso desarrollo industrial, dispersión de la población en países con vasto territorio, escasez de caminos lo que dificulta el acceso a todos los sectores que habitan en zonas casi inexploradas, en estas condiciones es que los países latinoamericanos dictan su normativa en el campo del seguro social de acuerdo al siguiente orden:

- Chile en 1925 crea los seguros de enfermedad, maternidad e invalidez e instituyendo un Ahorro Obligatorio para sustituir al seguro de vejez, dándole especial importancia a los problemas de la salud por lo que en 1938 que se dicta la Ley de sobre medicina preventiva.
- Brasil, en 1933 implementa regímenes de seguros sociales, con la cobertura a la enfermedad y vejez, a favor de determinados grupos profesionales, extendiéndose, posteriormente, a favor de empleados de comercio (Decreto núm. 274, de 22 de mayo de 1934) y de empleados de la industria (Ley núm.367, de 31 de diciembre de 1936).
- Perú por Ley de 12 de agosto de 1936 instituye un Sistema de Seguros Sociales Obligatorio.
- Costa Rica por Ley de 1 de noviembre de 1941.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- México Ley de Seguridad Social de 31 de diciembre de 1942 y 19 de enero de 1943.
- Paraguay Decreto 17071, de 13 de abril de 1943, establece el seguro de enfermedad-maternidad-invalidez-vejez, así como el de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Colombia Ley de 26 de diciembre de 1946 instituye por primera vez un régimen de seguros sociales.
- Venezuela por Ley de 14 de junio de 1949, se introducen sistemas de seguros sociales.
- Bolivia Ley de 7 de enero de 1949, establece los principios de un Régimen General de Seguros Sociales obligatorios.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Capítulo V

Conclusiones y

Recomendaciones



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

5.1. CONCLUSIONES.

Los resultados obtenidos en el trabajo de investigación realizado, permiten establecer las siguientes conclusiones:

- Respecto al primer objetivo: Establecer los alcances de los procesos de rehabilitación y la incorporación de nuevas prestaciones de salud en el régimen de corto plazo que brinda en el Seguro Social Universitario La Paz a sus Asegurados o afiliados.
- Si bien las prestaciones de salud se rigen bajo el código de seguridad social referente a las prestaciones de salud de los beneficiarios los mismos son otorgados en dinero o en especies (sanitarios, alimentación y otros) por cuyo medio la Seguridad Social realiza la protección ya que procura fundamentalmente con su ejecución la protección social de la población, también es cierto que esta finalidad no se logra en el interior del Seguro Social Universitario, debido a un conjunto de factores limitantes relacionados con la falta de políticas y programas concretos para la rehabilitación social, la escasa dotación de medios o recursos, carencia de personal especializado para el tratamiento, que imposibilitan una efectiva rehabilitación que se traduzca en la posterior un daño a sus afiliados.
- Los resultados de la investigación muestran que las autoridades no prestan atención oportuna y eficaz esto por los factores internos, no se conoce de una planificación que esté orientada en este sentido, es más bien la voluntad de la población asegurada al interior del Seguro Social Universitario, no existe apoyo por parte de las autoridad”. Por tanto, la rehabilitación es auto gestionada.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- Respecto al segundo objetivo: Describir las características sociodemográficas de la población afiliada en el Seguro Social Universitario de La Paz.
- La realidad del Seguro Social y del sistema de salud del país, es un fiel reflejo de las propias condiciones sociales, económicas, culturales y geográficas del país; de crisis económica, social y moral. En un contexto de pobreza, falta de empleo, y crisis generalizada, es imposible ocultar la crisis existente en el Sistema Salud, donde se evidencian una serie de trámites burocráticos y morozos; se vive en condiciones sumamente deficientes y con una administración lenta y discriminativa, que da soluciones teóricas y no prácticas para esta población que aporta para estar protegido esto referente a una contingencia de salud siendo estas limitadas que justa o injustamente ha sido marginada desde hace muchos años, con una actitud de indiferencia de los gobiernos y autoridades de turno frente a esta problemática.
- La situación del Ente Gestor de Salud está marcada por el hacinamiento, falta de infraestructura la retardación de atención y las condiciones inhumanas en las que padecen los enfermos que llegan a límites intolerables. Para hacer frente a esta situación, los mismos pacientes juntamente con sus familias han logrado organizarse creativamente para sobrellevar de la mejor manera su miseria y sus necesidades de una atención pronta y oportuna.
- No se ha superado uno de los objetivos de la de su reglamentación a esto en el tema de salud, que fue la de lograr, a través de una legislación que respete los derechos de



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

las personas, poner fin al fenómeno del “padecimiento”; es decir, aquella persona que sufre y requiere una atención.

