

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS

**FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y FINANCIERAS
CARRERA: ECONOMÍA**



TESIS DE GRADO

**Economía de los Seguros Nacionales
de Vejez, Maternidad y Niñez**

**“El Impacto de nuevos Seguros, en el Sistema Nacional
de Seguridad Social a Corto Plazo”**

Postulante: Ramiro Gonzalo Ibañez Mercado

Tutor : Ing. Alberto Requena S.

La Paz - Bolivia

1999

CONTENIDO

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO GENERAL

1.1	Consideraciones preliminares	1
1.2	Justificación	3
1.3	Formulación del problema	3
1.4	Marco referencial	5
	Marco teórico	5
	Marco conceptual	6
1.5	Objetivos	7
1.6	Delimitación del tema	7
1.7	Hipótesis	7
1.8	Metodología de la investigación	8

CAPITULO II

CONCEPTUALIZACION TEORICA DE LA PROBLEMATICA

2.1	Teorización de la dependencia capitalista en la seguridad social.	9
2.1.1	Fines siglo XIX a 1930	10
2.1.2	De 1930 a 1950	11
2.1.3	De 1950 a 1980	11
2.1.4	De 1980 a la actualidad	12

CAPITULO III
LA SEGURIDAD SOCIAL

3.1	Concepto y definiciones de la seguridad social	13
3.1.1	Seguros sociales	13
3.1.2	Seguridad social	13
3.2	Evolución histórica	15
3.3	Principios de la seguridad social	16
3.3.1	Principio de universalidad	17
3.3.2	Principio de solidaridad	18
3.3.3	Principio de unidad en riesgos	18
3.3.4	Principio de igualdad y proporcionalidad	19
3.3.5	Principio de oportunidad	19
3.3.6	Principio de unidad de gestión	20
3.3.7	Principio de internacionalidad	20
3.4	Sistema de Prestaciones	20
3.4.1	Prestaciones sanitarias	21
3.4.2	Consideraciones sobre prestaciones económicas	23
3.4.3	Prestaciones económicas	24
3.4.4	Prestaciones de asignaciones familiares	25
3.5	Sistemas de financiamiento de la seguridad social	25
3.5.1	Fuentes de financiamiento	25
3.5.2	Sistemas de financiamiento	26
3.5.2.1	Sistema de reparto	27
3.5.2.2	Sistema de capitalización	27
3.6	Organismos Internacionales en la Seguridad Social	27
3.6.1	Organización Internacional del Trabajo	27
3.6.2	Asociación Internacional de Seguridad Social	28
3.6.3	Organización Iberoamericana de Seguridad Social	29
3.6.4	Conferencia Internacional de Seguridad Social	30

CAPITULO IV

LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

4.1	Antecedentes	31
4.2	El código de Seguridad Social	31
4.3	El sistema de seguridad social y su economía	33
4.3.1	Periodo: 1956 a 1972	33
4.3.1.1	Sistema de administración (C.S.S.)	34
4.3.1.2	Sistema de campo de aplicación	35
4.3.1.3	Sistema de financiamiento	35
4.3.1.4	Sistema de administración (R.C.S.S.)	39
4.3.1.5	Sistema de campo de aplicación	39
4.3.1.6	Sistema de financiamiento	39
4.3.2	Periodo: 1972 a 1987	40
4.3.2.1	Sistema de administración	40
4.3.2.2	Sistema de campo de aplicación	41
4.3.2.3	Sistema de financiamiento	41
4.3.3	Periodo 1987 a adelante	42
4.3.3.1	Sistema de administración	43
4.3.3.2	Sistema de campo de aplicación	44
4.3.3.3	Sistema de financiamiento	44

CAPITULO V

DIAGNOSTICO TECNICO ECONOMICO DEL SISTEMA, ANTES DE LA PROBLEMATICA

5.1	Generalidades	47
5.2	La CNS y el Sistema de Seguridad Social	49
5.3	Diagnóstico técnico económico	51
5.3.1	Evolución de la población protegida	51
5.3.2	Evolución de recursos humanos	54
5.3.3	Infraestructura para prestaciones	57

5.3.4	Sistema de prestaciones	61
5.3.4.1	Indicadores técnicos sobre prestaciones	62
5.3.4.2	Indicadores económico financieros (costos)	70
5.4	Diagnóstico financiero	74
5.4.1	Balance General (E.M y R.P)	74
5.4.1.1	Análisis de activos	75
5.4.1.2	Análisis de Pasivos	76
5.4.1.3	Análisis de Patrimonio	77
5.4.2	Estado de resultados	79
5.4.3	Solvencia Financiera a corto plazo	81
5.4.3.1	Prueba de solvencia	81
5.4.3.2	Capital de trabajo	82
5.4.4	Presupuestos programados para 1997	82

CAPITULO VI

LOS NUEVOS MODELOS DE SEGUROS SOCIALES

6.1	Disposiciones legales	86
6.1.1	Justificación	86
6.1.2	Objetivos	87
6.1.3	Instrumentos	88
6.2	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez	88
6.2.1	Justificación	88
6.2.2	Objetivo	90
6.2.3	Cobertura	90
6.2.4	Prestaciones	90
6.2.5	Participantes	91
6.2.6	Financiamiento	91
6.2.7	Administración	92
6.2.8	Modalidad de pago	92
6.3	Seguro Nacional de Vejez	93
6.3.1	Justificación	93
6.3.2	Objetivo	

6.3.3	Financiamiento	93
6.3.4	Cotización	94
6.3.5	Acción coactiva	94
6.3.6	Procedimiento	95

CAPITULO VII

IMPACTO ECONOMICO INSTITUCIONAL

7.1	Seguro Nacional de Vejez	97
7.1.1	Análisis de cobertura	97
7.1.2	Análisis de financiamiento	100
7.1.3	Análisis de prestaciones	105
7.1.4	Análisis de costo de prestaciones	117
7.2	Seguro Nacional de Maternidad y Niñez	121
7.2.1	Análisis de atenciones y facturaciones	123
7.2.2	Análisis de costo de prestaciones	126
7.2.3	Estudios de costos en la CNS	126
7.2.3.1	Costos Unitarios de Consulta Externa	127

CAPITULO VIII

CONCLUSIONES	129
---------------------	-----

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES	134
------------------------	-----

ADENDUM

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INDICE DE CUADROS

ESTRUTURA DE APORTES AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL (1956 - 1972)	Cuadro No. 1	Pág. 31
ESTRUCTURA DE GASTOS DE ADMINISTRACION (1956 - 1972)	Cuadro No. 2	Pág. 32
ESTRUCTURA DE INVERSION DE RESERVAS A LARGO PLAZO	Cuadro No. 3	Pág. 38
ESTRUCTURA DE APORTES AL SISTEMA (1972 - 1987)	Cuadro No. 4	Pág. 42
ESTRUCTURA DE APORTES PARA CORTO PLAZO (SEG. LEY 924)	Cuadro No. 5	Pág. 45
ESTRUCTURA DE APORTES PARA LARGO PLAZO	Cuadro No. 6	Pág. 45
EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA POBLACION PROTEGIDA SEGÚN INSTITUCIONES (1995)	Cuadro No. 7	Pág. 50
CNS: POBLACION PROTEGIDA SEGÚN TITULARES Y BENEFICIARIOS	Cuadro No. 8	Pág. 52
CNS: COMPOSICION PORCENTUAL DE LA POBLACION PROTEGIDA SEGÚN DEPARTAMENTOS	Cuadro No. 9	Pág. 53
CNS: RECURSOS HUMANOS	Cuadro No. 10	Pág. 55
CNS: RECURSOS HUMANOS, COMPORTAMIENTO Y EVOLUCION	Cuadro No. 11	Pág. 56
CNS. INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION 1991	Cuadro No. 12	Pág. 58
CNS: INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION 1993	Cuadro No. 13	Pág. 59
CNS: INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA Y HOSPITALIZACION 1996	Cuadro No. 14	Pág. 60
ESQUEMA DE PRESTACIONES EN ESPECIE DEL SEGURO DE ENFERMEDAD MATERNIDAD	Cuadro No. 15	Pág. 67
ESQUEMA DE PRESTACIONES EN DINERO DE LOS SEGUROS DE ENFERMEDAD MATERNIDAD Y RIESGOS PROFESIONALES	Cuadro No. 16	Pág. 68
CNS: INDICADORES SOBRE PRESTACIONES	Cuadro No. 17	Pág. 69
CNS: INDICADORES ECONOMICO FINANCIEROS	Cuadro No. 18	Pág. 71
INDICADORES ECONOMICO FINANCIEROS. TASAS DE CRECIMIENTO	Cuadro No. 19	Pág. 72
BALANCE GENERAL AL 31 DE DICIEMBRE DE 1996	Cuadro No. 20	Pág. 75
CNS: RESERVAS DE LOS SEGUROS DE E.M., I.V.M. Y R.P. (PATRIMONIO AL 31 DE DICIEMBRE DE 1996)	Cuadro No. 21	Pág. 77
CNS: OTRAS RESERVAS, PATRIMONIO AL 31 DE/12/96	Cuadro No. 22	Pág. 78
ESTADO DE INGRESOS Y EGRESOS POR LA GESTION 1996	Cuadro No. 23	Pág. 79

ESTADO DE RESULTADOS POR REGIONALES AL 31/12/96	Cuadro No. 24	Pág. 80
PRESUPUESTO 1997	Cuadro No. 25	Pág. 83
SEGURO NACIONAL DE VEJEZ, POBLACION AFILIADA A LA CNS, DICIEMBRE 1997	Cuadro No. 26	Pág. 98
RELACION DE POBLACION AFILIADA AL SEGURO NACIONAL DE VEJEZ CLASIFICADOS POR MESES Y DUODECIMA DE LA PRIMA, PERIODO ABRIL A DICIEMBRE/97	Cuadro No. 27	Pág. 101 a 103
CNS: EVOLUCION GENERAL DE HOSPITALIZACIONES Y CONSULTAS EXTERNAS	Cuadro No. 28	Pág. 106
SEGURO NACIONAL DE VEJEZ, RESUMEN NACIONAL DE PRESTACIONES, PERIODO ABRIL A DICIEMBRE/97	Cuadro No. 29	Pág. 107
SEGURO NACIONAL DE VEJEZ, ATENCIONES MEDICAS DE ACUERDO AL D.S. 24448 PERIODO ABRIL A DICIEMBRE DE 1997, LA PAZ	Cuadro No. 30	Pág. 108 a 110
SEGURO NACIONAL DE VEJEZ, ATENCIONES MEDICAS DE ACUERDO AL D.S. 24448, PERIODO ABRIL A DICIEMBRE 1997 LA PAZ, INTERIOR	Cuadro No. 31	Pág. 111 a 113
SEGURO NACIONAL DE VEJEZ, ATENCIONES MEDICAS DE ACUERDO AL D.S. 24448, PERIODO ABRIL A DICIEMBRE/97 HOSPITALIZACION LA PAZ INTERIOR	Cuadro No. 32	Pág. 114 a 116
CNS: FACTURACIONES POR ATENCIONES DEL SEGURO DE MATERNIDAD Y NIÑEZ (GESTION 1996 SEGUNDO SEMESTRE)	Cuadro No. 33	Pág. 124
CNS: CANCELACION DE FACTURAS GESTION 1996	Cuadro No. 34	Pág. 124
CNS: FACTURACION POR ATENCIONES AL SEGURO DE MATERNIDAD Y NIÑEZ GESTION 1997	Cuadro No. 35	Pág. 125
CNS: CANCELACION DE FACTURAS GESTION 1997	Cuadro No. 36	Pág. 125

ECONOMIA DE LOS SEGUROS NACIONALES DE VEJEZ, MATERNIDAD Y NINEZ

“El Impacto de los nuevos seguros en el sistema de seguridad social a corto plazo”

RESUMEN EJECUTIVO

La temática se ha desarrollado en nueve capítulos. En el primer capítulo se realiza la exposición de cuatro aspectos fundamentales: el problema que cuestiona la serie de reformas implementadas al interior del seguro social crean condiciones socioeconómicas para que la administración de los seguros a corto plazo sean transferidos a la empresa privada y específicamente cual el impacto en las estructuras económica, administrativa, financiera de prestaciones de la Caja Nacional de Salud. En base a ello, el planteamiento de la hipótesis, cuyo aspecto central dice que la incorporación de estos nuevos seguros no son diseñados con perfil técnico sino político, que estos seguros ocasionan alteraciones en el régimen económico financiero del sistema de seguridad social a corto plazo y que en consecuencia los objetivos implícitos de los decretos en cuestión fueron crear condiciones objetivas y subjetivas que justificaran en su momento la privatización de los entes gestores que administran servicios de salud. Para su demostración se plantean los objetivos de mostrar que los seguros económica administrativamente son contraproducentes al equilibrio económico, financiero e institucional de la Caja Nacional de Salud, utilizando para ello la construcción, análisis y evaluación de los principales indicadores económico financieros, prestaciones, etc. La metodología planteada consiste en el método praxeológico acerca de la Caja Nacional de Salud, en su contexto nacional y abarcando el período 1990 - 1997.

En el cuerpo de la tesis, se ha desarrollado (capítulos dos al cuarto) una marco teórico, primero, de la relación economía y seguridad social y posteriormente toda la concepción universal acerca del seguro social y la seguridad social, para concluir con un análisis histórico de la seguridad social en Bolivia.

En el capítulo quinto, según el método utilizado, se efectúa un diagnóstico técnico, económico y financiero de la Caja Nacional de salud, de la misma surgen las principales variables relativas a cobertura, recursos humanos, infraestructura, indicadores y costos sobre las prestaciones en especie y económicas, así como la situación económico financiera de la institución.

Puesta así la situación real de la Caja Nacional de Salud, se realiza una exposición de los contenidos, objetivos, campo de aplicación, alcances, financiamiento, administración, etc de los nuevos seguros dispuestos por los decretos 24303 y 24448, seguros nacional de maternidad y ninez y seguro nacional de vejez, para posteriormente realizar una comparación entre la situación normal y la situación con disposiciones legales nuevas para la Caja Nacional de Salud.

En el capítulo séptimo se realiza lo mencionado anteriormente, lo cual nos muestra el impacto generado en la primera institución nacional aseguradora, como puede mencionarse la explosión demográfica a los beneficios en contra de la capacidad instalada, así como el desfinanciamiento que se produce por razones de costo por concepto de primas y facturaciones así como la subestimación de los costos de operación de las principales prestaciones otorgadas por la Caja Nacional de Salud. Estos aspectos están dirigidos esencialmente a que las nuevas disposiciones en materia de seguros han causado impactos negativos en la estructura económica financiera así como desequilibrios funcionales, aspectos que se mencionaron en el planteamiento de la hipótesis.

Finalmente en los capítulos ocho y nueve se mencionan las conclusiones emergentes de la demostración así como la recomendación principal de la investigación, consistente en estudiar la universalización del sistema de seguridad social en base a un financiamiento sostenible basado en los impuestos.

ECONOMIA DE LOS SEGUROS NACIONALES DE VEJEZ, MATERNIDAD Y NIÑEZ

“El impacto de nuevos Seguros en el Sistema Nacional de Seguridad Social a Corto Plazo”

CAPITULO 1.-

PLANTEAMIENTO GENERAL

1.1. Consideraciones Preliminares.-

El Estado Boliviano, con el propósito de proteger, mejorar y recuperar cualitativamente la salud del capital humano del país, promulga mediante Ley de 14.12.56 el Código de Seguridad Social Boliviano. Esta norma legal define el modelo técnico de seguridad que básicamente consiste en que: El Estado a través del Ministerio de Salud y éste de sus Entes Gestores (Cajas), otorga prestaciones en salud y pensiones (rentas) a la población protegida (asegurados y beneficiarios), como contraprestación a aportes patronales, laborales y estatales.

Este modelo se halla fundamentado bajo los principios filosóficos doctrinales de: Universalidad.- busca la protección de todas las personas sin distinción alguna de actividad, asimismo busca la protección contra todos los riesgos y contingencias o contra todas las necesidades sociales; Solidaridad.- se refiere al mutuo respaldo y apoyo compartido (razón de

ser de la seguridad social); Integralidad.- las prestaciones a otorgar deben ser suficientes, completas y oportunas.

Desde la promulgación del Código de Seguridad Social mediante Ley de 14.12.56, el Sistema de Seguridad Social Boliviano, mas allá del dilema de sus bondades y deficiencias, experimentó de manera directa o indirectamente, reformas estructurales de diversa índole, que en su momento se denominaron: de racionalización, de reestructuración, de reglamentación, de normatividad, u otros, los que teóricamente siempre tendieron a mejorar el sistema; sin embargo en la práctica, otros fueron los resultados.

Así, tenemos la reforma estructural más importante que se experimentó en la historia de la seguridad social boliviana, la Ley 924 de 15.04.87, mediante la cual el Sistema de Seguro Integral vigente hasta entonces, se disgrega en sus dos componentes, por una lado el de Largo Plazo (Pensiones), y por otro el de Corto Plazo (Salud).

Sin embargo, como el modelo se basa jurídicamente en la Tesis Laboral, sólo los trabajadores con relación de dependencia (obrero – patronal) pueden acceder obligatoriamente al seguro social; entonces, nunca se implementaron medidas que tiendan a ampliar seria y significativamente la cobertura de la población asegurada, incorporando al sistema nuevos sectores económicos poblacionales importantes.

Es así, que por primera vez, de manera seria, se amplía sustancialmente los niveles de cobertura de la población asegurada con la promulgación de los Decretos Supremos Nos. 24303 de 24.05.96 y D.S. 24448 de 20.12.96, por medio de los cuales se crean nuevos regímenes: el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, y el Seguro Nacional de Vejez, seguros que permitieron incorporar a una enorme cantidad de bolivianos, que hasta entonces no accedían a los beneficios que otorga el Estado nacional a través de su sistema de seguridad social.

Aparentemente, tales seguros no fueron creados al calor del entusiasmo o el sentido humanitarista del gobierno de turno; puesto que se supone fueron producto de un estudio serio, responsable y eminentemente técnico de la problemática. Lo que en definitiva debió

suponer dos cosas: por un lado ampliar la cobertura nacional protegida, y por otra no afectar la situación económica, administrativa y financiera de la primera y más grande institución aseguradora del país (la Caja Nacional de Salud).