- La actividad laboral que desarrollan los profesionales de salud del Seguro Social Universitario La Paz es variada, los trabajos que se destacan son las visitas a domicilio y entre otros.
- Respecto al tercer objetivo: Conocer la percepción de los pacientes que requirieron una prestación los mismos no eran cubiertos por el Régimen de Corto Plazo dentro del Seguro Social Universitario La Paz.
- Las autoridades se desentienden de las necesidades de los asegurados, como dotar ambientes, infraestructura e insumos necesarios para el desarrollo integral de sus laborales, lo cual no coincide con las normas sociales, que habla de la responsabilidad por parte del Ministerio de Salud y la Dirección de Régimen Social, como proceso de rehabilitación social.
- Respecto al cuarto objetivo: Conocer las expectativas de los pacientes en el Ente Gestor de Salud, respecto a la incorporación de nuevas prestaciones y rehabilitación.
- Estos resultados muestran que existe crisis en el sistema salud, y que particularmente en el Seguro Social Universitario de La Paz no se cuenta con las condiciones necesarias para proporcionar un atención integral respecto a las prestaciones y su rehabilitación efectiva a los pacientes (recursos humanos capacitados, dotación de equipos y herramientas), por tanto los programas de rehabilitación, prevención y reinserción social



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

carecen de sostenibilidad, siendo más bien auto gestionados por los propios asegurados en ciertas circunstancias.

- La población, desarrolla actividades laborales, para solventar los diversos gastos que representa estar afiliado, siendo el empuje, organización y apoyo de los familiares.
- Asimismo se ha dado poca o ninguna importancia a los servicios de readaptación como servicios completos y coordinados dedicados al bienestar total de la personas minusválidas y de las socialmente desfavorecidas, especialmente en lo que respecta a los niños en actividades educativas y sociales que favorezcan su desarrollo y dirigido a los adultos en la recuperación de su capacidad para el trabajo remunerado o no con la inclusión de una nueva formación que les permita desempeñar otra ocupación, o cuando se trata de personas de edad muy avanzada o que son víctimas de lesiones graves o que padecen alguna enfermedad de carácter progresivo por ser crónica, el objetivo debe ser desarrollar la capacidad para cuidarse a sí mismos.
- Respecto al quinto objetivo: Analizar el rol del Trabajo Social en los procesos de rehabilitación e inserción social de los asegurados.
- De acuerdo a los datos de la investigación, los pacientes no confían en los profesionales del personal de la Institución, no ven la importancia de los mismos pareciera que solo cumplen su horario atendiendo solo 5 pacientes por día y, por los resultados se observa que para ellos la importancia es el salario y su jornada laboral esta cuando tienen algún problema o requieren de un informe favorable, esto no ayuda al proceso de



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

rehabilitación social que debe ser enfocado desde una perspectiva integral.

- El contacto con él o la profesional del área de Trabajo Social se reduce a un buen relacionamiento o algún tipo de ayuda que las mismas puedan brindar, incluso consideran que su trabajo es el llenado de la ficha social, visitas sociales y desarrollar en alguna oportunidad y de acuerdo a requerimiento la verificación de datos referidos a la familia, bienes u otros de esa naturaleza.

5.2. RECOMENDACIONES.

Con el fin de contribuir a mejorar el proceso de incorporación de nuevas prestaciones de salud y rehabilitación de los asegurados en el Seguro Social Universitario, se exponen las siguientes recomendaciones:

- El Ente Gestor tiene la Obligación de resolver oportunamente a través de sus unidades respectivas toda solicitud o controversia en materia de prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, comunicando de forma expresa al interesado la solución adoptada sobre su solicitud. En caso afirmativo, indicara la fecha de inicio del beneficio y el monto de la prestación, en caso negativo, los motivos en que se funda este.
- Los Entes Gestores del Seguro Social de Corto Plazo están liberados del pago de cargas impositivas sean de carácter nacional, departamental y municipal creado o por crearse y de otros gravámenes en cuanto se refiere a la importación de equipos e instrumental medico y otros elementos necesarios para la aplicación y ejecución de las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- A efectos de una adecuada aplicación de las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo, en el Seguro Social Universitario acorde a las necesidades de la población asegurada y el constante avance técnico científico, el Ente Gestor elevaran a consideración del Ministerio del área, políticas que permitan la incorporación de nuevas prestaciones y el mejoramiento en materia de salud.
- Promover una eficaz aplicación de las garantías constitucionales y los principios fundamentales de la Seguridad Social. Y
- Alcanzar una eficiente ejecución de las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo.
- La buena administración, aplicación y ejecución de las prestaciones del Seguro Social Universitario referente a Corto Plazo, estará sujeta a una instancia de supervisión y control a cargo de una comisión intersectorial denominada “DIRECTORIO” integrado por representantes de los sectores afiliados al Ente Gestor.
- Como parte de la interacción de los sectores aglutinados al Ente Gestor se dispone la existencia de “controles sociales” bajo la finalidad de garantizar el efectivo cumplimiento de los fines que persigue el Seguro Social Universitario en el Régimen de Corto Plazo.
- El financiamiento para la gestión y cobertura de las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo estará sujeta a la contribución efectuada por los empleadores en al cuantía del 10% del total ganado del trabajador o trabajadora dependiente a su cargo, debiendo a tal efecto entenderse como total de ingresos del trabajador o trabajadora todos aquellos pagos que perciban excepto el pago de aguinaldo.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- Para que el Estado haga efectiva su contribución al Ente Gestor del Seguro Social Universitario correspondiente al Corto Plazo en su calidad de empleador, consignara anualmente en el Presupuesto Nacional las partidas correspondientes a la cobertura de las cargas financieras con relación a todos sus dependientes.
- La reserva constituida en el Ente Gestor del Seguro Social de Corto Plazo podrán ser invertidas tomando en cuenta las condiciones de seguridad, rendimiento financiero aceptable y liquidez inmediata.
- El otorgamiento de las prestaciones en especie o en dinero del Seguro Social de Corto Plazo deberán ser efectuadas con recursos propios establecidos en cada partida contable.
- El ejercicio a las prestaciones del Seguro Social de Corto Plazo conlleva la obligación de parte del titular del seguro y/o beneficiario de observar sin que se pueda alegar desconocimiento de las mismas.
- La socialización debe seguir siendo el inexcusable punto de referencia del tratamiento en el Ente Gestor de Salud, es necesario analizar con cuidado su alcance, y no ignorar las limitaciones a las que está sometida; es por ello que se sugiere que las autoridades deban formular nuevas políticas de tratamiento para su incorporación que tengan como objetivo mejorar el trato humano reductor de la vulnerabilidad, que implica la incorporación de nuevas prestaciones capaces de hacer desaparecer paulatinamente las líneas divisorias que separan al padecimiento de la sociedad, con la consecuente transformación de la conciencia social sobre el tema, e idóneas para alcanzar los fines que las justifican; donde los sistemas de salud se conviertan en verdaderos Entes Gestores de Salud y el mejoramiento humano referente a la atención pronta y oportuna..



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- Las nuevas políticas del tratamiento del Régimen de Corto Plazo, deben considerar las siguientes exigencias:
 - El asegurado, como objeto del tratamiento educativo, y eslabón fundamental entre la prestación que se le otorga y dicho tratamiento;
 - Tratamiento educativo basado en un sistema de salud universal y progresivo;
 - Oportunidades laborales y de superación profesional por parte su personal del Seguro Social Universitario;
 - Apertura de un proceso de comunicación e interacción entre la población y la sociedad asegurada;
 - Personal altamente calificado idóneo (con estudio en el área);
 - Mejorar la calidad de vida a través de la incorporación de nuevas prestaciones;
- Es necesario lograr implicar a un número mayor de profesionales de diversas especialidades, a tiempo completo con el conjunto de los servicios sociales y no encapsulados al interior del sistema normativo, puedan implicarse mucho más en los objetivos de la rehabilitación. Todo ello con vistas a lograr una mayor diversificación de la respuesta social, una reducción de la capacidad de estigmatización del sistema de salud, y una mayor cobertura del resto de la sociedad no solo de las nuevas prestaciones sino cubriendo cualquier contingencias.
- Es necesario un cambio de actitud en los administradores de los Entes Gestores de Salud. Esta nueva actitud solo se impondrá en la medida en que el propio personal vaya tomando conciencia del efecto



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

deteriorante de su comportamiento sobre sus asegurados y sobre sí mismos.