1.2. Justificación.-

En Bolivia, a título de mejorar, reestructurar, racionalizar u otros denominativos, se emiten disposiciones legales con objetivos explícitos bien definidos, y para bien de todos. Empero, estas disposiciones legales que debieran tener serios respaldos técnicos (estudios socio - económicos), sencillamente no las tienen, debido fundamentalmente a que los equipos “técnicos” que los preparan y elaboran, generalmente son de formación académica ajena a la pertinente. Estas falencias o deficiencias repercuten de manera “contraproducente” en la población beneficiada, o en el peor de los casos ocasionan efectos secundarios negativos en cadena que afectan la estabilidad económica, financiera y administrativa de los entes gestores.

Esta óptica del fenómeno, asimilada al presente caso, justifica plenamente el estudio técnico - económico a desarrollar.

1.3. Formulación del problema.-

La estructura administrativa y financiera con que cuentan los entes gestores y el desarrollo de sus actividades funcionales, definidas por disposiciones legales, se vieron seriamente afectadas en los últimos años, debido fundamentalmente a ciertas reformas estructurales que se vienen implementando - en un proceso por etapas- al interior del sistema de seguridad social boliviano:

Una primera fase, la Ley 924 de 15.04.87 dispone disgregar la administración integral del sistema en dos sistemas de seguros: el de Corto Plazo (salud) y el Largo Plazo (rentas), y de esta manera generar condiciones propicias para promulgar la Ley 1732 el 29.11.96 (mas

conocida como la Ley de Pensiones), mediante la cual prácticamente se privatiza el sistema de seguro a Largo Plazo, ya que se transfiere su administración a las Administradoras de Fondos de Pensiones (A. F. P. s).

En el marco del sistema de los Seguros de Salud , el 24 de mayo de 1996, según D.S. 24303, entra en vigencia el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, como un sistema de protección para las mujeres embarazadas y los niños menores de cinco años (enfermos con diarrea y neumonía). Considerando que cada año en nuestro país mueren 28.000 niños menores de 5 años y 1.000 mujeres por complicaciones del embarazo y parto; entonces el principal objetivo del seguro fue reducir la mortalidad materna en un 20 % y la mortalidad infantil en 25 % anuales. El modelo se financia con el 3% del 90% de los recursos de la Participación Tributaria que reciben las Alcaldías por concepto de coparticipación tributaria. Las entidades encargadas de brindar atención médica son: los establecimientos de Salud Pública y las Cajas de Salud.

El 20 de diciembre de 1996, mediante D. S. 24448 se crea el Seguro Nacional de Vejez con el propósito de brindar asistencia médica obligatoria y gratuita a las personas mayores de 65 años de edad, residentes en el territorio nacional, que no se encuentran aseguradas en el sistema de seguridad social a corto plazo. El modelo se financia con el 85% del canon de concesión de la Lotería Nacional privatizada. La entidad a cargo para las prestaciones en salud para este grupo poblacional será la Caja Nacional de Salud, que percibirá mediante las alcaldías 41 \$us. por persona afiliada.

Problema central.-

A dos años de vigencia de los D.S. 24303 (24.05.96) y D.S. 24448 (20.12.96), éstos seguros merecen ser evaluados técnica y científicamente, dejando de lado los intereses políticos, y sobre todo intentar descubrir los verdaderos objetivos implícitos que persiguen tales disposiciones legales en cuestión. Bajo esa perspectiva, independientemente de los efectos sociales y políticos que suponen la aplicación de los nuevos seguros de maternidad – Niñez y vejez, hasta qué punto y en qué medida éstos pueden sutilmente generar condiciones socio-

económicas para que la administración de los seguros a corto plazo sean transferidos a la empresa privada?

Problemas secundarios.-

Cuál el impacto real en las estructuras: económica financiera, administrativa y de prestaciones de la Caja Nacional de Salud?

- a) Porqué y hasta qué punto el modelo genera un proceso de auto desfinanciamiento afectando el equilibrio financiero?
- b) Hasta qué punto pueden ser negativos a nivel de las prestaciones?
- c) Cuál la incidencia a nivel de la población beneficiaria?
- d) Cuál el impacto en los costos de prestaciones: Consulta externa y hospitalización?

1.4. Marco referencial

Marco teórico.-

El capitalismo como sistema de producción, desde la óptica de la teoría ESTRUCTURALISTA, supone el funcionamiento interrelacionado de dos tipos de estructuras sociales: centrales y periféricas (países desarrollados y subdesarrollados). Esta relación que existe entre ambas estructuras socio económicas tiene características muy particulares, las que son analizadas por el enfoque DEPENDENTISTA.

Este enfoque, explica cómo y por qué la crisis productiva de los países centrales son transferidos via empresas transnacionales (productivas, financieras, comerciales y otras) a los países periféricos, generando en éstas crisis “estructurales” (terciarización, bajo crecimiento, racionamiento de capital, altas tasas de interés, desempleo e inflación), para cuya estabilidad suponen la imposición de determinadas

políticas de ajuste estructural, a las cuales no son ajenas los sistemas de seguridad social.

Naturalmente los sistemas de seguridad social se encuentran muy vinculados a las Políticas Económicas Nacionales. Es decir que la adopción de ciertos modelos de seguridad social responden siempre a los intereses económicos de determinadas estructuras sociales que se hallan en el poder.

En Bolivia, el modelo económico neoliberal imperante, obliga a reformar la seguridad social a fin de liberalizar grandes capitales que se encontraban cautivos en el sistema de seguridad social para luego ser reinyectados en la economía nacional vía inversiones en acciones o títulos valores, los que en definitiva deberán traducirse en un incremento de los niveles de empleo. Fue ésta teoría la que fundamentó y respaldó la transferencia de los seguros de largo plazo a las Administradoras de Fondos de Pensiones.

Respecto a los seguros de corto plazo, considerando que su desarrollo, desde la perspectiva empresarial puede ser altamente rentable, entonces corresponde teorizar de manera a priori su privatización, bajo argumentos eminentemente tecnico-científicos.

Marco conceptual.-

El Código de Seguridad Social, su Reglamentación y otras disposiciones legales conexas, definen claramente el marco teórico del Modelo de Seguridad Social Boliviano. Mientras que los D.S. 24303 y D.S. 24448 definen el marco conceptual de la problemática.

1.5. Objetivos.-

Objetivo general.-

Demostrar que el Seguro Nacional de Vejez y el Seguro Nacional Materno Infantil, mas allá de sus alcances sociopolíticos, económica y administrativamente son contraproducentes al equilibrio económico financiero e institucional de la Caja Nacional de Salud.

Objetivos específicos.-

Construir, analizar y evaluar el comportamiento de indicadores técnicos, a niveles de: Población Protegida; Prestaciones; y Económico Financieros. Por medio de los cuales se medirá el impacto en la estructura económica administrativa de la Caja Nacional de Salud

1.6. Delimitación del tema.-

La investigación abarcará el estudio del fenómeno temporalmente: periodo 1990 – 1997 y espacialmente: considerando que la CNS tiene administraciones regionales en los 9 departamentos del país, será de carácter nacional.

1.7. Planteamiento de hipótesis.-

Que los Seguros Nacionales de Maternidad - Niñez y Vejez, implementados según D.S. 24303 (24.05.96) y D.S.24448 (20.12.96) respectivamente, mas allá de sus objetivos sociales fueron diseñados con fundamentación política y no económica. Que su implementación ocasiona serias alteraciones en el régimen económico financiero del sistema de seguridad social a corto plazo y Que los objetivos

implícitos reales de los decretos en cuestión, fueron crear condiciones objetivas y subjetivas propicias que justificarán en su momento la privatización de los entes gestores que administran servicios en salud.

1.8. Metodología de la investigación.-

La metodología a aplicarse, para la elaboración de la tesis, consistirá en el método praxeológico, con una visión dinámica e interactiva de la realidad, encuadrados en una primera etapa en el enfoque convergente (deductivo) y una segunda etapa en el enfoque divergente (inductivo), donde la explicación causal de la problemática se dará mediante la interacción de los factores, y la demostración de la hipótesis se contextualizará en tiempo y espacio claramente definidos, es decir que:

Partirá de un análisis crítico sobre la crisis del sistema de seguridad social a corto plazo, y que en base a un diagnóstico situacional del fenómeno se estructure indicadores técnicos, económicos financieros, de prestaciones y administrativos que permitan interpretar, explicar y demostrar científicamente que los nuevos seguros no tuvieron ningún respaldo técnico aparte del socio político.

Y en definitiva analizar, medir y evaluar técnicamente el impacto en la CNS la implementación de los nuevos seguros.

Técnicas de Investigación

Paralelamente al método de investigación definido, se sumará un análisis matemático, estadístico, financiero contable y administrativo, los mismos que serán apoyados con encuestas, sondeos, y entrevistas de parte de los actores directos e indirectos de la problemática, capaces de revelar cualitativa y cuantitativamente el impacto de la aplicación de los seguros de Maternidad – Niñez y Vejez.

CAPITULO II

CONCEPTUALIZACION TEORICA DE LA PROBLEMÁTICA.-

El análisis de la seguridad social en Bolivia no puede abstraerse del fenómeno económico mundial, puesto que el sistema de producción capitalista define ciertos mecanismos indirectos de ingerencia y dependencia entre economías centrales con economías periféricas.

Un rápido análisis histórico de la relación entre economía y salud, permite advertir de que manera y hasta qué punto influye la economía de los países altamente desarrollados hacia las economías de los países subdesarrollados.

2.1 Teorización de la dependencia capitalista en la Seguridad Social.-

Para poder entender la relación de la economía con la seguridad social, es inevitable analizar el tema desde la perspectiva del desarrollo de las fuerzas productivas y las relaciones y diferencias que se dan al interior del sistema capitalista entre centro y periferie, donde las estructuras sociales asumen papeles específicos frente al problema salud, en función del grado de desarrollo industrial o en su caso del subdesarrollo.

Para ello, por metodología se hace necesario el estudio por períodos históricos:

2.1.1 Fines del siglo XIX a 1930

Estados Unidos, en este período experimenta un fuerte aceleramiento en su desarrollo industrial, principalmente en el desarrollo de su red ferroviaria (entre 1890 y 1913 se incrementa en un 143%)¹ que une los centros de consumo con los centros de producción. Paralelamente en América latina se experimenta un proceso de industrialización incipiente, que se caracteriza con la exportación de materias primas y algunos alimentos.

Los problemas de salud en ambas estructuras sociales obligan a que en los estados Unidos la atención sea hegemónica; mientras que en Latinoamérica la atención sólo se reduce a atención sanitaria (enfermería). En esta coyuntura, las compañías privadas de seguro ofrecen los llamados "Group Coverage" para las industrias a partir de 1917. De esta manera se evita la aparición de un sistema de seguro a cargo del Estado.

A estas alturas de la historia, la economía desarrollada enfrenta una crisis de recesión (acumulación de capital con depresión en la producción), cuya solución pasa por la exportación de capitales a países subdesarrollados que inyectan inversiones en los sectores primarios de la economía: agricultura y minería con el objeto de incrementar la producción de materias primas para su transferencia a los Estados Unidos. Es decir que los capitales invertidos en países subdesarrollados retornaban a los Estados Unidos en forma de materias primas, a precios de regalo.

En ambos escenarios, la fuerte explotación de la mano de obra, genera inevitablemente problemas de salud, los que con seguridad incidían en los niveles de productividad de los obreros y trabajadores, obligando al Estado, en Latinoamérica, tomar a su cargo las acciones sanitarias, con campañas nacionales frente a las enfermedades.

¹.- Avdak Polianski
LOS ESTADOS UNIDOS Y EL DESARROLLO INDUSTRIAL
1965

2.1.2 De 1930 a 1950.

Al igual que para Estados Unidos en la anterior etapa, el hospital se constituirá en Latinoamérica en el símbolo hegemónico de la práctica médica; se amplían las ganancias de los seguros comerciales al ingresar al campo médico, se abre el mercado subdesarrollado para productos hospitalarios provenientes de las economías desarrolladas.

En Estados Unidos, Roosevelt dicta la política del “New Deal” (nuevo trato), entre las que se encuentra el seguro social.

La excesiva acumulación de capital en Estados Unidos, es destinada a los países periféricos en forma de “ayuda económica”, la misma que es dirigida principalmente en la construcción de centros de salud y hospitales, por medio de convenios bilaterales sutilmente implementados.

La economías Latinoamericanas, y su modelo de producción vigente de Industrialización con sustitución de Importaciones de productos manufacturados, genera como contrapartida un modelo de asistencia médica donde las capas medias urbanas accederán al seguro social y a la medicina privada, los obreros al seguro social, y los desocupados y campesinos a la asistencia pública.

2.1.3 De 1950 a 1980.

En este periodo aparecen en estados Unidos las fusiones monopólicas y las multinacionales, en 1972 de las 100 corporaciones mas importantes, 57 fueron transnacionales ², los gastos médicos forman parte de las empresas y la atención se traspasa al Estado.

².- Comitte on Foreing Relations
USA - 1975

En Latinoamérica, se recibe grandes inversiones extranjeras dirigidas principalmente a los sectores de la construcción e infraestructura caminera (no se da importancia a los sectores primarios (minería, industria y agricultura).

2.1.4. De 1980 a la actualidad

La crisis inflacionaria en Latinoamérica en la década de los 80s, generada en las economías centrales, y la caída del socialismo, consolidan la potencia hegemónica de los Estados Unidos a nivel mundial y sobre todo frente a Latinoamérica. En este escenario, la ayuda económica: sea bilateral o multinacional (FMI, BM y otros) viene estrictamente condicionada a la implementación de determinadas políticas de ajustes estructural.

La política de ajuste estructural, como proceso, supone la aplicación de medidas permanentes y constantes definidas claramente por etapas:

La primera fase consistió en la aplicación de políticas económicas dirigidas a parar la espiral hiperinflacionaria. la segunda fase generó condiciones para la estabilidad gracias a políticas severas de austeridad a nivel salarial, la tercera fase significó los procesos de capitalización, la cuarta fase supuso la privatización del sistema de seguridad social a largo plazo (pensiones) que fueron transferidas a las AFPs.

Resta solo preguntarse, cuál la quinta fase?. La lógica racional señala, que dicha fase consiste en la inevitable privatización del sistema de seguridad social a corto plazo (salud), como antesala al despegue económico. Empero para ello, deben antes generarse ciertas condiciones que justifiquen la medida.

Esta investigación, en la modalidad de tesis, pretende precisamente demostrar que ciertas disposiciones legales, en definitiva, persiguen ese objetivo.

CAPITULO III

LA SEGURIDAD SOCIAL

3.1 Concepto y definiciones de Seguridad Social

3.1.1 Seguros Sociales.

Los seguros sociales son un conjunto de medidas destinadas a la protección de los trabajadores en las contingencias de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte (E.M., I.V.M. y R.P), además de riesgos profesionales por enfermedad y accidentes ocupacionales.

Su campo de aplicación se halla delimitada a los trabajadores por cuenta ajena (relación de dependencia), los riesgos que cubre alcanzan a determinadas contingencias (E.M., I.V.M. y R.P.), su financiamiento se basa en técnicas del seguro privado contributivo y su administración descentralizada del poder ejecutivo, se desarrolla bajo el sistema de entes gestores con representación antes tripartita (estatal, laboral y patronal), actualmente bipartita (laboral y patronal).

Una de las principales características de los seguros sociales es que necesariamente son obligatorios.

3.1.2 Seguridad Social.

Es todo un sistema protectivo, mas avanzado que el seguro social, pues su campo de aplicación alcanza a toda la población, y su cobertura protectiva es enteramente de carácter social protegiendo al ciudadano contra todas sus necesidades, constituyéndose en la práctica

parte integral de las Políticas Sociales del Estado, a diferencia del seguro social que sólo protege al trabajador.

La seguridad social, a través de sus instrumentos: los seguros sociales y la asistencia pública, tienen la finalidad de proteger la salud del capital humano del país con medidas preventivas, reparadoras y de rehabilitación, así como la concesión de los medios necesarios para el mejoramiento de las condiciones de vida de todo el grupo familiar.

En la práctica la seguridad social no se da, debido a su alto costo que significaría, y las dificultades administrativas que supondrían el servicio.

Consecuentemente, existen varias definiciones sobre seguridad social, así tenemos: "... La seguridad social en cuanto al hombre, es un derecho; en cuanto al Estado es una política; en cuanto a la ciencia jurídica es una disciplina; en cuanto a la sociedad, es un factor de solidaridad; en cuanto a la administración es un servicio público; en cuanto al desarrollo, es un factor integrante de la política general; en cuanto a la economía, es un factor de redistribución de la riqueza..."¹

Al respecto corresponde explicar que la definición desde el punto de vista de la economía que formula Carlos Martí, se refiere al modelo aplicado en Inglaterra denominado "Modelo no Contributivo", puesto que el régimen económico financiero que adopta dicho modelo se basa en el sistema de financiamiento de los "Impuestos". Este mecanismo sí permite una redistribución equitativa de los ingresos nacionales. Sin embargo esta definición no puede ser aplicada a los modelos latinoamericanos; puesto que éstos fueron copiados del modelo Alemán, denominado "Modelo Contributivo", en razón a que su sistema de financiamiento se basa en el aporte tripartito donde solamente participan el Estado, las Empresas y los Trabajadores con relación de dependencia, quedando exentos los sectores poblaciones independientes como gremiales, campesinos, artesanos y otros, perforando el principio de universalidad.

¹.- Martí Buñil, Carlos
DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Ed. España - Barcelona 1970

Otra de las definiciones importantes es: "... desde la perspectiva jurídica, la seguridad social es el instrumento estatal específico protector de necesidades sociales, individuales y colectivas, a cuya protección preventiva reparadora y recuperadora, tienen derecho los individuos, en la extensión, límites y condiciones que las normas dispongan, según permite su organización financiera..."²

3.2 Evolución histórica.

El término seguridad social se utiliza por primera vez el 14 de agosto de 1936, cuando el presidente de los Estados Unidos (Roosevelt) promulga la Social Security Act, como reacción del sistema económico a la grave crisis de 1929, cuyos fundamentos fueron establecidos por Otto Von Bismark y posteriormente por William Beveridge en Inglaterra, en plena primera guerra mundial.

Cabe recalcar que el modelo alemán se caracteriza por su sistema de financiamiento contributivo (aporte estatal, aporte, patronal y aporte laboral), mientras que el modelo inglés adopta un sistema de financiamiento no contributivo – impuestos.