- En cuanto a enfermedades asociadas al trabajo que causan un grado de discapacidad las más destacadas son:
 - La neumoconiosis
 - Tuberculosis
 - Asma bronquial
 - Síndrome de hipersecreción bronco pulmonar
 - Síndrome de displasia bronco pulmonar
 - Artritis reumática deformante
 - Artrosis
 - Traumatismos osteoarticulares moderados y graves
 - Traumatismos oculares, craneanos
 - Embolias
 - Trombosis cerebrales
 - Infartos del miocardio
 - Angina de pecho
- Por lo tanto al estar relacionadas directamente con la actividad laboral, la medida precisa es disminuir los factores de riesgo más importantes tanto de accidentes como de enfermedades asociadas al trabajo, para



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

lo que la normativa de la seguridad Social deberá tener una estrecha coordinación con la normativa laboral, exigiéndose en la misma, rigidez para el cumplimiento a los Entes Gestores de Salud.

- Para la rehabilitación debe implementarse servicios médicos rehabilitadores, psicólogos, fisioterapeutas.
- Definitivamente la protección del asegurado en general y en especial del que se encuentra en el régimen de la Seguridad Social Universitaria es importante porque el mayor anhelo de la persona impedida es obtener su independencia dentro de su grupo familiar y su propia comunidad para lo que se le debe de otorgar los instrumentos que le permitan ese logro.
- Si bien la prisión es una institución que en estos momentos no está en condiciones de desaparecer, por las mismas circunstancias sociales, es fundamental trabajar por una visión más humana basado en la fundamentación de una evolución de la conciencia social sobre el tema y con la aspiración de la incorporación de nuevas prestaciones dirigidos a proteger sobre todo de algunas contingencias que no se encuentran estipuladas en el régimen de corto plazo.
- El Seguro Social Universitario, se encuentran desarrollando actividad de implementación de trabajo como mecanismo de terapia se hace imprescindible que se les brinde capacitación, en las distintas áreas de trabajo, además de un adecuado seguimiento tanto durante el periodo de su internación, como dentro del proceso de rehabilitación social, equipados y los suficientes insumos para el desarrollo de los mismos.
- Las autoridades de salud deben propender a que el paciente constituya un factor importante además de necesario para la rehabilitación, que además coadyuve al buen funcionamiento de la



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

familia cuando el paciente salga en sin ninguna deficiencia está manera tener una mejor perspectiva. El seguimiento adecuado al trabajo que desempeñan los profesionales de la institución.

5.3. FINANCIAMIENTO.

Para cubrir la carga financiero-actuarial o costo de las prestaciones sociales, en sus requerimientos anuales y a largo plazo se debe cubrir con el esfuerzo contributivo del Asegurado y el Empleador en el casos de los Seguros Sociales Universitarios y el Sistema de la Seguridad Social Boliviana y para lograr que estos servicios se universalicen para su otorgación a través del Sistema Asistencial el financiamiento debe estar a cargo exclusivo del Estado con la siguiente propuesta, cuyos porcentajes son de carácter provisional, sujetas a los estudios matemático actuariales que permitan apreciar concretamente la magnitud de los recursos indispensables tanto para cubrir los gastos por prestaciones, los gastos administrativos y la formación de reservas técnicas.

La responsabilidad de la financiación de las Prestaciones sociales deberá ser compartida entre empleadores y trabajadores en los siguientes porcentajes:

5.4. APORTACIONES PATRONALES.

Las cotizaciones obligatorias de los empleadores del sector público y privado serán las siguientes:

2 % para el total de las Prestaciones sociales ya establecidas distribuidas de la siguiente manera:

1 % Para el Seguro de Desempleo

0,5 % Para la Discapacidad



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

0,5 % Para el apoyo multidisciplinario

5.5. APORTACIONES LABORALES DEL SECTOR ACTIVO.

Las cotizaciones de los trabajadores de igual manera serán obligatorias por su carácter de solidaridad con las futuras generaciones y las contingencias de riesgo a las que están expuestos y serán de:

3 % del total de los salarios, distribuidos de la siguiente manera:

1 % Para el Seguro de Desempleo

0,5 % Para el apoyo a los Servicios destinados a la Discapacidad.