Consiguientemente Beveridge, encargado por el gobierno Inglés para reformar los sistemas de previsión existentes, realiza un diagnóstico de éstos y determina que la colectividad debe vencer cinco grandes males como son la indigencia, las enfermedades, la ignorancia, la suciedad y la ociosidad; para afirmar su bienestar el mismo debe ser abordado a través de un plan integral, pues "es tiempo de revoluciones y no de remiendos" y precisamente sienta la premisa de la liberación de la necesidad mediante una adecuada y justa redistribución de la renta (ingresos nacionales). El nuevo sistema, al referirse a Almanza Pastor, "no puede reducirse a un mero conjunto de seguros sociales, sino que junto a ellos tiene cabida la

² Almanza Pastor, José Manuel
DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL.
1983

asistencia pública nacional, el servicio de salud, la ayuda familiar, y los seguros voluntarios; en otros términos se monta todo un sistema organizado de prestaciones de seguridad social, con basamento en los principios de universalidad y solidaridad nacionales como un derecho, sin obligación para el beneficiario.

En definitiva, la seguridad social se caracteriza por:

- a) Su campo de aplicación de personas protegidas abarca a toda la población del país, sin discriminación alguna, o sea que comprende a nacionales como a extranjeros.
- b) Su campo de aplicación a cubrir es el de todos los riesgos y contingencias.
- c) El financiamiento de la seguridad social será efectuado a través de cotizaciones globales de los trabajadores, las contribuciones del estado y los aportes patronales, o en el mejor de los casos vía impuestos,
- d) La administración será directamente efectuada por el Estado (Ministerio de Seguridad Social).

Por lo tanto, la seguridad social absorbe a los seguros sociales, en razón de la amplitud de sus objetivos, pues ésta al lado de sus medidas protectoras persigue impulsar el desarrollo económico y social de los sectores mas deprimidos.

3.3. Principios de la seguridad social.

Los principios de la seguridad social constituyen las directrices que inspiran directa o indirectamente una norma de acción, o dicho de otro modo son ideas rectoras, centrales, fundamentales e informadoras. Llamados también principios filosóficos o doctrinales. Entre los más importantes se tienen:

3.3.1 Principio de universalidad

El principio de universalidad se subdivide en:

a) Universalidad en el campo de aplicación de personas protegidas.-

Tiende a la protección de la población en general, sin interesar si está empleada o no (por cuenta propia o ajena); no distingue entre hombres o mujeres, nacionales o extranjeros, católicos o protestantes. Su ámbito alcanza a todas las personas y sus familias que habitan un territorio y no se halla condicionada a que contribuya o no al sistema de seguridad social. En definitiva, debe protegerse a toda la población de un país.

b) Universalidad en los riesgos cubiertos.-

Se refiere a que la mayor parte de los infortunios, contingencias o necesidades, deben hallarse protegidas por mecanismos no solamente reparadores, sino también preventivos y/o en su caso recuperadores o rehabilitadores. Para cuyo efecto se utilizan los mecanismos: asistencia social y seguros sociales.

Las contingencias o necesidades básicas a cubrir son: alimentación, vestimenta, habitación y naturalmente salud, además de educación y formación cultural.

La asistencia social es un instrumento reparador de necesidades básicas, mediante servicios públicos del Estado y con financiamiento del tesoro general de la nación; mientras que el seguro social como parte integrante de la seguridad social, cuenta con recursos propios dentro de su misión de proteger mediante prestaciones a sus asegurados frente a los riesgos y contingencias expuestos como la enfermedad, maternidad, riesgos profesionales, invalidez, vejez y muerte.

3.3.2 Principio de solidaridad

La solidaridad es una de los principios fundamentales de la seguridad social, en realidad se constituye en "*su razón de ser*", pues se expresa de dos maneras: a través de la solidaridad económica y de la solidaridad social.

Mediante la solidaridad económica, la sociedad asume la responsabilidad del sustento de un régimen de seguridad social que alcance a todos los que necesitan protección frente a necesidades, expresándose este principio mediante la contribución mayor de quienes perciben mayores ingresos con relación a las contribuciones cuantitativamente menores de aquellos que a su vez cuentan con menores ingresos, o en su caso los seguros sociales se financiaran con recursos del estado que proviene de recaudaciones impositivas.

En cuanto a la solidaridad social, se opera un encuentro generacional entre las generaciones jóvenes (económicamente activas) con aquellas que no los son (niños, minusválidos, etc.) o aquellas que han dejado de serlo (ancianos, jubilados o rentistas), e inclusive generaciones vivientes a favor de fallecidos, o también las personas sanas por los enfermos.

3.3.3 Principio de unidad en los riesgos.-

La seguridad social es un sistema destinado a proteger a las personas en caso de infortunios, contingencias y necesidades, a cuya cobertura están destinadas las prestaciones, de tal manera que para cada uno de los infortunios, contingencias o necesidades existen un instrumento o prestación para remediarlo.

Como ejemplo: ante el riesgo profesional, se tiene las prestaciones sanitarias correspondientes y paralelamente se cuenta con prestaciones de carácter económico, mientras dure la incapacidad. Pero cuando la incapacidad persiste por tiempo definido o indefinido, entonces se brinda la prestación renta en función al grado calificado de incapacidad.

En otros términos, cuando una prestación ha cumplido con su cometido inicial y aún el riesgo no fue reparado totalmente, entonces se abre otra prestación.

3.3.4 Principio de igualdad y proporcionalidad.-

Rige el principio de igualdad en cuanto todos los sujetos protegidos deberán tener igualdad de trato en los servicios de la seguridad social (especialmente en prestaciones sanitarias), pues no puede haber discriminación en función de las contribuciones o aportes que pueden haber efectuado: el gerente de una empresa recibirá el mismo tratamiento médico u hospitalario que al más humilde de sus trabajadores.

En tanto que el principio de proporcionalidad se refiere a que las contribuciones o los aportes que hacen los asegurados o protegidos tendrán la misma proporcionalidad porcentual en función de sus ingresos, sin importar la magnitud de las mismas.

3.3.5 Principio de oportunidad.-

“...Las prestaciones deben ser oportunas, para actuar en el momento en que hacen falta...”.³

En efecto, las prestaciones no cumplirán su cometido si son servidas con demora como usualmente ocurre; una prestación sanitaria deberá ser otorgada por el estado en cuanto sea requerida por el sujeto protegido o asegurado; el pago debe ser inmediato en gastos de funerales; la cancelación de rentas también serán oportunas mensualmente.

3.3.6 Principio de unidad de gestión.-

³.- Martí Bufill, Carls
DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Ed. España – Barcelona 1970

Con el objetivo de no duplicar recursos económicos, humanos y materiales en la administración de la seguridad social se consideró conveniente la vigencia de una sólo institución nacional (ente gestor) encargada de la atención de los sujetos protegidos; pensando que por efecto de la atención a numerosos asegurados los costos de las prestaciones serían menores (basado en el principio de Economías de Escala).

3.3.7 Principio de Internacionalidad.-

La seguridad social no cumpliría sus objetivos si se reduce a un determinado territorio nacional; sus principios universalistas imponen su vigencia más allá de las fronteras, puesto que se trata de un derecho del hombre donde éste se encuentre.

La migración laboral en el mundo actual obliga a la necesidad de contar con instrumentos que garanticen el reconocimiento de los derechos de los trabajadores y las personas mismas, en cualquier lugar del mundo sin considerar su nacionalidad.

Por ello se deduce que un sistema completo de seguridad social no solo debe limitarse a prestar servicios contra las contingencias ya mencionadas; sino que debe buscar la ocupación de la mano de obra de la población, a través de una política del pleno empleo.

3.4 Prestaciones.-

La prestación es un instrumento idóneo que la disposición legal establece para reparar o remediar contingencias de carácter social que pueden manifestarse en un conjunto de necesidades que van desde la pérdida de la salud por riesgos comunes, los accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y pérdida de la seguridad económica por causas diversas.

Es decir, las prestaciones constituyen una respuesta a los infortunios, contingencias y/o necesidades que según la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.) son las siguientes:

a) Contingencias sociales físicas.-

La Enfermedad, Invalidez, Vejez, Maternidad, Accidente y Muerte.

b) Contingencias sociales económicas.-

Desocupación involuntaria, Jubilación y Asignaciones familiares.

Por consiguiente, la preservación de la salud es uno de los pilares principales en que se asienta la seguridad social, por lo que para su cuidado y conservación se tienen tres mecanismos: la acción preventiva, curativa y rehabilitadora.

Para la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social.

3.4.1 Prestaciones sanitarias.-

Las prestaciones sanitarias por enfermedad son:

a) **Prestaciones sanitarias preventivas.-**

El estado vía asistencia pública desarrolla campañas preventivas de vacunación con el objetivo de reducir los índices de morbilidad y mortalidad infantil.

En la seguridad social, con población menor que la atendida por la asistencia pública, la medicina preventiva es muy importante, ya que la ejecución de programas específicos para los asegurados puede prevenir afecciones a su población asegurada, que en definitiva se traducirá en la reducción del costo del seguro de enfermedad. La medicina social, puede obligar la asistencia de sus asegurados a los planes de medicina preventiva o respetando la libertad de los mismos motivando mediante incentivos a la asistencia anual de exámenes

médicos generales o especializados que pueden dar lugar a un diagnóstico precoz de una enfermedad que puede controlarse en sus inicios; el control médico prenatal de la mujer embarazada, el control odontológico, catástrofes pulmonares, vacunaciones contra epidemias y otras acciones que pueden prevenir graves efectos posteriores como ocasionar estados de invalidez irreversibles.

b) Prestaciones sanitarias curativas.-

Las prestaciones sanitarias por enfermedad son atendidas por un conjunto de medidas tales como la medicina general, especializada, hospitalaria, servicios auxiliares de diagnóstico y la provisión de medicamentos.

La medicina general está establecida en todos los centros asistenciales de la seguridad social y es la primera instancia a la que acude un paciente, que después de verificado su estado puede ser derivado a la especialidad que corresponda o en su caso disponerse su internación. Naturalmente, la provisión de medicamentos por parte de la seguridad social ocupa un lugar muy importante en las prestaciones para la curación del paciente asegurado.

La atención médica está destinada a todos los casos en que por enfermedad común, accidente de trabajo o enfermedad profesional sea requerida, estos últimos dentro del seguro de riesgos profesionales a corto plazo.

Como estas prestaciones no pueden ser otorgadas de manera indefinida, en razón de su naturaleza reparadora, se determina períodos fijos de duración para el otorgamiento de dichas prestaciones que alcanzan conforme lo recomienda la norma mínima de la seguridad social ⁴ a: *26 semanas de duración*, susceptibles de prorrogarse por otras 26 semanas cuando existan fundadas razones para obtener el restablecimiento total de la salud del asegurado, calificado por una junta multidisciplinaria de carácter médico administrativo (Comisión de prestaciones).

⁴ Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)
CONVENIO No. 102 - NORMA MINIMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Ginebra (Suiza) - 28.06.52

La maternidad es igualmente objeto de atención por parte del sistema de seguridad social, que obliga a la madre a sujetarse a controles periódicos pre y post natales, además de prestarse atención médica especializada en el alumbramiento y la pediatría para el recién nacido, dentro de períodos entre seis semanas antes y seis semanas después del parto en el caso de la madre, y durante tres meses o período que el médico considere para el recién nacido. Tales prestaciones se otorgan en centros médicos del seguro social.

Por último, existe el sistema de reembolso, mediante el cual el asegurado puede adquirir el servicio en otra entidad, inclusive privada, a su costa y demandar el reembolso en su entidad aseguradora, siempre que hubiera sido autorizado por la entidad aseguradora a la que pertenece. Lo mismo sucede con la provisión de medicamentos o la utilización de servicios auxiliares de diagnóstico.

c) Prestaciones sanitarias rehabilitadoras o recuperadoras.-

El prevenir y reparar no serían suficientes en las contingencias sociales, especialmente generadas por el riesgo en el trabajo, cuando no de enfermedades o accidentes comunes. La seguridad social ha creado centros médicos especializados para la rehabilitación de personas inutilizadas (rehabilitaciones con prótesis). El beneficio que se obtiene del otorgamiento de estas prestaciones es que las personas inutilizadas pueden recuperar su capacidad de percibir ingresos a través de su ubicación en lugares adecuados de la actividad laboral, volviendo a ser útiles a su familia y a la sociedad.

3.4.2 Consideraciones sobre prestaciones económicas.-

Cuando un asegurado se enfrenta a contingencias como la enfermedad, el riesgo profesional o finalmente la muerte, repercute de manera dramática para su familia, que no solamente pierde a una de sus más importantes componentes, sino que también la fuente – quizá la única – de ingresos económicos al hogar.

La estabilidad económica alcanzada dentro de la actividad laboral, de pronto se desmorona al acaecimiento de una enfermedad, un estado de invalidez, la confrontación de un riesgo profesional o finalmente la vejez, ni que decir del desempleo involuntario.

Frente a ese panorama, la seguridad social, brinda prestaciones económicas para aliviar o remediar la situación del asegurado y de su familia, que les permitan sortear los infortunios, contingencias o necesidades.

3.4.3 Prestaciones económicas.-

Las prestaciones económicas dependen de la amplitud del campo de aplicación de riesgos cubiertos y naturalmente de cuanto permita su organización financiera.

La primera de las prestaciones a cubrirse es por *incapacidad temporal*, ya sea por enfermedad o accidente laboral, que provendrá del seguro de enfermedad a través de un subsidio de carácter económico que tiende a suplir el salario de manera temporal, y será cancelado hasta que el asegurado puede retornar a su actividad laboral.

Sucede lo mismo con el subsidio que se reconoce en el caso de *maternidad* a la madre trabajadora.

En tanto que por Invalidez, no generada por enfermedad o accidente laboral, se le asigna una renta temporal condicionada a exámenes médicos que pueden determinar sus suspensión y su retorno a su actividad laboral.

La Vejez también es sujeta de estas prestaciones, puesto que se otorga una renta mensual, condicionada a un número de cotizaciones antes 180 cotizaciones mensuales, (ahora 300 cotizaciones)⁵, y en función a la edad (antes 55 años, ahora 65 años).

El seguro por causa de muerte genera un reconocimiento de rentas de orden periódico para la viuda y para los hijos (denominado Derecho Habientes), hasta el cumplimiento de la mayoría de edad de los hijos.

Con el propósito de mejorar los niveles de rentas básicas (60 % del último salario promedio), se crearon los regímenes de rentas complementarias (40 % del último salario promedio), significando que en el anterior sistema se podía acceder a un 100% de renta respecto al último salario.

3.4.4 Prestaciones de asignaciones familiares.-

Otro de los instrumentos con que cuenta la seguridad social son las prestaciones de asignaciones familiares, con exámenes periódicos, distribución de productos lácteos por maternidad (prenatal y postnatal), y los subsidios de natalidad como un premio por cada hijo que nace.

Estos programas de ayuda familiar, dependerán naturalmente de la política de seguridad social que implementan las naciones.

3.5 Financiación de la Seguridad Social.

3.5.1 Fuentes de financiación

⁵.- Ley 1732 de 29.11.96
LEY DE PENSIONES
Nuevo modelo de seguridad social privado con capitalización individual.

Desde los seguros sociales hasta la seguridad social, el tema del financiamiento es el más controversial, por los resultados obtenidos en distintos países, aplicando fórmulas relacionadas con las cotizaciones o con los impuestos.

Una de las fuentes más importantes que tiene la seguridad social, es aquella que se encuentra ligada plenamente con el mercado laboral (o tesis laboral), es la “cotización o aporte” que realizan los trabajadores, los empleadores y eventualmente el Estado, todos en función del salario del trabajador. Este modelo fue aplicado por primera vez en Alemania en 1889 por Otto Von Bismark.

La otra fuente de mayor significación es aquella que proviene de los impuestos. Modelo que fue aplicado por primera vez en Inglaterra, por Beveridge.

Una tercera fuente es “la mixta” cuyo financiamiento proviene de los aportes y los impuestos.

3.5.2 Sistemas de financiamiento

Los recursos que financian la seguridad social, independientemente de origen de su procedencia, constituyen grandes capitales sujetos a *sistemas de capitalización* financiera, sobre todo aquellos que sustentan los regímenes a largo plazo; en cambio los recursos destinados a financiar los regímenes de corto plazo (E.M. y R.P.) se hallan sujetos al sistema de *Reparto Simple*, en virtud a que el compromiso del gasto es inmediato.

* Considerando que el presente trabajo se circunscribe en el análisis de los seguros de corto plazo, el mismo que adopta un régimen económico financiero de reparto simple, entonces por metodología no será necesario efectuar un estudio del régimen financiero perteneciente a los seguros de largo plazo, que adopta sistemas de capitalización individual y colectiva.

3.5.2.1 Sistema de Reparto Simple.-

Cuando el sistema programa la recepción y el gasto de los recursos en un período de tiempo determinado, periodo que generalmente es un año, este sistema no es más que un simple reparto. Los regímenes de corto plazo – salud (E.M. y R.P.) aplican éste sistema de financiamiento, en el entendido de que el gasto coincide con el ingreso de las cotizaciones o aportes que mensualmente se perciben, no genera excedentes.

3.5.2.2 Sistema de capitalización

De Aplicación general en los regímenes de largo plazo (L.V.M. y R.P.), consiste en la acumulación e inversión de recursos financieros, buscando una rentabilidad (generalmente fue siempre la tasa bancaria) que permitan garantizar el gasto futuro en el pago de rentas.

* Se reitera que no se hará un estudio detallado sobre los sistemas de capitalización debido a que el tema de investigación se limita a los seguros de corto plazo.

3.6. Organismos internacionales en seguridad social

3.6.1 Organización Internacional del Trabajo (O.I.T)

El 28 de junio de 1919 se firma el Tratado de Versalles, por el que se pone fin a la primera guerra mundial, asimismo se crea la Liga de las Naciones (precedente a la ONU), cuyo brazo ejecutor de una política mundial de justicia social fue la Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.), que fue creada con el mencionado tratado.

La O.I.T desde sus inicios tenía los objetivos de: velar por la reglamentación de las horas de trabajo, la fijación del tiempo de duración mínimo de un trabajo de una semana, las condiciones del reclutamiento de la mano de obra, la previsión de la desocupación, la garantía de un salario que asegure condiciones adecuadas de existencia, la protección de los obreros

contra enfermedades generales o profesionales y los accidentes que resulten del trabajo, la protección de los niños, los jóvenes y de las mujeres, las pensiones acordadas a la vejez, a los inválidos, entre los mas importantes.

No obstante la desaparición de la Liga de las Naciones, la O.I.T. mantuvo sus actividades afirmando los avances reivindicativos de los trabajadores y logró que los países no consideraran al trabajo como una mercancía y que reconozcan a los trabajadores sus derechos como personas humanas.

3.6.2 La Asociación Internacional de la Seguridad Social

Fundada en 1927, la Asociación Internacional de la seguridad Social (A.I.S.S.) tiene por objetivos la defensa, la promoción y el desarrollo de la seguridad social en todo el mundo.

La A.I.S.S. es una organización universal que agrupa instituciones oficiales encargadas de la gestión de la seguridad social. Mantiene relaciones privilegiadas con la O.I.T. y goza del estatuto consultivo ante el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

La Asociación realiza tres tipos de actividades:

3.6.2.1 Actividades Técnicas

Que se confían a Comisiones Técnicas Permanentes y permiten examinar desde una perspectiva mundial problemas propios de cada rama de la seguridad social (enfermedad, maternidad, vejez, invalidéz, sobrevivencia, riesgos profesionales, desempleo, cargas familiares) o comunes a todas las ramas (por ejemplo actuarial y estadístico, organización y métodos, aspectos jurídicos).

3.6.2.2 Actividades regionales

En América, África, Asia, Europa y otros, se organizan conferencias, foros, seminarios regionales y otras reuniones técnicas, así como cursos de formación y especialización de personal intermedio de organizaciones miembros.

3.6.2.3 Actividades de investigación y documentación

Que permiten analizar la evolución y las tendencias en el ámbito de la seguridad social internacional, y determinar perspectivas futuras sobre la base de las mismas. Entre otras comprenden la organización de reuniones de investigación, estudios y encuestas, así como la recopilación y difusión de información técnica.

3.6.3 La Organización Iberoamericana de seguridad Social (O.I.S.S.)

Fundada por Carlos Martí Bufill en 1950, con estatutos aprobados en diciembre de 1995, que definen a la O.I.S.S. como un organismo internacional técnico y especializado, que tiene por finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por los idiomas español y portugués, mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en seguridad social, siendo sus funciones: Promover cuantas acciones relacionadas al objetivo de lograr progresivamente la universalización de la seguridad social en su ámbito de acción; Colaborar en el desarrollo de los sistemas de seguridad social, prestando el asesoramiento y la ayuda técnica necesarias a sus miembros; Actuar como órgano permanente de información y coordinación de experiencias; Desarrollar y promover el estudio, la investigación y el perfeccionamiento de los sistemas de seguridad social; Capacitar al personal que desarrolla funciones en las instituciones de seguridad social; intercambiar experiencias entre países miembros; Promover la adopción de normas internacionales de seguridad social que faciliten la coordinación entre los sistemas y favorezcan la internacionalización del derecho de la seguridad social.

3.6.4 La Conferencia Interamericana de seguridad social (C.I.S.S.)

Se reunió por primera vez en Santiago de Chile en 1942 con el principal objetivo de desarrollar actividades de promoción de la seguridad social en el ámbito de la América Latina, especialmente en la capacitación, formación y especialización de recursos humanos de instituciones miembro.

Sus objetivos y demás fines son análogos a los desarrollados por los organismos internacionales a los que antes se hizo referencia.

CAPITULO IV

LA SEGURIDAD SOCIAL EN BOLIVIA

4.1 Antecedentes

Durante el periodo pre código de seguridad social boliviano, se suscitaron una serie de acontecimientos sociales que obligaron a la promulgación de algunas disposiciones legales con el objetivo de favorecer a los trabajadores.

- El 11 de diciembre de 1921 se estableció un régimen de retiro de los trabajadores de la enseñanza, en este mismo año se crea la Caja de Jubilaciones, Pensiones y Montepíos para el ramo judicial.
- El 25 de enero de 1924, se crea el Ahorro Obrero Obligatorio.
- El 7 de diciembre de 1926 se dicta la Ley de Jubilaciones Bancarias.
- El 2 de diciembre de 1942 se establece el seguro social obligatorio contra accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- El 11 de octubre de 1951 se instituye el seguro social obligatorio, fundamentándose en el principio de responsabilidad social y en la tesis laboral del seguro.

4.2 El Código de Seguridad Social en Bolivia

Desde 1940, bastantes comisiones hicieron trabajos técnicos en el país, con la posibilidad de implementar un sistema de seguridad social en Bolivia. Dichos trabajos desembocaron en la promulgación de la Ley del Código de Seguridad Social el 14 de diciembre de 1956. Código que fue producto del trabajo de técnicos nacionales a la cabeza de Louis de Baptista, y Carlos Marti Bufill (técnicos de la O.I.T.).

El Código de Seguridad Social Boliviano, dividido en los regímenes de seguro Social Obligatorio y Complementario Facultativo para Invalidez, Vejez y Muerte, se funda en los principios de solidaridad económica y social, universalidad en su campo de aplicación de contingencias cubiertas y de personas protegidas, unidad legislativa y de gestión.

Dicho Código se constituye en: "... un conjunto de normas que tiende a proteger la salud del capital humano del país, la continuidad de los 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, incluida la vivienda de interés social..."¹

Por ello, en el Código se consignan ocho de las nueve contingencias recomendadas por el Convenio 102 de la O.I.T., relativo a la Norma Mínima de la Seguridad Social: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, Invalidez, Vejez, Muerte, Asignaciones Familiares y Vivienda de interés Social.

- Si Bien el Código de Seguridad Social fue concebido como un ambicioso instrumento de protección integral de la población nacional, sin embargo en la práctica sus principios fueron aplicados parcialmente al resquebrajarse *la solidaridad económica y social* por la adopción de la denominada "*tesis laboral*" que limitó el principio de universalidad, en el campo de aplicación, únicamente los trabajadores asalariados podían acceder al sistema, quedando excluidos los trabajadores por cuenta propia.
- Otros principios de Código como la unidad legislativa y la unidad de gestión fueron también parcialmente aplicados al fusionarse a la Caja Nacional de Seguridad Social solo algunos de los entes gestores vigentes a la promulgación del código, y no otras Cajas sectoriales que lograron mantenerse con autonomía administrativa y técnica (ferrovianos, petroleros, bancarios, etc.).

¹.- Sussy Saavedra de Blomberg
CÓDIGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Título I, Capítulo I, Art. Iro
Ed. Epsilon – La Paz, Bolivia, 1993

4.3. El Código de Seguridad Social y su economía en Bolivia

La historia de la seguridad social boliviana obliga por metodología a subdividir el análisis en función de hechos históricos importantes: de 1956 promulgación del C.S.S.; 1959 Promulgación del Reglamento de Seguridad Social; 1972 1ra. reforma estructural al Sistema de seguridad social denominada: de racionalización; 1987 2da. Reforma estructural del sistema: disgregación en la administración de regímenes de Corto y Largo Plazo; 1996 promulgación de la Ley de Pensiones, Seguro Nacional de Vejez, y Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

Asimismo, el análisis será de carácter crítico, como variable dependiente de la economía nacional boliviana, e identificará claramente el grado de dependencia de la seguridad social en sus sistemas más importantes: Administración o gestión, Campo de aplicación, y Financiamiento.

4.3.1 Periodo: 1956 a 1972

El 14 de diciembre de 1956 se promulga el Código de Seguridad Social Boliviano, el mismo que es definido por el sistema económico vigente que genera un particular modelo de seguridad social en Bolivia.

El modelo de seguridad social planteado por el Código de Seguridad Social se basa en el modelo contributivo Alemán, diseñado por Otto Von Bismark. Y no así del modelo inglés elaborado por Beveridge que basa su sistema de financiamiento en los impuestos.

Aquí corresponde plantear los primeros cuestionamientos .

En Bolivia (1956) después de la 2da. Guerra mundial, se desarrollaba una política económica denominada de desarrollo hacia adentro con sustitución de importaciones. Como contraparte

a las políticas económicas de desarrollo hacia afuera aplicado por países desarrollados, en el marco de un modelo económico de liberalismo clásico.

Bien, en dicha coyuntura mundial existían 2 modelos de seguridad social: uno el contributivo (con restricciones de relación obrero patronal) y otro el no contributivo (basado en impuestos y prestaciones verdaderamente universal). Entonces, porqué en Bolivia se impone el modelo contributivo?. Sencillamente porque en Bolivia la intención nunca fue el de contar con un sistema de seguridad social que favorezca o proteja a toda la población nacional.

4.3.1.1 Sistema de Administración

Se establece en el Código las entidades o instituciones que tendrán a su cargo la administración de los beneficios o prestaciones de la seguridad social, así se determina que los entes gestores son:

- La Caja Nacional de Seguridad Social
- La Caja de Seguro Social de los Trabajadores Ferroviarios, Aéreos y R.A.
- La Caja de Seguro Social Militar

Se establece además la estructura orgánica institucional, conformada por:

- Consejo de Administración
- Consejo Ejecutivo
- Gerencia General y Gerencia Técnica
- Administraciones Regionales

Todas las prestaciones tanto del seguro social obligatorio como de las asignaciones familiares, correspondían al poder ejecutivo por medio del entonces denominado Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el mismo que tenía las funciones de tuición, orientación, supervisión y coordinación, mediante su Dirección Nacional de Seguridad Social.

4.3.1.2 Sistema de Campo de Aplicación

El C.S.S. define y determina su sistema de campo de aplicación como: "...obligatorio, para todas las personas nacionales o extranjeras, de ambos sexos, que trabajan en el territorio de la República y prestan servicio remunerado por otra persona natural o jurídica, mediante designación, contrato de trabajo o contrato de aprendizaje, sean estos de carácter privado o público, expresos o presuntos..."².

Consecuentemente, se exceptuaba de la sujeción al Código a:

- La población de gremiales, artesanos, campesinos, trabajadores independientes y desocupados.
- Los que ejecutan trabajos ocasionales o eventuales por periodos inferiores a un mes.

4.3.1.3 Sistema de Financiamiento

El sistema financiero establecido por el Código se sustenta fundamentalmente en el *principio de solidaridad*, determinándose para los seguros de corto y largo plazo (E. M. - I.V.M. y R.P.) se aplique el *Sistema de Reparto Simple* para el primero y un *Sistema de Capitalización Colectiva con Prima Escalonada* para el segundo.

El siguiente cuadro muestra la estructura de ingresos financieros al sistema de seguridad social definidos por el C.S.S.

² - Sussy Saavedra de Blomberg
CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Titulo I, Capitulo II, art. 6to.
Ed. Epsilon – La Paz, Bolivia, 1993

**ESTRUCTURA DE APORTES
AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL**

(en %)

1956 - 1972

Cuadro No. 1

APORTE	E.M.	I.V.M.	ASIG.FAM.	COTIZAC. TOTAL
PATRONAL	(*)	(*)	13%	34%
LABORAL : Activos	2.5%	5%		7.5%
Pasivos	5 %			
ESTATAL				1 A 5%
TOTALES - NETO				46.5%

FUENTE.- Elaboración propia.

(*).- El C.S.S. no especifica que tasas corresponden a los regímenes de E.M. y I.V.M respectivamente

El Cuadro No. 1 muestra que las cotizaciones, o los también llamados aportes, a cargo de los trabajadores activos eran: 2.5% para los regímenes de enfermedad y maternidad; 5% para los regímenes de invalidez vejez y muerte, ambas cotizaciones se calculaban sobre el total ganado de salario, sin limitación alguna.

Los trabajadores pasivos solo tenían derecho a los seguros de corto plazo (E.M.) aportando con el 5% de su renta percibida.

Los empleadores contribuían con el 21% sobre el monto de las planillas salariales de sus trabajadores, sin limitación alguna, además aportaban con el 13% para asignaciones familiares sobre el total de salarios sin limite.

Consecuentemente el sistema de seguridad social, en sus inicios, contó con una tasa total de cotizaciones de 46.5% respecto al total de la masa salarial, de los cuales el aporte patronal significaba un 34%, los aportes del sector laboral y pasivo un 12%.

Pero también el C.S.S. determinó la participación del Estado como Estado (no como empleador) con una tasa del 1% respecto al monto total de la masa salarial del 1er. Año, 1.5% para el 2do año hasta alcanzar un 5% desde el 6to. año a adelante.

Los cuadros siguientes señalan la estructura de gastos de administración y la estructura de inversiones de las reservas pertenecientes al seguro de largo plazo:

**ESTRUCTURA DE GASTOS
DE ADMINISTRACION
1956 - 1972**

Cuadro No. 2

OBJETO DE GASTO	TASA (en %)
Seguro Social Obligatorio	12%
Asignaciones Familiares	8%
TOTAL GASTOS DE ADMINISTRACION	20%

FUENTE.- Elaboración propia

**ESTRUCTURA DE INVERSION
DE RESERVAS - LARGO PLAZO
1956 - 1972**

Cuadro No. 3

INVERSION	TASA	RENTABILIDAD	PLAZOS
Construcción y equipos de establecimientos Asistenciales para prestaciones de E.M.	60%	--	--
Industrias de carácter social	10%	5% anual	15 años
Bienes raíces (acciones)	20%	8% anual	--
Préstamos individuales	10%	8% anual	15 años
TOTALES	100%		

FUENTE.- Elaboración propia

Los cuadros No. 2 y No. 3 revelan que la estructura de gastos estaba compuesta dos grandes rubros, por un lado los gastos de administración significaban: 12% del total de los aportes, para el seguro social obligatorio y 8% para asignaciones familiares; por otro lado, el C.S.S. permitía inversiones de las reservas para potenciar el financiamiento de los seguros a largo plazo: 60 % para construcción y provisión de equipos para establecimientos asistenciales destinados a las prestaciones de enfermedad y maternidad, 10% para inversiones en industrias de carácter social (ambos a una rentabilidad de 5% de interés anual a 15 años plazo); 20% inversiones en bienes raíces, acciones o títulos valores, garantizados por el Estado (procurando una rentabilidad mínima del 8% anual); y el último 10% destinado a préstamos individuales a los asegurados (a una tasa de interés de 8% anual amortizables a un plazo máximo de 15 años) ³

³.- Sussy Saavedra de Blomberg
CODIGO DE SEGURIDAD SOCIAL: Titulo IV, Cap. I, II, y III
Ed. Epsilon, La Paz - Bolivia, 1993

El 30 de septiembre de 1959 mediante D.S. 5315 se promulga el Reglamento del Código de Seguridad Social, disposición legal que establece algunos ajustes y/o vacíos técnico administrativos y normas específicas que regulan con mayor detalle el funcionamiento del sistema de seguridad social. Producto de ello los sistemas analizados se caracterizaron por:

4.3.1.4 Sistema de administración

El Reglamento del Código de Seguridad Social establece que las instituciones encargadas de la administración de los diferentes seguros, serán:

- Caja Nacional de Seguridad Social
- Caja de Seguro Social de ferroviarios
- Caja de Seguro Social Militar
- Caja de Seguro Social Bancario y R.A.
- Caja de Seguro Social de Trabajadores Petroleros

4.3.1.5 Sistema de campo de aplicación

El R.C.S.S. reglamenta y legaliza la distribución poblacional protegida respecto a su administración delegada a las diferentes Cajas o entes gestores.

4.3.1.6 Sistema de financiamiento

El sistema de financiamiento se mantiene como una obligación tripartita (Estado, empleadores y trabajadores), el Reglamento del Código de seguridad Social define y establece la forma de control y sanciones, a los infractores de estas normas legales, ante la Contraloría general de la república, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y la Sala de Seguridad social de la Corte nacional de Trabajo.

4.3.2 Periodo: 1972 a 1987

En este periodo se establece una nueva etapa en la seguridad social boliviana, debido a que el Plan de Estabilización Económica aplicada por el gobierno de entonces, comprende un ajuste estructural en el sistema de seguridad social, promulgándose así el D.L. 10173 el 28 de marzo de 1972, denominado: “Racionalización de la Seguridad Social”.

Dicha medida modifica substancialmente las estructuras funcionales del sistema, que hasta entonces se hallaba en vigencia.

Durante este periodo, en Bolivia, el Plan de Estabilización Económica aplicado significó en definitiva la implantación de 2 nuevos patrones de acumulación de capital: una, captación de recursos financieros de varias fuentes externas y empresas públicas internas, que fueron canalizados íntegramente a los sectores empresariales privados; y otra que se refiere a la reinversión de los excedentes en la ampliación del capital permitiendo una expansión y crecimiento importante del sector empresarial nacional.

Como se puede advertir, el objetivo central de la política económica entonces vigente, fue le de fortalecer a las empresas privadas, otorgándoles bastantes facilidades en el acceso a créditos bancarios, y ablandamiento en las presiones tributarias (liberalización de impuestos en la importaciones de bienes intermedios e insumos de producción).

Es en ese escenario en que se aplica el Plan de Racionalización de la Seguridad Social (D.L.10173 de 28.03.72), buscando fundamentalmente, al margen de reformas administrativas, disminuir los aportes patronales.

4.3.2.1 Sistema de administración

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública ejerce las funciones de planificación, organización, tuición, coordinación y control de las instituciones de seguridad social.

La estructura organizacional también sufrió modificaciones, debido a presiones principalmente del área médica. Entonces las Cajas contaban con un Presidente de Directorio; un Directorio tripartito y paritario con representantes estatales, laborales y patronales; una Gerencia General; una Gerencia Técnica; y Departamentos, Divisiones y Administraciones Regionales. Luego se creó el Departamento Médico que el tiempo inmediato se convirtió en Gerencia Médica.

4.3.2.2 Sistema de campo de aplicación

Se establece la estratificación de la población asegurada de acuerdo a la actividad económica, los que serán afiliados y protegidos por distintos entes gestores.

4.3.2.3 Sistema de financiamiento

Las cotizaciones al sistema (en \$b.) vigentes desde el C.S.S., por efecto de la crisis económica (Antes de 1972) sufrieron una fuerte devaluación respecto al dólar norteamericano, reduciéndose drásticamente su poder adquisitivo. Además que dichos aportes se hallaban gravadas al salario básico y no así al total ganado; mas aún si en algunas instituciones aseguradoras existía un tope cotizable.

Por tales razones, los aportes al sistema, por efecto del D.L. 10173, se estructuró de la siguiente manera:

**ESTRUCTURA DE APORTES
AL SISTEMA**

Cuadro No.4

APORTE	E.M.y R.P	I.V.M. R.P.	ASIG.FAM	COTIZAC. TOTAL
PATRONAL	8%	4%	3%	15%
LABORAL	2%	1.5%		3.5%
ESTATAL				1.5%
TOTAL APORTES				20%

FUENTE.- Elaboración propia.