1 % Para el apoyo Multidisciplinario, comunitario y familiar

0, 5 % Para el apoyo a los servicios destinados a la tercera edad

5.6. APORTACIONES LABORALES DEL SECTOR PACIVO.

Los pensionados por el principio de la solidaridad y por ser los directamente beneficiados están en la obligación de realizar aportaciones aunque no con destino a todas las Prestaciones Sociales de la siguiente manera:

1, 5 % del total de las rentas que perciban distribuidos de la siguiente manera:

0,5 % con destino al apoyo multidisciplinario

0,5 % con destino a los servicios de apoyo a la discapacidad y

0,5 % con destino a los servicios sociales para su sector



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

5.7. APORTACIONES ESTATALES.

A objeto de universalizar la prestación de los Servicios Sociales para ser otorgados por la Asistencia Pública con administración Estatal, su financiación debe realizarse de la siguiente manera:

- 1% impuesto específico gravado a los productos suntuarios como ser importación de automóviles.
- 1 % de impuesto específico gravado sobre la importación de productos acabados existentes en la producción nacional.
- 1 % de impuesto específico sobre la producción de Cigarrillos y su importación.
- 1 % sobre el impuesto anual sobre vehículos

Para concluir, la incorporación de los Servicios Sociales deberá darse dentro del régimen de salud que administran los Seguros Sociales Universitarios o en su caso deberá conformarse Mutuas para la implementación de aquellos servicios sociales que no tengan relación con la salud y con perspectiva más ambiciosa a través de algunas Instituciones como la Defensoría del Pueblo, se convierta en un planteamiento a nivel gubernamental para su aplicación en los servicios asistenciales a cargo del gobierno.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Anexos



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

ANEXO Nº 1
ENCUESTA A ASEGURADOS Y AFILIADOS EN EL SEGURO SOCIAL
UNIVERSITARIO
“RESPECTO A LA INCORPORACION DE NUEVAS PRESTACIONES DE
SALUD EN EL REGIMEN DE CORTO PLAZO”

Por tratarse de un trabajo de investigación, y no compromete la integridad de las personas, además de que no se debe colocar nombres, se ruega responder con la máxima veracidad

I.- DATOS PERSONALES

GRADO DE INSTRUCCIÓN

- a) Primaria
- b) Secundaria
- c) Superior
- d) Técnico
- e) Ninguno

ESTADO CIVIL

- a) Soltero
- b) Casado
- c) Viudo
- d) Divorciado
- e) Concubino
- f) Separado

1. ¿Cuál ES LA ACTIVIDAD A LA QUE SE DEDICA?

.....

¿CUÁNTO TIEMPO EMPLEA EN SU JORNADA LABORAL?

.....



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

2. ¿CUAL EL TIEMPO DE APLICACION DE LA ACTIVIDAD?

3. ¿EN EL TRABAJO USTED CUENTA CON ALGUNA PROTECCION?

4. ¿CUENTA CON LOS INSTRUMENTOS DE TRABAJOS ADECUADOS PARA UN RENDIMIENTO SATISFACTORIO?

5. ¿EL TRABAJO QUE REALIZA, LE PERMITE ALGUN AHORRO?

6. ¿COMO SE SIENTE AL ESTAR ASEGURADO EN EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO?

7. ¿RECIBIO UD. ALGUNA NEGATIVA POR ALGUNA PRESTACION DE SALUD?

8. ¿CON QUE FRECUENCIA REALIZA UD. SU REVISION MEDICA?

9. ¿COMO CALIFICA LA ASISTENCIA MEDICA POR PARTE DE LA INSTITUCION?



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

10. ¿USTED CONSIDERA QUE LOS PROFESIONALES QUE ATIENDEN Y PROPORCIONAN ATENCION PARA LA REHABILITACIÓN POR MEDIO DE LAS PRESTACIONES?

.....
.....

11. ¿QUE OPINAN SUS FAMILIARES DEL PROBLEMA QUE ATRAVIESA EN EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO?

.....
.....



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Fotos



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”





“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”



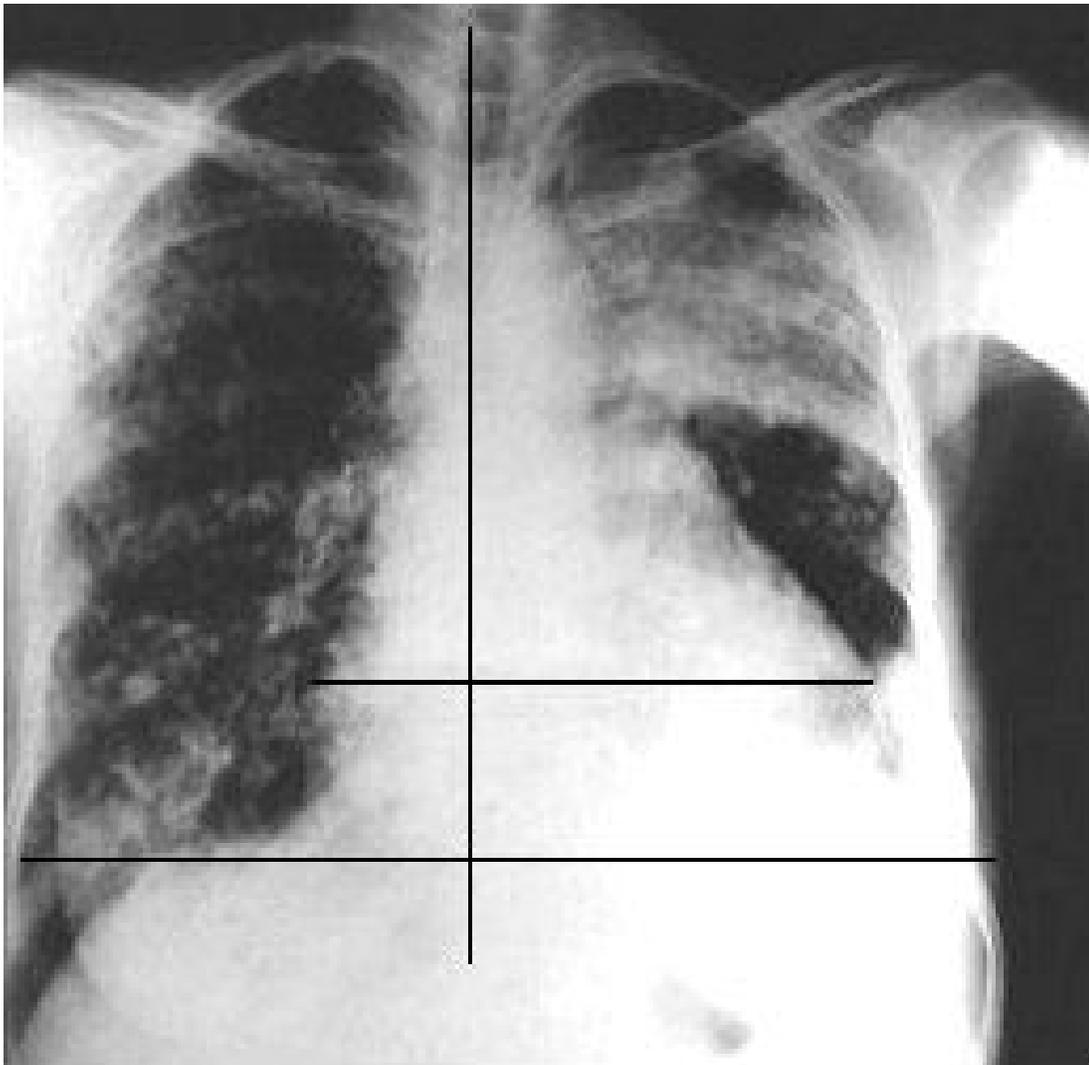


“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”





“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”





“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Bibliografía

- 📖 FUNDACION SAN GABRIEL y otros, LOS MENORES EN BOLIVIA: SUJETOS SOCIALES HOY O MAÑANA, Imprenta Fundación San Gabriel, La Paz Bolivia, 1991.

- 📖 SUBSECRETARIA DE ASUNTOS DE GENERO, LAS CIFRAS DE LA VIOLENCIA:

VIOLENCIA

DOMESTICA REGISTRADA EN LA PAZ, Impresiones Artes Gráficas, La Paz Bolivia, 1994.

- 📖 CABANELLAS, Guillermo, DICCIONARIO ENCICLOPEDICO DE DERECHO USUAL, T. 1 y 8,

Edit. Heliasta, Buenos Aires Argentina, 2da. Ed., 1981.

- 📖 ROMI, Juan Carlos, Régimen de Salud, Internet.

- 📖 GACETA OFICIAL DE BOLIVIA, Constitución Política del Estado, Ley 1615 del 06.02.95.

- 📖 Código de Seguridad Social y su Reglamento.

- 📖 AGUIRRE, José Luis. (1996) “Métodos de Investigación Cualitativa”. Documento para cátedra.

Universidad Católica.

- 📖 AIGNEREN Miguel, “La técnica de recolección de información mediante los grupos focales”. Biblioteca Virtual en Población. Centro



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Centroamericano de Población. Revista Electrónica N°. 7, En:
<http://huitoto.udea.edu.co/~ceo/>

- 📖 ALMEDA Elisabet; RUBIO, Joana, y ROVIRA Marc; (2004) “La cárcel no sirve para reinsertar”; Revista “El Ciervo”; # 642-643, Septiembre- Octubre.