Consecuentemente, el sistema contaba con un 20% respecto al total de masa salarial (total ganado).

4.3.3 Periodo: 1987 a 1995

Considerando que el país, producto de una segunda crisis estructural profunda, caracterizada por un proceso hiperinflacionario incontrolable, ingresa a una economía libre de mercado (D.S. 21060). Asimismo, por efecto de tal situación se produjo también una nueva reestructuración en el sistema de seguridad social con la promulgación de la Ley 924 y el D.S. 21637.

Dichas disposiciones legales no hacen otra cosa que disgregar la administración de los seguros de corto y largo plazo, con el objetivo fundamental de preparar condiciones objetivas y subjetivas para la transferencia de los seguros a largo plazo (I.V.M. y R.P.) a las Administradoras de Fondos de Pensiones (A.F.Ps.), situación que se cumplió con la promulgación de la Ley de Pensiones L- 1732 de 29.11.96. ocasionando en definitiva en el sistema de seguridad social profundas transformaciones.

4.3.3.1 Sistema de administración

La administración del seguro integral (C.P. y L.P.) se divide en dos: Los regímenes de I.V.M. - R.P. se encomienda su administración a las A.F.Ps. y los regímenes de E.M. – R.P. a las Cajas de Salud.

El entonces Instituto Boliviano de Seguridad Social (I.B.S.S.) creada en 1973 como organismo rector de la seguridad social, con facultades técnicas de dirección, control y fiscalización, recibe facultades de superintendencia, determinando la estructura organizacional de los entes gestores. Con el objetivo “disque” de disminuir los efectos de la crisis sobre el sistema, se crea el Fondo nacional de Reservas (FONARE), entidad que al controlar las cotizaciones del sector público y privado, debió equilibrar la economía de las instituciones deficitarias.

Considerando que en tal coyuntura, las rentas del sector pasivo se devaluaron drásticamente, los sectores laborales fueron creando sus Fondos Complementarios, con el objetivo de mejorar los niveles de prestaciones en rentas o pensiones.

Asimismo, el régimen de Asignaciones Familiares (Prenatal, Postnatal y Natalidad), quedó íntegramente bajo la responsabilidad de los empleadores.

La Ley de Ministerios, modifica la estructura administrativa del Instituto Boliviano de Seguridad Social, creando la Secretaría Nacional de Pensiones, dependiente del Ministerio de Desarrollo Económico y Hacienda otorgándole tuición sobre los seguros a largo plazo. Mientras que los seguros de corto plazo dependen del Ministerio de Desarrollo Humano.⁴

⁴.- El 15 de enero de 1994, mediante D.S. 23716 se disuelve el IBSS y se crea en su lugar el Instituto Nacional de Seguros de Salud (INASES) y el Instituto Nacional de Seguros de Pensiones (INASEP).

El INASES, para cumplir con sus facultades de normar, controlar y dirigir los regímenes de Enfermedad, maternidad, Riesgos Profesionales a corto plazo y Asignaciones Familiares, asumió su propia estructura orgánica y la de todo el sistema. (ver Anexo No. 1).

4.3.3.2 Sistema de campo de aplicación

Por efecto de la crisis económica, las empresas públicas y privadas no pudieron cumplir con los aportes al sistema, generándose altos niveles de morosidad y una tendencia a disminución en la población protegida.

Tal situación, obligó a que los entes gestores (Cajas de Salud) desarrollaran políticas de incorporación al sistema de nuevos sectores laborales creando un nuevo régimen: el SEGURO VOLUNTARIO, dirigido a personas sin relación obrero patronal.

Bajo ese régimen, se afiliaron - no por mucho tiempo - a la Caja nacional de Salud, sectores como la Liga Profesional del Fútbol Boliviano, la Federación Nacional de Voceadores de Periódicos, la Asociación de Orfebres y Relojeros y otros, alcanzando un crecimiento en la población protegida a 1992 de 19.82%.⁵

4.3.3.3 Sistema de financiamiento

La Ley 924 es una disposición (Ley Financial) que determina el régimen financiero del estado; por tanto la principal transformación dirigida a la seguridad social es en el aporte o cotización.

Para los seguros a corto plazo: Enfermedad, Maternidad, Riesgos Profesionales, y Asignaciones Familiares, se establece una tasa de cotización de 10% sobre planilla salarial a

⁵.- Anuario Estadístico - 1992
Caja Nacional de Salud
Ed. Casegural - LP 1992

cargo de la parte patronal. Para el régimen básico de largo plazo: Invalidez, Vejez y Muerte y Riesgos profesionales, una tasa de cotización del 5% como aporte patronal, 5% de aporte laboral, de acuerdo a la siguiente distribución:

**ESTRUCTURA DE APORTES
PARA CORTO PLAZO**

Cuadro No. 5

APORTES	E.M.- R.P.	TOTAL
Patronal	10%	10%
Laboral	-	-
Estatad	-	-
TOTAL		10%

FUENTE.- Elaboración propia

**ESTRUCTURA DE APORTES
PARA LARGO PLAZO**

Cuadro No.6

APORTE	LABORAL	PATRONAL		TOTAL
REGIMEN	I.V.M.	I.V.M. - R.P.		
Básico	1.5%	3.5%	0.5%	5.5%
Complementario	3.5%		1.0%	4.5%
TOTAL	5%	3.5%	1.5%	10%

FUENTE.- Elaboración propia

En 1990, se elimina el FONARE y se crea el FOPEBA (Fondo de Pensiones Básicas) entidad que administra todo el régimen básico de largo plazo, se incrementa el salario mínimo

nacional y se implanta la Renta Básica Mínima, mejorando de alguna manera las rentas históricas afectadas o devaluadas por la inflación.

CAPITULO V

DIAGNOSTICO TECNICO ECONOMICO DEL SISTEMA ANTES DE LA PROBLEMÁTICA

5.1 Generalidades

Desde la promulgación del Código de Seguridad Social y su Decreto Reglamentario en Bolivia, bajo la tesis laboral, sus principios técnico – filosóficos, su régimen financiero de reparto simple y de capitalización (integral), la entonces Caja Nacional de Seguridad Social, creada legalmente para la administración del sistema integral de seguridad social, no pudo desarrollar sus actividades como indicaban las disposiciones legales, debido a que por presiones de tipo sindical se aceptó el funcionamiento paralelo de otros entes gestores independientes – ajenos a la CNSS – como las Cajas Ferroviarias, la Petrolera y otros, perforándose de éste modo el principio de unidad de gestión.

En 1972, por efecto de la crisis económica nacional se implementan políticas de estabilización (dolarización de la economía), las que indirectamente ocasionaron la elevación en los costos de las prestaciones.¹

Algunas grandes empresas “mineras sobre todo” se resistieron a afiliarse a la CNSS, consiguiendo también bajo presiones, administrar sus recursos (aportes) bajo el artificio de “Delegación”. Es decir que los recursos financieros en calidad de aportes destinados a la CNSS se quedaron en tales empresas bajo el pretexto de atender particularmente sus necesidades de atención en salud.

Los convenios de Delegación estipulan que, después de la conclusión de cada gestión (1 año), las empresas mineras deben presentar al ente gestor sus Estados Financieros, a objeto de que

¹ D.L. 10173 de 28.03.72
Decreto de racionalización del sistema
De seguridad social.

según estudios técnico económicos, los superávits de la administración del seguro de corto plazo deberán ser transferidos al ente gestor, y en el caso de que el resultado arroje déficits, éstos deberán ser absorbidos por las empresas.

Estas conciliaciones, tan importantes, nunca se realizaron, obviamente en perjuicio y desmedro del equilibrio económico financiero de la CNS.

De ahí en adelante, el sistema como tal sufrió una innumerable cantidad de cambios y reformas, que con el objetivo de mejorar los sistemas administrativos, creación del sistema de Medicina familiar, uniformar las tasas de cotizaciones, y cuantías en las prestaciones económicas, solo lograron desvirtuar la esencia del sistema. Es así, que se crearon los seguros sociales obligatorios complementarios, vivienda de interés social y otros.

Al respecto es importante aclarar lo siguiente: Si bien es cierto que los seguros obligatorios complementarios fueron creados para mejorar las rentas de los pasivos, en la práctica sólo sirvieron para favorecer a unos pocos. Puesto que al interior de las instituciones se practicaron políticas de favoritismos desmedidos, debido a que los trabajadores que estuvieron cerca de jubilarse, en sus últimos años, fueron favorecidos con incrementos salariales desmedidos a objeto de mejorar sus promedios de renta, ocasionando un “desfinanciamiento progresivo en el total en las reservas matemáticas”. En definitiva, producto de ello fue el resultado conocido: insostenibilidad del sistema de fondos complementarios.

Similar situación, se experimentó en los Fondos de Vivienda; puesto que nunca se supieron los destinos de los aportes por tales conceptos, tampoco hicieron aparecer viviendas.

Posteriormente, el 15.04.87 se promulga la Ley 924 que disgrega definitivamente la administración de los regímenes de corto y largo plazo. Esta disposición fue reglamentada por el D.S. 21637, la misma que disuelve contable y legalmente a la CNSS y crea la CNS como entidad gestora en la administración de seguros de salud, mientras que para la administración de los seguros a largo plazo se crea el Fondo Nacional de Reserva (FONARE).

5.2. La CNS y el sistema de seguridad social

El cuadro No. 7 muestra que a fines de 1995 la CNS cuenta con el 82.74% del total de los afiliados al sistema nacional de seguridad social. Esto significa que de la población total asegurada al sistema de 1.724.605 personas (cotizantes y beneficiarios), 1.424.393 se hallan protegidas por la CNS.

El segundo lugar en población protegida, se halla ocupada por la Caja Petrolera que cuenta con 4.62% de afiliados respecto al sistema. Los demás lugares corresponden a los otros entes gestores con menor participación en cobertura.

El total de la población protegida se compone por población activa, población pasiva y listas pasivas. La población activa es cubierta en su generalidad también por la CNS, ya que de un total de 386.669 personas cotizantes el 80.63% son afiliados de la CNS más sus 872.515 beneficiarios. Es decir que por cada asegurado cotizante se hallan protegidos 3 beneficiarios en promedio.

La población pasiva (jubilados y rentistas) afiliada a la CNS alcanza a 94.927 personas de un total de 119.784 asegurados al sistema. A ello se suman sus 106.503 beneficiarios.

Las listas pasivas (beneméritos, viudas de beneméritos, Instituto Boliviano de la Ceguera) hacen un total de 38.658 personas aseguradas, incluidos sus beneficiarios. Cabe señalar que esta población en su totalidad sólo es cubierta por la CNS.

Este panorama, muestra claramente la enorme importancia de la CNS como ente gestor dentro del sistema nacional de seguridad social.

De tal modo que, por metodología, el estudio de la problemática formulada, se centrará en la primera institución aseguradora del país (CNS), como un fiel reflejo de la situación global del sistema.

**EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL Y LA POBLACION PROTEGIDA
SEGUN INSTITUCIONES**
1995

Cuadro No. 7

INSTITUCION	TOTAL POBLACION	Porcentaje	POBLACION ACTIVA		Benef. por Cotizante	POBLACION PASIVA		LISTAS PASIVAS	
			COTIZANTES	%		ASEGURADOS	%	ASEGURADO	BENEFIC
TOTAL POBLACION	1.721.605	100%	386.669	100%	3.00	119.784	100%	30.523	8.135
Caja Nacional de Salud	1.424.393	82.74	311.790	80.63	3.00	94.927	79.25	106.503	8.135
Caja Petrolera de Salud	79.581	4.62	22.655	5.86	2.00	5.410	4.52	4.831	
Caja Ferroviaria de Salud	38.468	2.23	4.190	1.08	3.00	8.473	7.07	13.743	
Caja Bancaria Estatal de Salud	5.823	0.34	1,089	0.28	2.00	1,625	1.36	1,463	
Caja de Salud de la Banca Privada	19,146	1.11	7,575	1.96	1.00	763	0.64	1,130	
Caja de Salud de Caminos	31,811	1.85	7,865	2.03	3.00	1,484	1.24	1,117	
Caja de Salud de CORDES	23,310	1.35	6,326	1.64	2.00	921	0.77	1,685	
Seguro Integral CORDECruz	3,253	0.19	824	0.21	2.00	147	0.12	294	
Seguros Sociales Universitarios	31,589	1.83	9,561	2.47	2.00	1,600	1.34	1,031	
Seguro Social Universitario La Paz	8,647	0.50	2,743	0.71	2.00	4,941	0.50	355	
Seguro Social Universitario Cochabamba	6,987	0.41	2,010	0.52	2.00	4,346	0.36	204	
Seguro Social Universitario Santa Cruz	4,878	0.28	1,721	0.45	2.00	2,909	0.12	104	
Seguro Social Universitario Chuquisaca	2,594	0.15	730	0.19	2.00	1,658	0.13	53	
Seguro Social Universitario Oruro	4,158	0.24	1,136	0.29	2.00	2,788	0.09	125	
Seguro Social Universitario Potosi	1,661	0.10	489	0.13	2.00	1,033	0.06	72	
Seguro Social Universitario Tarija	1,255	0.07	367	0.09	2.00	778	0.06	37	
Seguro Social Universitario Trinidad	1,409	0.08	361	0.09	3.00	23	0.02	81	
COSSMIL	64,231	3.73	14,794.00	3.83	3.00	4,434	3.70	3,678	

FUENTE.- Elaboración propia en base a datos proporcionados por el Instituto Nacional de Seguros de Salud La Paz, 1998

5.3. Diagnóstico técnico económico de la CNS

5.3.1 Evolución de la población protegida

La Caja Nacional de Salud como la entidad mas grande del sistema nacional, desde sus inicios siempre se hizo cargo de por lo menos el 80% del total de los asegurados y beneficiarios.

Es así, que las estadísticas durante el periodo 1983 a 1996 muestran el comportamiento de la población asegurada a la CNS por tipo de población: Población Activos, Población Pasivos, y Listas Pasivas.

Desde 1983 a 1987, por efecto de la crisis económica, se experimenta un descenso en los niveles de población general protegida (titular y beneficiarios) alcanzando tasas de crecimiento negativas, debido a que muchas empresas quebraron, cerraron o desaparecieron, dando de baja a sus dependientes. Esto es que de 1.327.657 asegurados o protegidos en 1983, descendieron a 1.060.244 asegurados en 1987.

A partir de 1988, por efecto de la Política de Ajuste Estructural (D.S.21060 de 29.08.85, D.S.21660 de 10.07.87 y la Ley 924 de 15.04.87) aplicado en el país, se incrementó la población protegida, alcanzando un ritmo de crecimiento positivo promedio de 3.48% hasta 1996 (1.475.816 de población protegida: titulares y beneficiarios).

El Cuadro No. 9 muestra la composición porcentual de la población afiliada a la CNS según departamentos, reflejando en términos generales que del 100% de la población afiliada, el 31.69% corresponden a los titulares o cotizantes y el 68.31 % corresponden a beneficiarios que pueden ser esposas, hijos, padres etc.

**CNS: POBLACION PROTEGIDA
SEGUN TITULARES Y BENEFICIARIOS**

Cuadro No. 8

AÑOS	COTIZANTES ACTIVOS		COTIZANTES PASIVOS		LISTAS PASIVAS		TOTALES		Indice		Tasa
	TITULAR	BENEFIC	TITULAR	BENEFIC	TITULAR	BENEFIC	TITULAR	BENEFIC	GRAL	Crec.	Crec
1983	303,514	840,734	61,851	54,410	43,222	23,926	408,587	919,070	1,327,657	100.00	-
1984	276,286	765,312	63,797	55,234	41,373	22,798	381,456	843,344	1,224,800	92.25	(7.75)
1985	275,180	762,251	65,973	56,198	41,365	22,143	382,518	840,592	1,223,110	92.13	(0.13)
1986	252,508	707,227	69,601	63,150	40,402	21,000	362,511	791,377	1,153,888	86.91	(5.21)
1987	226,096	633,070	72,741	68,545	39,918	19,874	338,755	721,489	1,060,244	79.86	(7.05)
1988	234,232	655,851	78,844	73,871	39,246	18,730	352,322	748,452	1,100,774	82.91	3.05
1989	249,180	697,705	84,722	79,779	36,841	16,724	370,743	794,208	1,164,951	87.74	4.83
1990	262,570	735,195	89,621	84,378	35,978	15,456	388,169	835,029	1,223,198	92.13	4.39
1991	274,781	769,387	95,735	90,842	34,607	14,286	405,123	874,515	1,279,638	96.38	4.25
1992	274,715	769,202	101,065	95,506	34,426	13,492	410,206	878,200	1,288,406	97.04	0.66
1993	288,228	807,033	92,112	100,637	33,145	12,250	413,485	919,920	1,333,405	100.43	3.39
1994	288,167	812,562	97,751	106,868	30,624	10,973	416,542	930,403	1,346,945	101.45	1.02
1995	311,790	872,515	94,927	106,503	30,523	8,135	437,240	987,153	1,424,393	107.29	5.83
1996	323,582	906,503	98,034	113,420	27,201	7,076	448,817	1,026,999	1,475,816	111.16	3.87

FUENTE.- Elaboración propia
La Paz, 1998

**CNS: COMPOSICION PORCENTUAL DE LA POBLACION PROTEGIDA
SEGUN DEPARTAMENTOS**

Cuadro No. 9

POBLACION PROTEGIDA	LA PAZ	CBB	S. CRUZ	ORURO	POTOSI	SUCRE	TARIJA	BENI	PANDO	Promedio
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
Ciudadanos activos	81.23	77.22	91.47	70.04	72.53	86.10	88.54	91.63	92.76	83.50
Titular	21.33	20.32	24.07	18.43	19.09	22.66	23.30	24.11	24.41	21.97
Beneficiario	59.88	58.90	67.40	51.61	53.44	63.44	65.24	67.52	63.35	61.20
Conyuge	14.11	13.41	15.89	12.17	12.60	14.95	15.38	15.92	18.11	14.73
Hijos	42.75	40.64	48.14	36.86	38.17	45.32	46.60	48.21	48.82	43.95
Padres y H.	2.99	2.84	3.37	2.58	2.67	3.17	3.26	3.00	3.41	3.03
Cotizaciones Pasivos	15.47	17.75	4.75	25.78	25.09	9.13	7.26	3.73	3.83	12.53
Titular	7.70	8.81	3.04	12.35	13.07	5.85	4.81	2.52	3.24	6.82
Beneficiario	7.77	8.94	1.71	13.42	12.02	3.29	2.44	0.14	0.59	5.59
Conyuge	2.14	2.58	0.66	3.09	2.98	1.31	0.86	0.35	0.24	1.58
Hijos	5.63	6.36	1.04	10.33	9.04	1.97	1.58	0.21	0.35	4.06
Listas Pasivas	3.30	5.03	3.78	4.18	2.38	4.77	4.21	4.21	3.41	3.92
Titular	2.43	3.56	2.68	2.99	1.71	3.40	2.87	2.87	2.77	2.81
Beneficiario	0.87	1.47	1.10	1.19	0.67	1.36	1.34	1.02	0.65	1.07
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100	100.00
Titular	31.50	32.69	29.80	33.78	33.86	31.91	30.98	30.25	30.42	31.69
Beneficiario	68.50	67.31	70.20	66.22	66.14	68.09	69.02	69.71	69.58	68.31

FUENTE.- Elaboración propia
La Paz, 1998

5.3.2 Evolución de Recursos Humanos

Los Recursos Humanos que utiliza la Caja Nacional de Salud para las prestaciones a sus asegurados, experimentó la siguiente evolución y comportamiento:

El cuadro No. 10 muestra la composición estructural del personal que presta servicios en la CNS, durante el período 1983 a 1996.

En 1983, el total de recursos humanos en la CNS alcanzó a 6.169 funcionarios, de los cuales 1.470 (el 23.8%) pertenecieron al personal Médico (Médicos, Odontólogos, Farmacéuticos y Laboratoristas), 3.387 (el 54.9%) al personal Paramédico (Enfermeras, Dietistas, y Técnicos) y 1.312 (21.3%) al personal administrativo.

Para 1996, después de 13 años, la composición del personal se mantuvo casi similar, ya que el 24.2% correspondían al personal médico, el 60.9% al personal Paramédico y el 14.9 % al personal Administrativo.

Por el lado del análisis histórico (1983 a 1996), el cuadro No. 10 revela que el personal médico se incrementó a un ritmo promedio de crecimiento de 1.25%. El personal Paramédico asumió una tasa de crecimiento promedio de 1.92%. Mientras que el personal Administrativo experimentó una contracción promedio de -1.62%.

Dichos indicadores muestran que la política de recursos humanos aplicada en la CNS siempre se encuadró en los niveles técnicos de racionalidad y distribución técnica de personal acorde a las necesidades exigidas por los asegurados. Es decir que los índices de crecimiento de personal, en la primera institución aseguradora del país, siempre se ubicaron por debajo de la tasa de crecimiento poblacional, justificando técnicamente el crecimiento vegetativo institucional.

Si bien es cierto que en algunos períodos se observan tasas de crecimiento negativos, obedecen a políticas internas de ajustes estructurales en la composición de personal que en

CNS: RECURSOS HUMANOS

Cuadro No. 10

RECURSOS HUMANOS	1983	%	1984	%	1985	%	1986	%	1987	%	1988	%	1989	%
PERSONAL MEDICO	1,470	23.8	1,494	23.3	1,576	24.3	1,466	23.3	1,477	30.4	1,504	25.1	1,579	25.1
MEDICOS	1,091		1,093		1,148		1,086		1,122		1,141		1,213	
DENTISTAS	132		139		153		133		136		137		134	
FARMACEUTICOS	138		147		142		150		119		122		144	
LABORATORIAS	109		115		133		97		100		104		88	
PERSONAL PARAMEDICOS	3,387	54.9	3,493	54.4	3,518	54.2	3,498	53.7	3,268	67.2	3,372	56.2	3,579	56.8
ENFERMERAS Y DIETISTAS	1,664		1,751		1,789		1,754		1,689		1,740		1,798	
TECNICOS EQUIPOS MEDICO	169		193		100		191		178		180		209	
SERVICIO Y MANTENIMIENTO	1,049		1,055		1,077		1,050		984		993		1,062	
ADMITIVO CENTROS SANITARIOS	505		514		552		503		417		459		510	
PERSONAL ADMINISTRATIVO	1,312	21.3	1,429	22.3	1,396	21.5	1,320	21.0	120	2.5	1,122	18.7	1,138	18.1
TOTAL PERSONAL	6,169	100	6,416	100	6,490	100	6,284	100	4,865	100	5,998	100	6,296	100

RECURSOS HUMANOS	1990	%	1991	%	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%	1996	%
PERSONAL MEDICO	1,516	23.9	1,594	28.2	1,606	25.2	1,582	24.5	1,598	24.2	1,749	24.6	1,727	24.2
MEDICOS	1,168		1,232		1,247		1,232		1,266		1,343		1,353	
DENTISTAS	126		132		132		124		129		181		149	
FARMACEUTICOS	122		125		121		127		109		127		116	
LABORATORIAS	100		105		106		99		94		98		109	
PERSONAL PARAMEDICOS	3,702	58.3	2,919	51.6	3,638	57.1	3,776	58.5	3,917	59.4	4,248	59.6	4,337	60.9
ENFERMERAS Y DIETISTAS	1,877		1,908		1,863		1,903		1,967		2,070		2,112	
TECNICOS EQUIPOS MEDICO	214		216		219		186		239		263		265	
SERVICIO Y MANTENIMIENTO	1,084		268		1,039		1,089		1,133		1,235		1,250	
ADMITIVO CENTROS SANITARIOS	527		527		517		598		578		680		710	
PERSONAL ADMINISTRATIVO	1,132	17.8	1,140	20.2	1,128	17.7	1,093	16.9	1,082	16.4	1,126	15.8	1,061	14.9
TOTAL PERSONAL	6,360	100	5,653	100	6,372	100	6,451	100	6,597	100	7,123	100	7,125	100

FUENTE: - Elaboración propia, LP - 1998

**CNS: RECURSOS HUMANOS
COMPORTAMIENTO Y EVOLUCION
(Tasas de crecimiento)**

Cuadro No- 11

AÑOS	P E R S O N A L						Tasa de	
	MEDICO	T.Crec	PARAMED	T.Crec	ADMTIVO	T.Crec	TOTAL	Crec
1983	1,470		3,387		1,312		6,169	
1984	1,494	1.63	3,493	3.13	1,429	8.92	6,416	4.00
1985	1,576	5.49	3,518	0.72	1,396	(2.31)	6,490	1.15
1986	1,466	(6.98)	3,498	(0.57)	1,320	(5.44)	6,284	(3.17)
1987	1,477	0.75	3,268	(6.58)	1,220	(7.58)	5,965	(5.08)
1988	1,504	1.83	3,372	3.18	1,122	(8.03)	5,998	0.55
1989	1,579	4.99	3,579	6.14	1,138	1.43	6,296	4.97
1990	1,516	(3.99)	3,702	3.44	1,132	(0.53)	6,350	0.86
1991	1,591	5.15	2,919	(21.15)	1,140	0.71	5,653	(10.98)
1992	1,606	0.75	3,638	24.63	1,128	(1.05)	6,372	12.72
1993	1,582	(1.49)	3,776	3.79	1,093	(3.10)	6,451	1.24
1994	1,598	1.01	3,917	3.73	1,082	(1.01)	6,597	2.26
1995	1,749	9.15	4,248	8.45	1,126	4.07	7,123	7.97
1996	1,727	(1.26)	4,337	2.10	1,061	(5.77)	7,125	0.03
PROM		1.25		1.92		(1.62)		1.11

FUENTE.- Elaboración propia

definitiva buscó incrementar y cualificar al personal Médico y Para médico a objeto de mejorar permanentemente las prestaciones de salud a los asegurados. Asimismo como contraparte el personal administrativo experimentó una reducción paulatina constante.

En términos generales, el total de funcionarios que prestan servicios en la CNS desde 1983 a 1996 creció a un ritmo promedio vegetativo de 1.11%, muy por debajo de la tasa de crecimiento poblacional boliviano.²

5.3.3 Infraestructura médica para prestaciones

La CNS - a nivel nacional- en 1991 contaba con 118 centros asistenciales de salud, de los cuales 31 policlínicos y policonsultorios fueron propios y ninguno en alquiler. Contaba con 39 Puestos médicos y sanitarios propios y 5 alquilados. Asimismo contaba con 22 hospitales propios y 19 alquilados y por último 2 clínicas propias (ver Cuadro No. 12).

Nótese que las regionales de La Paz, Cochabamba, Santa Cruz y Oruro son las que poseen mayor cantidad de infraestructura en salud, debido a que las actividades comerciales, empresariales, y mineras se centran con mayor dinamicidad en estas ciudades, significando asimismo mayor cantidad de dependientes sujetos al Código de Seguridad Social que obliga la afiliación del trabajador sujeto a relación obrero patronal.

Para 1993 (ver Cuadro No. 13) se tiene un ligero decremento en la cantidad de centros asistenciales en salud, ya que se cuenta con un total de 115 (3 centros médicos menos que en 1991). De los cuales 25 policlínicos son propios y 2 alquilados, 46 Puestos médicos sanitarios propios y 5 alquilados, 21 Hospitales son propios y 11 alquilados, y 2 clínicas propias.

².- Según el INE a 1996 la tasa de crecimiento de la población nacional es de 2.3%.

**CNS: INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA
Y HOSPITALIZACION
1991**

Cuadro No. 12

ADMINISTRACIONES REGIONAL	TOTAL	CONSULTA EXTERNA				HOSPITALIZACION			
		POLICLINICOS O POLICONSULTORIOS		PUESTOS MEDICOS Y SANITARIOS		HOSPITALES		CLINICAS	
		PROPIOS	ALQUILAD	PROPIOS	ALQUILD	PROPIOS	ALQUILD	PROPIOS	ALQUILD
TOTALES	118	31	0	39	5	22	19	2	0
La Paz	19	9		3	1	6			
Cochabamba	14	3		8		2	1		
Santa Cruz	16	2		4	2	1	6	1	
Oruro	14	2		5	2	4		1	
Potosi	4	1		2		1			
Sucre	9	2		3		1	3		
Tarija	3	1		1		1			
Trinidad	9	1		4		1	3		
Cobija	2	1					1		
Tupiza	4	1		2		1			
Uncia	3	1		1		1			
Uyuni	5	1		3		1			
Atocha	5	1		3		1			
Yacuiba	3	1					2		
Camiri	2	1				1			
Riberalta	2	1					1		
Vallegrande	2	1					1		
Guayaramerín	2	1					1		

FUENTE.- Elaboracion propia
La Paz, 1998

**CNS: INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA
Y HOSPITALIZACION**

1993

Cuadro No. 13

ADMINISTRACIONES REGIONAL	TOTAL	CONSULTA EXTERNA				HOSPITALIZACION			
		POLICLINICOS O POLICONSELTORIOS		PUESTOS MEDICOS Y SANTARIOS		HOSPITALES		CLINICAS	
		PROPIOS	ALQUILAD	PROPIOS	ALQUILD	PROPIOS	ALQUILD	PROPIOS	ALQUILD
TOTALES	115	28	2	46	5	21	11	2	0
La Paz	19	8	1	2	1	7			
Cochabamba	11	3		6		2			
Santa Cruz	16	2		6	2	1	4	1	
Oruro	11	2		3	2	3		1	
Potosi	3			2		1			
Sucre	6	1	1	3		1			
Tarija	3	1		1		1			
Trinidad	7	1		5		1			
Cobija	2	1					1		
Tupiza	4	1		2		1			
Uncia	4	1		2		1			
Uyuni	6	1		3		1		1	
Atocha	12	1		10		1			
Yacuiba	3	1		1				1	
Camiri	2	1						1	
Riberalta	2	1						1	
Vallegrande	2	1						1	
Guayaramerin	2	1						1	

FUENTE.- Elaboracion propia
La Paz, 1998

**CNS: INFRAESTRUCTURA DE CONSULTA EXTERNA
Y HOSPITALIZACION**

1996

Cuadro No. 14

ADMINISTRACIONES REGIONAL	TOTAL	CONSULTA EXTERNA				HOSPITALIZACION			
		POLICLINICOS O POLICONSELTORIOS		PUESTOS MEDICOS Y SANTARIOS		HOSPITALES		CLINICAS	
		PROPIOS	ALQUILAD	PROPIOS	ALQUILD	PROPIOS	ALQUILD	PROPIOS	ALQUILD
TOTALES	132	33	1	37	29	22	10	0	0
La Paz	17	10		2		5			
Cochabamba	12	3		7		2			
Santa Cruz	21	3		4	9	2	3		
Oruro	13	2		4	4	3			
Potosi	4	1		2		1			
Sucre	5	1	1	2		1			
Tarija	3	1		1		1			
Trinidad	8	1		6		1			
Cobija	2	1						1	
Tupiza	7	1		2	3	1			
Uncia	8	1		3	3	1			
Uyuni	6	1		3		1		1	
Atocha	12	1			10	1			
Yacuiba	3	1		1				1	
Camiri	2	1						1	
Riberalta	2	1						1	
Vallegrande	3	1				1		1	
Camargo	1	1							
Guayaramerin	2	1						1	
Montero	1					1			

FUENTE.- Elaboracion propia
La Paz, 1998

En 1996 se experimenta un notable incremento en la cantidad de infraestructura médica con que cuenta la CNS para la atención a sus asegurados (Cuadro No.14).

De manera general se tiene que de 115 en 1993, se incrementó en un 14.78% a 1996, significando un total de 132 centros médicos, de los cuales 33 Policonsultorios son propios y 1 alquilado, 37 Puestos médicos propios y 29 alquilados, 22 Hospitales propios y 10 alquilados.

Este crecimiento en la cantidad de centros médicos obedece a la necesidad de brindar mayor calidad y cantidad de prestaciones a la población asegurada que también se halla en constante crecimiento.

* Por último para 1996 el Número de camas instaladas en la Caja Nacional de Salud es de 2.295, con un índice de ocupación del 75%.³

5.3.4 Sistema de Prestaciones

Los Cuadros No. 15 y 16 explican con nitidez las prestaciones en especie y en dinero que brinda la CNS a sus asegurados, según regímenes de Enfermedad Maternidad y Riesgos Profesionales de Corto Plazo. Asimismo se detalla el campo de aplicación a personas protegidas, sus límites de concesión y sus requisitos.

La aplicación de dichos esquemas genera indicadores técnico económicos. Dichos indicadores son contruidos a partir de bases estadísticas que se evacuan en todos los centros médicos asistenciales que posee la CNS a nivel nacional.

- Es importante aclarar que la Comisión Regional Americana de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social, a través del grupo de trabajo designado en la VII

³ - ANUARIO ESTADÍSTICO 1996
Caja Nacional de Salud

reunión, (La Paz – Bolivia), se reunió en San José de Costa Rica, en noviembre de 1978 para considerar la información que sobre indicadores de seguridad social, proporcionaron doce países americanos.

El mencionado grupo de trabajo confeccionó el primer Catálogo Mínimo de Indicadores de la Seguridad Social, documento que resume la gran variedad de indicadores que se elaboran y utilizan dentro de los sistemas de seguridad social.

La evolución de tales indicadores durante los últimos diez años (1986 a 1996) revelan que:

5.3.4.1 Indicadores técnicos de Prestaciones.-

1.- Consultas por 1.000 personas protegidas.-

$$\frac{\text{Consultas}}{\text{Pers. Proteg.}} \times 1.000$$

En 1986	=	1.323.09
En 1996	=	1.596.38
Tasa crec. Prom	=	1.90 %

2.- Consultas por hora médica trabajada

$$\frac{\text{Consultas}}{\text{Horas trabajadas}} * 1.000$$

1986	=	0.75
1996	=	2.57
Tasa crec prom	=	13.11%

3.- Consultas Odontológicas por 1.000 personas protegidas

<u>Consultas odont.</u>	*	1.000
Pers protegidas		
1986	=	214.78
1996	=	174.18
Tasa crec prom	=	- 2.07 %

4.- Consultas de especialidades por 1.000 personas protegidas

<u>Consultas espec</u>	*	1.000
Pers. Protegidas		
1986	=	714.71
1996	=	817.90
Tasa crec prom	=	13.58%

5.- Consultas de maternidad por caso

<u>Consultas de maternidad</u>		
Partos		
1986	=	3.90
1996	=	4.56
Tasa crec prom	=	1.58 %

6.- Consultas subsiguientes por primera consulta

<u>Consultas subsiguientes</u>		
Primeras consultas		
1986	=	0.91
1996	=	0.80
Tasa crec prom	=	- 1.28 %

7.- Estancia hospitalaria por 1.000 asegurados

Estancia hospitalaria (días ocupación) * 1.000
Personas protegidas

1986	=	449.17
1992	=	348.55
Tasa crec prom	=	- 4.14 %

Tasa cruda de mortalidad hospitalaria por 1.000 egresos

Total fallecidos * 1.000
Total egresos

1993	=	31.89
1996	=	23.10
Tasa crec prom	=	- 10.19 %

8.- Estancia hospitalaria por 1.000 consultas

Estancia hospitalaria * 1.000
Consultas

1986	=	339.49
1996	=	234.29
Tasa crec prom	=	- 3.64 %

9.- Estancia por egreso de hospital

Estancia hospitalaria
Egresos hospitalarios

1986	=	11.09
1996	=	7.52
Tasa crec prom	=	- 3.81 %

10.- Camas hospitalarias por 1.000 asegurados

Camas hospitalarias (días cama) * 1.000
Personas protegidas

1986	=	735.73
1996	=	568.54
Tasa crec prom	=	- 2.55 %

11.- Partos por 1.000 asegurados

Partos * 1.000
Personas protegidas

1986	=	8.92
1996	=	34.96
Tasa crec prom	=	14.64 %

12.- Intervenciones quirúrgicas por 1.000 asegurados

Intervenciones quirúrgicas * 1.000
Personas protegidas

1986	=	13.29
1996	=	17.39
Tasa crec prom	=	2.73 %

13.- Índice de cesáreas (en %)

Nacimientos por cesárea
Total partos

1993	=	25.42
1996	=	28.50
Tasa crec prom	=	3.89 %

14.- Ocupación de camas hospitalarias (en %)

$$\frac{\text{Estancia hospitalaria (día ocupación)}}{\text{Camas hospitalarias (días cama)}} * 100$$