- 📖 ÁLVAREZ URÍA, Fernando; (1991) “prestaciones sociales”; Edición Especial de Derecho Seguridad Social “No Hay Derecho”; Buenos Aires.

- 📖 ANDER – EGG, Ezequiel. (1996) “Introducción Al Trabajo Social”. Edit. Lumen/Humanitas. Buenos Aires – Argentina.

- 📖 ANDER EGG, Ezequiel. (1998) “Técnicas de Investigación Social”. Ed. Humanitas. Buenos Aires, Argentina.

- 📖 ANDREWS Y COL., citado por Howells K. y Day A. (1992) “Trends and Issues”. <http://www.aic.gov.au/publications/tandi/ti112.pdf>

- 📖 BARATTA, Alessandro; (1991) “Cárcel y estado social. Por un concepto de rehabilitación social del paciente”; Trad. M. Martínez, Madrid.

- 📖 BARROS LEAL, Cesar; (2004) “La ejecución penal en América Latina y el Caribe: Realidad y Desafíos”; Ponencia impartida en el Congreso Internacional de Culturas y Sistemas Jurídicos Comparados; México, D.F., del 9 al 14 de Febrero.

- 📖 BUNGE, Mario. (1983) “La investigación científica”. Edit. Ariel. España.

- 📖 CAPITÁN, Henry (1990) “Vocabulario jurídico”, ediciones de Palma. Buenos Aires.



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

- 📖 Cf. O'DONNELL (1991) “Protección Internacional de Derechos Humanos”. CÁRDENAS, Faustino: Proyecto de Tesis, La Paz, Ed. Cárdenas
- 📖 Seguro social universitario unidad de auditoría interna Seguro social universitario – sucre
- 📖 Diccionario sociológico, Tomo II.
- 📖 Ley N° 3323 de 16 de enero de 2006, crea el Seguro de Salud
- 📖 FOUCAULT, Michel (1996) “La vida de los hombres”. Caronte Ensayos Ed. Altamira. Buenos Aires Argentina.
- 📖 GOFFMAN, Erving (1970) “Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos”. Amorrortu D.A., Buenos Aires.
- 📖 HARRIS, P. Helen. (1965) “El Trabajo Social Individualizado”. Edit. RIALP. Madrid.
- 📖 ZAMANILLO, T y GAIAN, L. (1991). “Para comprender el Trabajo Social”. Navarra: verbo Divine.
- 📖 APUNTES DE SEGURIDAD SOCIAL UMSA
- 📖 PROPUESTAS Y ALGO MAS “LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA”



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

Índice

Contenido	Pág.
I. <u>ELEMENTOS INTRODUCTORIOS</u>	
<u>INTRODUCCION</u>	1
II. <u>CONTENIDO, DESARROLLO O CUERPO DE LA MONOGRAFIA</u>	
<u>CAPITULO I</u>	
<u>ASPECTOS GENERALES</u>	
<u>CONTENIDO</u>	
1.1. <u>LA VIDA Y LA NECESIDAD DE SU PROTECCIÓN</u>	7
1.2. <u>SITUACIÓN ACTUAL EN BOLIVIA</u>	8
1.3. <u>IMPORTANCIA DE LAS PRESTACIONES EN SALUD</u>	11
1.4. <u>PROBLEMÁTICA FINANCIERA Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO</u>	14
1.5. <u>BALANCE DEL ESTADO DE LA CUESTION</u>	16
1.6. <u>LA CRISIS DE LA SEGURIDAD SOCIAL</u>	18
1.7. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	20
1.8. <u>FORMULACION DEL PROBLEMA</u>	22
1.9. <u>JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN</u>	23
1.10. <u>OBJETIVOS</u>	24
1.10.1. <u>OBJETIVO GENERAL</u>	25
1.10.2. <u>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</u>	25
1.11. <u>DELIMITACION</u>	26
1.11.1. <u>DELIMITACIÓN TEMPORAL</u>	26
1.11.2. <u>DELIMITACIÓN ESPACIAL</u>	26
1.12. <u>TIPO DE ESTUDIO</u>	26
1.13. <u>FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS</u>	27
1.13.1. <u>IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES</u>	27
1.13.2. <u>DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES</u>	27