1986	=	61.05
1996	=	28.61
Tasa crec prom	-	- 6.66 %

**ESQUEMA DE PRESTACIONES EN ESPECIE
DEL SEGURO DE ENFERMEDAD Y MATERNIDAD**

Cuadro No. 15

REGIMEN DE SEGURO	PERSONAS PROTEGIDAS	PRESTACIONES	LIMITE DE CONCESION DE PRESTACIONES MEDICAS	REQUISITOS
ENFERMEDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurado Cotizante - Esposa o Conviviente - Esposo Invalído - Hijos legítimos, naturales (reconocidos), hijos adoptivos hasta los 19 años, o sin límite si son declarados inválidos - Hijos desde 19 hasta 25 años s/D.S. 20989 de 01.08.85 - Padre inválído - Madre - Hermanos huérfanos menores de 19 años, o sin límite si son incapacitados 	<p>Asistencia médica general y Especializada. Asistencia Hospitalaria</p> <p>Asistencia dental quirúrgica Atención médica Asistencia gral y hospitalaria Con 50 % de cancelación</p> <p>Suministro de medicamentos (medicina preventiva) Otros medios terapéuticos</p>	<p>26 semanas para una misma enfermedad en un periodo de 12 meses, y otras 26 semanas (si es necesario)</p> <p>El D.S. 10173 para pacientes con tuberculosis, amplia 26 semanas complementarias</p> <p>* Quedan excluidos de este beneficio los hijos casados y convivientes y los que viven independientemente</p>	<p>Estar asegurada en la CNS</p> <p>Presentar papeleta de pago de cualquiera de los dos últimos meses</p> <p>* Form AVC/04 Cedula de Identidad</p> <p>Certificados de estudios de la gestación</p>
	MATERNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> - Asegurada - Esposa o conviviente 	<p>Asistencia médica quirúrgica y hospitalaria. Suministro de medicamentos (medicina preventiva) Otros medios terapéuticos</p>	<p>Control prenatal durante el embarazo Asistencia del parto Asistencia en el puerperio y futuras complicaciones</p>

**ESQUEMA DE PRESTACIONES EN DINERO
DE LOS SEGUROS ENFERMEDAD MATERNIDAD
Y RIESGOS PROFESIONALES A CORTO PLAZO**

Cuadro No. 16

REGIM. DE SEGURO	SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORAL	REQUISITOS	MONTO DE LA PRESTACION
ENFERMEDAD	<p>A partir del 4to. día y por un máximo de 26 semanas en un periodo de 12 meses consecutivos.</p> <p>Puede darse por otras 26 semanas, si existe fundada posibilidad de evitar la invalidez; según el art. 16 del D.L. 10173 las prestaciones sanitarias para pacientes con tuberculosis pulmonar, amplia por otras 26 semanas complementarias</p>	<p>Acreditar un mínimo de 2 meses de cotizaciones anteriores a la enfermedad</p>	<p>El subsidio por incapacidad temporal por enfermedad común, es equivalente al 75% del salario cotizante percibido al inicio de la incapacidad.</p> <p>En caso de hospitalización, cualquiera que sean las cargas familiares del asegurado, se aplicará el mismo porcentaje</p>
MATERNIDAD	<p>La asegurada tiene derecho a percibir el subsidio de incapacidad temporal por 45 días; antes y después del parto.</p>	<p>Acreditar un máximo de 12 cotizaciones mensuales dentro de los 12 meses anteriores a la fecha del "Parte de Baja" por maternidad</p>	<p>El cálculo del subsidio de maternidad será equivalente al 90% del salario cotizante al inicio de la incapacidad.</p>
RIESGOS PROFESIONALES (Corto Plazo)	<p>A partir del 1er. Día de la incapacidad calificada por el médico tratante, sobre la base de la denuncia de accidente de trabajo.</p> <p>Su duración máxima será de 26 semanas, prorrogables por otras 26 semanas, solo si con ello se evita la incapacidad permanente.</p>	<p>No se requiere acreditar cotizaciones previas</p>	<p>El subsidio de Enfermedad Profesional, será equivalente al 75% del salario cotizante al inicio de la incapacidad.</p> <p>El Subsidio por accidente de trabajo, será equivalente al 90% del salario cotizante, al inicio de la incapacidad.</p>

FUENTE.- Elaboración propia, LP - 1998

CNS: INDICADORES SOBRE PRESTACIONES

INDICADORES TECNICOS	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1.- Consultas por 1000 personas protegidas	1.323.09	1.068.98	1.271.68	1.315.89	1.446.89	1.468.47	1.459.63	1.459.84	1.640.82	1.659.61	1.596.38
2.- Consultas por hora médica trabajada	0.75	0.66	0.89	1.02	1.05	1.08	1.30	2.50	2.54	2.60	2.57
3.- Consultas odontológicas	214.78	162.34	196.90	202.11	210.27	203.93	167.95	161.63	192.95	186.56	174.18
4.- Consultas de especialidades por 1000 ase	714.71	566.19	652.70	681.80	772.85	810.90	730.70	731.11	819.44	824.54	817.90
5.- Consultas de maternidad	3.90	5.61	5.73	3.92	4.02	4.46	4.35	4.48	4.64	4.82	4.56
6.- Consultas subsiguientes por 1ra. consulta	0.91	1.01	1.01	1.05	0.97	0.93	0.82	0.78	0.83	0.77	0.80
7.- Estancia hospitalaria por 1000 asegurados	449.17	356.65	353.03	373.52	373.19	367.53	348.55				
Tasa Cruda de mortalidad hospital x 1000								31.89	28.61	29.23	23.10
8.- Estancia hospitalaria por 1000 consultas	339.49	333.64	277.74	283.85	257.93	250.28	269.84	253.54	238.48	232.92	234.29
9.- Estancia por egreso de hospital	11.09	10.00	9.09	8.64	8.35	8.18	7.87	7.70	7.94	8.01	7.52
10.- Camas hospitalarias por 1000 asegurados	735.73	641.07	640.81	721.07	706.40	677.15	640.01	622.45	616.34	585.53	568.54
11.- Partos por 1000 asegurados	8.92	6.43	6.12	9.27	9.61	9.16	8.64	20.98	35.00	33.35	34.96
12.- Intervenciones quirúrgicas por 1000 aseg	13.29	11.00	10.12	11.64	13.56	16.56	14.88	14.72	17.00	16.17	17.39
13.- Índice de cesáreas (En %)								25.42	27.11	27.20	28.50
14.- Ocupacion de camas hospitalarias (En %)	61.05	55.63	55.09	51.80	52.83	54.28	54.46	52.88	56.03	58.59	28.61

FUENTE.- Elaboración propia, LP - 1998

5.3.4.2 Indicadores económicos financieros (Costos)

Los principales indicadores de costos de prestaciones que se manejan en el sistema de seguridad social (salud) son siete, los cuales en el transcurso de los últimos diez años experimentaron variaciones importantes, siempre en función de los factores externos que afectan directamente al comportamiento de las variables que forman los indicadores.

Es así que, considerando la grave crisis inflacionaria que azotó al país (1980 – 1985) y su posterior estabilización mediante una Nueva Política Económica –neoliberalismo- (D.S.21060) incidió de manera determinante en la situación financiera de los entes gestores de seguridad social.

De tal modo que, en el periodo de crisis, las economías de los entes gestores que administraban el seguro integral (corto y largo plazo) se encontraban también en crisis, fundamentalmente debido a los procesos de devaluación de la moneda nacional, ya que el sistema de seguridad social mantenía sus depósitos bancarios en moneda nacional. Después de la promulgación del D.S. 21060 se estabiliza la economía nacional, y por ende se experimenta un proceso de mejoramiento en las finanzas de los entes gestores debido principalmente a la afiliación de nuevas empresas privadas y crecimiento de otras que se hallaban en recesión. Sin embargo, paralelamente a esta situación se experimentó otro fenómeno de carácter contraproducente. La N.P.E. exigía la contracción de la mano de obra y el congelamiento de salarios, para ello tuvo que relocalizar y jubilar a una buena cantidad de trabajadores y empleados públicos (cierre de minas y cierre de fabricas etc.). Este hecho afectó negativamente a las finanzas de los entes gestores, anulando totalmente el efecto positivo antes citado.

Entonces, la N.P.E. conocida también como la política de Ajuste Estructural, impone la necesidad de disgregar los seguros de corto y largo plazo, con el único objetivo de preparar condiciones para la privatización de los seguros a largo plazo (Ley 1732 de 29.11.96 – Ley de Pensiones), mientras que los seguros de corto plazo también son dirigidos con ese

CNS: INDICADORES ECONOMICO FINANCIEROS
(en Bolivianos)

Cuadro No. 18

INDICADORES TECNICOS	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
1.- Costo de prestaciones en especie por personas protegidas	27.28	39.65	74.39	64.06	80.50	98.27	119.51	152.37	159.10	170.84	192.97
2.- Costo administrativo por personas protegidas	11.96	8.70	8.12	7.38	11.93	12.73	13.59	18.47	17.24	17.80	21.90
3.- Costo Subsidio en dinero por personas protegidas en Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales	0.30	0.39	0.53	0.76	0.82	0.86	1.06	1.67	1.54	1.71	2.23
4.- Costo de Consulta Externa	7.23	14.30	26.28	16.86	19.63	23.11	27.04	34.48	31.74	34.26	38.78
5.- Costo por estancia hospitalaria	39.45	71.10	136.26	112.09	139.61	175.03	229.62	309.98	309.98	332.20	393.35
6.- Costo dias cama	24.08	39.55	75.07	58.06	73.76	95.00	125.05	163.92	173.56	193.63	230.53
7.- Costo por egreso hospitalario	437.30	711.26	1,238.58	968.30	1,165.38	1,431.48	1,806.95	2,388.01	2,461.73	2,661.67	2,959.52

FUENTE.- Elaboración propia, LP - 1998

CNS: INDICADORES ECONOMICO FINANCIEROS

Tasas de crecimiento
(en %)

Cuadro No. 19

INDICADORES TECNICOS	1987	1988	1989	Promed	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	Promed
1.- Costo de prestaciones en especie por personas protegidas	45.34	87.62 (13.89)		32.92	25.66	22.07	21.61	27.50	4.42	7.38	12.95	15.69
2.- Costo administrativo por personas protegidas	(27.26)	(6.67)	(9.11)	(14.86)	61.65	6.71	6.76	35.91	(6.66)	3.25	23.03	10.65
3.- Costo Subsidio en dinero por personas protegidas en Enfermedad y Maternidad y Riesgos Profesionales	30.00	35.90	43.40	36.32	7.89	4.88	23.26	57.55	(7.78)	11.04	30.41	18.14
4.- Costo de Consulta Externa	97.79	83.78 (35.84)		32.61	16.43	17.73	17.01	27.51	(7.95)	7.94	13.19	12.02
5.- Costo por estancia hospitalaria	80.23	91.65 (17.74)		41.64	24.55	25.37	31.19	35.00	-	7.17	18.41	18.84
6.- Costo dias cama	64.24	89.81 (22.66)		34.09	27.04	28.80	31.63	31.08	5.88	11.56	19.06	20.92
7.- Costo por egreso hospitalario	62.65	74.14 (21.82)		30.34	20.35	22.83	26.23	32.16	3.09	8.12	11.19	16.80

FUENTE.- Elaboración propia, LP - 1998

rumbo. No otra cosa suponen las medidas aplicadas en ese campo.(Seguros de Maternidad -- Niñez y Vejez).

Consecuentemente, la teorización de tal coyuntura justifica y respalda el comportamiento de los indicadores de costos, los que por metodología serán analizados en dos subperiodos 1986 a 1989 y 1990 a 1996 (Cuadro No. 18). Debido a que el 15.04.87 se promulga la Ley 924 que reestructura el sistema de seguridad social disgregando la tuición de los entes gestores y la administración de los seguros de salud y de los seguros de pension, asimismo el 10.07.87 se promulga el D.S. 21660 denominado de Reactivación económica. Mientras que a partir de 1990 se implementan una serie de disposiciones legales tendentes a preparar las condiciones para la privatización de empresas públicas (estratégicas), las mismas que se concretizan con los D.S. 22407 de 11.01.90 (Reestructuración económica), D.S. 22836 de 14.06.91 (empresas a privatizar), Ley de Inversiones de 17.09.90, y Ley de Privatizaciones de 24.04.92.

Como se ve, tales disposiciones legales reacomodan las fuerzas del mercado, imponen nuevas reglas de juego y sobre todo generan un nuevo escenario económico en el cual el sistema de seguridad social se constituye en una variable dependiente de los factores externos, cuyos efectos en la seguridad social pueden ser percibidos con claridad por medio de los indicadores técnicos de costo de prestaciones a los asegurados, independientemente a los efectos que se perciben en la estructura económica interna de los entes gestores.

De tal modo que, según el cuadro No. 19, en términos globales, se advierte que durante el primer periodo todos los indicadores crecen a un ritmo promedio superior al 30%, y en el segundo periodo todos los indicadores se incrementan a un ritmo promedio anual inferior al 20%. Esto significa que, si bien es cierto que los costos de prestaciones -en Bs.- siempre deben incrementarse, por efecto de la devaluación monetaria y/o por el incremento de los precios correspondientes a los medicamentos, insumos, tecnología etc. Pero también es cierto que el ritmo de crecimiento (%) tiende a disminuir; es decir que a partir de 1990, producto de la aplicación de medidas económicas nacionales, el sistema de seguridad social - principalmente el de corto plazo- experimenta un proceso de saneamiento financiero positivo; puesto que desde el punto de vista del sistema financiero de reparto simple que rige a la seguridad social - no permite superávit ni déficit financiero en una gestión -, los costos de

prestaciones cuanto más bajos sean serán producto de una eficiencia administrativa institucional, puesto que como contrapartida a ello, significará en definitiva que el sistema amplió cobertura (población protegida) a menor costo, sin que ello implique “desfinanciamiento”.

- Consecuentemente, en términos teóricos el óptimo de crecimiento de los costos de prestaciones en un año, deberá ser el equivalente a la inflación acumulada de la misma gestión. Sólo será posible esta situación en tanto y en cuanto la economía nacional también se halle en equilibrio perfecto; como en la práctica esto nunca sucederá, será aceptable que los indicadores no experimenten tasas de crecimiento de dos dígitos.
- Por tanto, la CNS hasta 1996 se encontraba en una situación financiera aceptable, en términos de costos de prestaciones.

5.4 Diagnóstico Financiero –CNS.–

La situación financiera de la Caja Nacional de Salud se encuentra reflejada en los Estados Financieros y Presupuestales que establecen los resultados de la gestión administrativa a diciembre de 1996.

5.4.1 Balance General de E.M. y R.P.

El Balance General al 31 de diciembre de 1996 se halla estructurado de la siguiente manera:

BALANCE GENERAL

A131.12.96

Cuadro No. 20

<u>ACTIVO</u>		<u>PASIVO</u>	
Disponible	37.498.663,89	Exigible a corto plazo	62.898.853,60
Exigible	121.086.605,18	Pasivo a largo plazo	157.573.362,60
Inventarios	118.513.979,85	Trans. Y Control	313.125.130,30
Inversiones	5.399.900,85	<u>PATRIMONIO</u>	
Fijo	121.234.415,14	Reserv.Reg. Obligat.	217.243.817,36
Trans. Y Control	425.782.472,75	Otras Reservas	61.936.147,96
Exigible a L. Plazo	<u>1.034.920,61</u>	Regímenes Especiales	<u>17.773.646,45</u>
TOTAL ACTIVO	830.550.958,27	TOTAL PAS +PATR	830.550.958,27

FUENTE.- Balance Gral. CNS. 1996

5.4.1.1 Análisis de Activos.-

El activo exigible esta compuesto por partidas: (En Bolivianos)

Bonos del TGN	26.649.008,44
Deuda del FOPEBA	59.321.820,15
Deuda del Ex FONARE	17.079.948,76
Deudas de Ex Funcionarios de la CNS y Otras entidades gestoras	6.578.261,22
Deudas del personal (Dif. En inventarios)	7.780.986,38
Otras partidas	<u>3.676.582,18</u>
TOTAL	121.086.605,18

El Activo Inventarios por Bs. 118.513.979,85 está constituido por el valor de medicamentos, materiales de curación, materiales en general y equipos médicos en existencia en Almacenes.

El Activo de Inversiones esta constituido por una parte por el valor de Acciones Telefónicas, Acciones en la Cerveceria Boliviana Nacional, en el Banco Nacional de Bolivia (Bs.5.039.773,69) y CDs. a Plazo Fijo (Bs.360.127,16).

El Activo Fijo está compuesto por el valor de las edificaciones, terrenos, equipo hospitalario, Instrumental médico, muebles y enseres, equipo de transporte, y bibliotecas.

Las Cuentas Transitorias y de Control tanto en el Activo como en el Pasivo son las que tienen mayor importe en el Balance, producto de que contienen en su estructura los valores de las operaciones entre Administraciones Regionales. En realidad dichas operaciones contables deberían arrojar saldo cero; empero no es así debido a que nunca se pudo conciliar operaciones entre La Paz y las Administraciones Regionales.

5.4.1.2 Análisis de Pasivos.-

El Pasivo Corriente está conformado por obligaciones derivadas de compra de materiales u otros servicios, salarios y aguinaldos impagos al personal.

Este pasivo también incluye obligaciones con las entidades gestoras de los seguros a largo plazo por concepto de aportes para el régimen complementario (Cooperativas Mineras: 1987 a 1990).

El pasivo exigible a largo plazo incluye las obligaciones: Crédito Español FAD-OCDE por la suma de Bs. 39.051.273.75; Aportes recibidos del Ex FONARE para el pago de rentas durante las gestiones 1987 y 1988 por la suma de Bs. 14.108.599.91; y Provisión para Indemnizaciones al personal por la suma de Bs. 104.413.488.94.

El pasivo transitorio y de control de Bs. 313.125.130.30, luego de las conciliaciones y compensaciones de cuentas corrientes internas, que registran operaciones entre La Paz, y el interior, se reduce a Bs. 877.533.70 conformado fundamentalmente por Fondos en Custodia derivados de las Fianzas del personal.

5.4.1.3 Análisis de Patrimonio.-

El Patrimonio está constituido por las Reservas del Seguro Social Obligatorio, Regímenes Especiales y Otras Reservas.

Las Reservas del Seguro de Enfermedad -- Maternidad y Riesgos Profesionales a Corto Plazo (Bs.208.357.792.16) y por otra parte las Reservas del Régimen Básico de los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte y Riesgos Profesionales a Largo Plazo que la Ex CNSS administró para todos los sectores de asegurados hasta el 15 de abril de 1987.

Tales reservas constituyen el Patrimonio al 31.12.96 de estos seguros y regímenes.

Entonces, el saldo de este rubro de Balance de Bs. 217.243.817.36 está conformado por las siguientes partidas.

CNS: RESERVAS DE E.M., I.V.M. Y R.P.