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

1.13.3.	OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	28
1.14.	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	29
1.14.1.	UNIDAD DE ANÁLISIS	29
1.14.2.	POBLACIÓN DE MUESTRA	30
1.14.2.1.	POBLACION	30
1.14.2.2.	MUESTRA	30
1.14.3.	CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA	31
1.15.	MEDIOS E INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN DE CAMPO	31
1.15.1.	MÉTODOS	31
1.15.2.	TÉCNICAS	33

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1.	PRESTACIONES	36
2.1.1.	CONCEPTO DE PATERNIDAD	36
2.1.2.	CONCEPTO DE RIESGOS LABORALES	36
2.1.3.	CONCEPTO DE RIESGOS CATASTRÓFICAS	37
2.1.4.	LOS FACTORES DE RIESGO	38
2.1.5.	TEORÍAS ACERCA DE LAS PRESTACIONES DE SALUD	38
2.2.	REQUISITOS DE LAS PRESTACIONES	40
2.3.	ORIGEN, NACIMIENTO Y EVOLUCION DE LA SEGURIDAD SOCIAL	42
2.3.1.	ANTECEDENTES	42
2.4.	MARCO INSTITUCIONAL – DIAGNÓSTICO DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANO	44
2.4.1.	ANTECEDENTES HISTÓRICOS	44
2.4.2.	COINCIDENCIAS PRINCIPISTAS	44
2.5.	LAS POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL	45
2.6.	POLÍTICAS DE SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA	47
2.7.	MISIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL BOLIVIANA	49
2.8.	EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ	51
2.9.	CLASES DE SERVICIOS SOCIALES	52
2.9.1.	LA DISCAPACIDAD	53



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

2.9.2.	<u>LA DISCAPACIDAD EN BOLIVIA</u>	56
2.9.3.	<u>LA TERCERA EDAD</u>	61
2.9.4.	<u>CARACTERÍSTICAS</u>	63
2.9.5.	<u>NECESIDAD DE SU PROTECCIÓN</u>	63
2.9.6.	<u>EL ADULTO MAYOR EN BOLIVIA</u>	66
2.10.	<u>AUSENCIA DE NORMATIZACION</u>	67

CAPÍTULO III

RESULTADOS

3.1.	<u>PERSONAS AFILIADAS EN CALIDAD DE BENEFICIARIOS EN EL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO SEGÚN DATOS INASES</u>	69
3.2.	<u>PERSONAS SEGÚN SEXO Y RESIDENCIA</u>	70
3.3.	<u>POBLACION QUE CUENTA CON UN SEGURO DE SALUD</u>	71
3.4.	<u>POBLACION CON COBERTURA DEL SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO LA PAZ EN EL REGIMEN DE CORTO PLAZO</u>	72
3.5.	<u>POBLACION QUE CUENTA CON UN SEGURO DE SALUD SEGÚN REGION DE LA CIUDAD DE LA PAZ</u>	73
3.6.	<u>POBLACION CON IMPEDIMENTOS FISICOS SEGÚN RESIDENCIA</u>	73
3.7.	<u>TERCERA EDAD</u>	74

CAPITULO IV

LEGISLACION COMPARADA DE SEGUROS SOCIALES Y SEGURIDAD SOCIAL

4.1.	<u>SEGUROS SOCIALES</u>	77
4.2.	<u>SEGUROS SOCIALES EN EUROPA</u>	77
4.3.	<u>LOS SEGUROS SOCIALES EN AMERICA LATINA</u>	79
III.	<u>ELEMENTOS INTRODUCTORIOS</u>	



“La incorporación de nuevas prestaciones de salud, en el régimen de corto plazo tales como paternidad, riesgos laborales y riesgos catastróficos en los entes gestores de salud”

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	<u>CONCLUSIONES</u>	<u>81</u>
5.2.	<u>RECOMENDACIONES</u>	<u>86</u>
5.3.	<u>FINANCIAMIENTO</u>	<u>92</u>
5.4.	<u>APORTACIONES PATRONALES</u>	<u>92</u>
5.5.	<u>APORTACIONES LABORALES DEL SECTOR ACTIVO</u>	<u>92</u>
5.6.	<u>APORTACIONES LABORALES DEL SECTOR PASIVO</u>	<u>92</u>
5.7.	<u>APORTACIONES ESTATALES</u>	<u>94</u>
	<u>ANEXOS</u>	<u>99</u>
	<u>BIBLIOGRAFÍA</u>	<u>108</u>