Patrimonio al 31.12.96

Cuadro No. 21

RESERVAS	IMPORTE EN Bs.	CONTENIDO DE PATRIMONIO
Enfermedad Maternidad	208.357.792.16	Valores históricos, E.M. y R.P. a corto plazo
Riesgos Profesionales	7.902.830.99	Régimen Básico del seguro de R.P. a largo plazo Bs. 8.607.937.15. Déficit Acumulado del Rég. Complementario de R.P. a largo plazo Coop. Mineras Bs. (705.106.16).
Invalidez, Vejez y Muerte	983.194.21	Régimen Básico del Seguro de I.V.M. Bs. 3.046.190.02. Y Déficit Acumulado del Reg. Complementario de I.V.M. Coop. Mineras Bs. (2.062.995.81).
TOTALES	217.243.817.36	

FUENTE.- Elaboración propia - I.P. 1998

Actualmente la CNS sólo administra el Seguro de E.M. y R.P. a corto plazo. Producto de esta administración la CNS posee un patrimonio al 31.12.96 de Bs. 208.357.792.16, no obstante al sistema financiero en el que se basa el seguro: Reparto Simple.

Este importe de Bs. 208.357.792.16 constituye el saldo acumulado histórico de excedentes y déficits generados por la administración del Seguro de Salud, desde el 14 de diciembre de 1956 (C.S.S.), fecha en que inicia actividades la entonces CNSS.

Por otra parte y en lo que respecta a los Seguros de I.V.M. y R.P. a largo plazo, la Ex CNSS administró estos seguros hasta el 15.04.87 fecha en la que se dictó la Ley 924 que reformó la administración estructural de la seguridad social.

Las Reservas de R.P. de Bs. 7.902.830.99 y las Reservas de I.V.M. de Bs. 983.194.21 son actualmente Pasivos de la CNS que deben ser transferidos a la Unidad de Reordenamiento (ex FOPEBA).

Otras Reservas.-

Este rubro de Balance de Bs. 61.936.147.96 esta conformado por las siguientes partidas:

CNS: OTRAS RESERVAS
Patrimonio al 31.12.96

Cuadro. No. 22

COMPOSICION	IMPORTE EN Bs.	PARTIDA QUE CONTINE
Ajuste Global de Reservas	67.377.632.37	Del seguro social obligatorio y de Regímenes Especiales.
Superavit. Revalorización de Activos y Acciones	1.402.720.89	Importe de revalorización de acciones y otros activos.
Reservas Régimen Complementario	(6.844.205.30)	Déficit Acumulado al 31.12.96 por la administración del Régimen Complementario de I.V.M. y R.P. para las Cooperativas Mineras.
TOTALES	61.936.147.96	

FUENTE.- Elaboración propia. LP - 1998

Regímenes Especiales.-

Este rubro de Balance que alcanza a Bs. 17.773.646.45 está constituido por el Patrimonio del Régimen Especial de Cuota Mortuoria y Régimen de Asignaciones Familiares que la Ex CNSS administró hasta el 15.04.87. Cuya composición es:

Reservas Cuota Mortuoria	Bs.	746.129.81
Reservas Asignaciones familiares	Bs.	<u>17.027.516.64</u>
TOTAL	Bs.	17.773.646.45

5.4.2 Estado de Resultados.-

ESTADO DE INGRESOS Y EGRESOS

Por la gestión 1996

Cuadro No. 23

<u>INGRESOS</u>	<u>(En Bolivianos)</u>	
Seguro de Enfermedad y Maternidad	358.865.393.93	
Otros Ingresos	13.295.789.80	
Renta de Inversiones E.M.	445.327.03	
Resultado de Gestiones Anteriores	9.626.663.48	
Resultados de la Gestión	33.611.464.76	
Ajuste por Inflación y Tenencia de Bienes	<u>1.383.774.09</u>	417.228.413.09
<u>EGRESOS</u>		
Seguro de E.M. y R.P.	284.790.147.74	
Prestaciones Económicas	3.287.511.49	
Gastos de Administración	32.321.070.65	
Transferencias	<u>3.358.086.69</u>	<u>323.756.818.57</u>
EXCEDENTE DE GESTION.		93.471.594.52

FUENTE.- Balance Gral. CNS. 1996

Asimismo, se hace necesario completar El Estado de Resultados con cada una de las Regionales con que cuenta la CNS.

ESTADO DE RESULTADOS POR REGIONALES
Al 31 de diciembre de 1996
(En Bolivianos)

Cuadro No. 24

REGIONAL	INGRESOS	EGRESOS	RESULTADO
La Paz	254.458.178.98	157.280.078.47	97.178.100.51
Cochabamba	46.265.774.32	44.871.207.81	1.394.566.51
Santa Cruz	40.974.494.66	46.146.477.50	- 5.171.982.84
Oruro	14.889.828.94	20.278.075.14	- 5.388.246.20
Potosí	11.453.737.04	13.266.622.47	- 1.812.885.43
Sucre	8.352.627.34	14.773.025.92	- 6.420.698.58
Tarija	20.514.535.47	9.958.647.94	10.555.887.53
Trinidad	4.836.284.13	7.075.252.77	- 2.238.968.64
Cobija	586.674.83	1.416.533.60	- 829.858.77
Tupiza	11.650.252.89	4.978.964.60	- 6.671.288.29
Uncía	3.294.414.30	4.599.827.26	- 1.305.412.96
Uyuni	351.324.22	2.029.957.20	- 1.678.632.98
Atocha	9.429.332.59	3.483.860.14	5.945.472.45
Yacuiba	705.355.89	1.599.927.21	- 894.571.32
Camiri	1.580.203.68	2.158.076.14	- 577.872.46
Riberalta	874.476.68	1.953.310.61	- 1.078.833.93
Vallegrande	561.688.49	784.560.90	- 222.872.41
Camargo	333.433.13	428.147.02	- 94.713.09
Guayaramerín	704.553.48	1.263.023.84	- 558.470.36

FUENTE.- Balances Grales. de Regionales, CNS - 1996

Los resultados por regionales muestran que solo en Oficina Central (La Paz) se obtuvo un excedente importante, encontrándose las demás regionales en déficit, esto debido a que en Oficina central (LP) se recepcionan los aportes del 10% correspondientes a los trabajadores del sector público, a nivel nacional, dependientes del TGN.

El Cuadro No. 23 muestra que en la gestión 1996 la CNS obtuvo un superávit importante del 22,4% sobre los ingresos (Bs. 93.471.594.52). Sin embargo analizada la composición de los saldos de las cuentas 650: Resultado de gestiones anteriores (Bs. 9.626.663.48), y cuenta 651: Resultado de gestión (Bs. 33.611.464.76), se llega a determinar que el excedente de Bs.

93.471.594.52 se halla sobrevaluado en Bs. 51.071.781.14, debido fundamentalmente a que fueron incluidas incorrectamente partidas correspondientes a remesas de dinero y materiales remitidos por Oficina Central a las regionales.

Consiguientemente el excedente real de la CNS en la gestión 1996 alcanza sólo a Bs. 42.399.813.38.

5.4.3 Solvencia Financiera a corto plazo

La solvencia financiera de la CNS al 31.12.96:

5.4.3.1 Prueba de Solvencia.-

Razón de Solvencia	=	<u>Activo Circulante</u>
		Pasivo a corto plazo
	=	Bs. <u>159.620.189.68</u>
		Bs. 62.898.853.60
	=	2.54

Esto significa que la CNS al 31.12.96 disponía de Bs. 2.54 por cada Unidad de Bs. que adeudaba.

El activo circulante se halla compuesto:

Efectivo en caja y Bancos	Bs. 37.498.663.89
Ctas por Cobrar CP y LP	Bs. <u>122.121.525.79</u>
TOTAL	Bs. 159.620.189.68

Los pasivos a corto plazo considerados:

Facturas por pagar	Bs. 12.192.782.84
Documentos por pagar	Bs. 12.930.572.55
Prest. Eco. por pagar	Bs. 1.187.237.66
Cuentas del personal	Bs. 4.430.211.19
Aportes al Seg. Soc. por pagar	Bs. 16.152.024.62
Acreedores varios	<u>Bs. 16.006.024.74</u>
TOTAL	Bs. 62.898.853.60

5.4.3.2 Capital de Trabajo.-

$K \text{ de trabajo} = \text{Activo Circulante} - \text{pasivo Circulante}$

$K \text{ de trabajo}_{95} = 241.239.388.24 - 40.651.566.76$
 $= 200.587.821.48$

$K \text{ de trabajo}_{96} = 278.285.787.07 - 62.898.853.60$
 $= 215.386.933.47$

Incremento del

$K \text{ de trabajo}_{95-96} = 14.799.111.99$

5.4.4 Presupuesto programado para 1997.-

El presupuesto institucional de la Caja nacional de salud programado para la gestión 1997 contiene las siguientes partidas presupuestales:

PRESUPUESTO 1997

(En Bolivianos)

Cuadro No. 25

<u>INGRESOS</u>			
<u>CODIGO</u>	<u>RUBRO</u>	<u>PRESUPUESTO</u>	<u>%</u>
12000	Venta de Bienes y Servicios	17.051.000	3.3
15000	Otros ingresos no trib.	11.479.000	2.2
16000	Intereses y otras rentas	1.000	0.0
17000	Contrib. A la Seg. Social	443.473.000	86.0
18000	Donaciones Corrientes	2.426.100	0.5
21000	Recursos propios capital	3.669.000	0.7
35000	Dism.- otros act. Financ.	27.785.596	5.4
38000	Incram. Otros pasivos	9.797.000	1.9
	TOTAL INGRESOS	515.681.696	100.0

<u>EGRESOS</u>			
<u>CODIGO</u>	<u>PARTIDA</u>	<u>PRESUPUESTO</u>	<u>%</u>
10000	Servicios Personales	202.018.856	39.2
20000	Servicios no personales	45.642.500	8.9
30000	Materiales y suministros	150.753.800	29.2
40000	Activos reales	70.771.800	13.7
50000	Activos financieros	7.882.740	1.5
60000	Serv. Deuda Pública	17.146.000	3.3
70000	Transferencias	8.000.000	1.6
90000	Otros Gastos	13.466.000	2.6
	TOTAL EGRESOS	515.681.696	100.0

FUENTE.- Departamento de Presupuestos CNS

- El análisis de los ingresos presupuestados para la gestión 1997, muestra que los ingresos de la CNS se componen fundamentalmente de los aportes patronales a cuenta de sus trabajadores dependientes, significando un 86% respecto del total.

- Asimismo los Ingresos por venta de servicios a terceros y otros ingresos no tributarios, en los que se encuentran los recargos legales por aportes en mora, etc. contienen porcentajes muy reducidos, como si todas las empresas afiliadas estuvieran al día con el pago de sus aportes.
- Llama también poderosamente la atención la no presupuestación de ingresos provenientes de los Seguros Materno – Infantil y Seguro de Vejez.

CAPITULO VI

LOS NUEVOS MODELOS EN SEGURO SOCIAL

El modelo de seguridad social en Bolivia, desde la promulgación del Código de Seguridad Social, funciona sobre la base de la “tesis laboral”; es decir que su cobertura siempre se hallaba condicionada a una relación de dependencia (obrero – patronal). Su financiamiento también obedecía a una participación de responsabilidad compartida entre los actores: Trabajador, Empleador y Estado. Su sistema de aportes o cotizaciones opera con una tasa o porcentaje sobre los ingresos de los dependientes o sobre el total de la planilla salarial de la empresa, institución o entidad.

Si bien es cierto que este modelo clásico enfrentó y enfrenta problemas referentes a su sistema de recuperación de aportes en mora, empero esta situación nunca comprometió la estabilidad económica del sistema y menos afectaron el equilibrio técnico administrativo institucional de los entes gestores.

La aplicación de nuevos modelos, más allá de brindar protección social a un grupo poblacional de pocos ingresos, de alto riesgo, verdaderamente necesitado, en definitiva tiende – de manera sutil- a preparar condiciones objetivas y subjetivas que permitan la transferencia de la administración del sistema al sector privado, porque su aplicación afecta seriamente el equilibrio administrativo, financiero, y económico principalmente de la ahora denominada Caja Nacional de Salud.

Precisamente es eso lo que ocurrió con el seguro de largo plazo: primero se aplica una política de empleo denominada de “relocalización” por el que se obliga a los trabajadores y empleados acogerse a la jubilación y se despiden alrededor de 50.000 dependientes, y segundo se ejecuta una política de congelamiento de salarios. Ese conjunto de medidas, al margen de sus objetivos explícitos, implícitamente buscaba “desfinanciar” el sistema de

seguro a largo plazo; puesto que en la práctica se disminuyó alarmantemente el número de trabajadores activos y se incremento enormemente el número de pasivos (rentistas y jubilados). Inmediatamente después, se dispone la disgregación de la administración del seguro integral mediante Ley 924 de 15.04.87. Para la administración del sistema de largo plazo se crearon instituciones públicas como EL Fondo nacional de Reservas (FONARE), Fondo de Pensiones Básicas (FOPEBA), y Unidad de Reordenamiento, alternativas que sólo disimularon la transferencia brusca de la privatización del seguro de I.V.M. y R.P. a largo plazo.

Bién, pero veamos en qué consisten los nuevos modelos en seguro social.

6.1 Disposiciones Legales.-

El nuevo Seguro Nacional de Maternidad Y Niñez se implementa mediante D.S. 24303 el 24.05.96 y se reglamenta con Resolución Ministerial No. 093/96 de 27.06.96 (Ministerio de Desarrollo Humano).

El Seguro Nacional de Vejez entra en vigencia a partir de la promulgación del D.S. 24448 el 20.12.96 y se reglamenta con Resolución Secretarial No. 146 de 21.03.97 (Secretaria Nacional de Salud).

6.1.1 Justificación.-

Los aspectos que justifican la aplicación de tales seguros son: ¹

¹.- Guillermo Aponte Reyes
SEMINARIO - OISS
La Paz, 05.09.97

Justificación General.-

En la actualidad el sistema de seguros a corto plazo (E.M. y R.P.) se halla compuesto administrativamente por 18 entes gestores, donde no se cumple en ningún nivel el principio de Universalidad.

La población nacional asegurada alcanza 1.721.605 personas, equivalente al 23 % de la población nacional

La Caja Nacional de Salud tiene a su cargo el 82 % de la población nacional protegida, es decir 1.424.393 personas.

El sistema de seguro a corto plazo posee 132 establecimientos de salud, con una capacidad de 3.453 camas.

Pero además, se percibe un proceso fuerte de estrangulamiento en el financiamiento; es decir que en el mercado laboral hay menor cantidad de trabajadores dependientes frente al crecimiento pronunciado de la economía informal (3 de cada 4 son ocupados informales). Consecuentemente, existe un decrecimiento en la cantidad de empleadores privados. El Estado como empleador tiende a no pagar.

- Por lo tanto, se justifica plenamente buscar nuevas formas de financiamiento y la ampliación de la cobertura de la población protegida.

6.1.2. Objetivos

Los objetivos que persiguen los seguros en cuestión son:

- Conseguir un sistema de Financiamiento sostenible, que no dependan de los factores tradicionales.

- Buscar la aplicación del principio de Universalidad, puesto que sólo el 23% de la población nacional puede acceder al sistema de seguridad social.
- Lograr que se aplique el principio de Solidaridad, ya que debemos aportar todos para beneficio de todos.

6.1.2 Instrumentos.-

Se constituyen en instrumentos precisamente los seguros analizados:

- Seguro Nacional de Maternidad y Niñez
- Seguro Nacional de Vejez

6.2. Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

6.2.1 Justificación ²

En Bolivia la situación del binomio madre – niño se halla totalmente descuidada desde el punto de vista de la salud, según los siguientes indicadores:

- La Tasa de mortalidad infantil (al nacer) alcanza un 390/100000; es decir, de cada 100000 niños que nacen vivos, 390 mueren al nacer.
- La Tasa de mortalidad materna en el país señala que cada año mueren 1000 madres en el proceso del parto

- En Bolivia en los últimos 25 años, los índices de mortalidad materna descendieron a un ritmo promedio de 0.6% anual. Siendo la tasa de mortalidad para 1996 de 18%.
- En comparación con otros países de Latinoamérica, el índice de reducción de la mortalidad materna (en 25 años), muestra:
 - Perú = 32% año
 - Ecuador = 180% año
 - Colombia = 140% año
 - Venezuela = 713% año.
- De los niños menores a 5 años, la tasa de mortalidad alcanza a 115/1000; es decir que de cada 1000 niños que nacen vivos, 115 mueren antes de cumplir los 5 años.
- Anualmente mueren 28.000 niños.
- La tasa de reducción, en los últimos 25 años, fluctúa por el 1.68% año. Mientras que en los países vecinos, la disminución del índice de mortalidad de niños menores a 5 años es:
 - Perú = 42 % año
 - Ecuador = 89 % año
 - Colombia = 190 % año
 - Venezuela = 285 % año

² - Idem Idem.

6.2.2 Objetivo

El Objetivo principal que persigue este nuevo seguro es disminuir y mejorar los indicadores de mortalidad.³

6.2.3 Cobertura

Población a proteger:

Niños menores a 5 años	=	1.233.869
Mujeres en edad fértil	=	<u>1.679.296</u>
TOTAL POBLACION	=	2.913.165

6.2.4 Prestaciones

Maternidad.- Se otorga a las mujeres gestantes, la necesaria atención médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el puerperio y las emergencias obstétricas.

- Es decir:
- 4 consultas médicas
 - Parto normal
 - Cesárea
 - Atención de complicaciones del embarazo y del parto.
 - 1 Consulta post parto

Recién nacidos y niños menores a cinco años.- Reciben asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria correspondiente. Además de atención médica en

³- Son Objetivos explícitos que se hallan en el documento del Decreto Supremo. El Objetivo real no se encuentra escrito en ninguna parte del documento, los estudios o proyecto.

enfermedades diarreicas agudas (EDAs) e Infecciones respiratorias agudas (IRAs) clasificadas como neumonías.

- Esto es:
- Atención al recién nacido
 - Atención de enfermedades diarreicas.
 - Atención de neumonías

6.2.5 Participantes

Participan en la gestión del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez: La Secretaria Nacional de Salud (Ahora Ministerio de salud), Las Prefecturas, Los gobiernos Municipales y las Cajas de Salud.

La Iglesia y los Organismos No Gubernamentales, por medio de sus servicios de salud, ingresarán al sistema de seguro, previa suscripción de Convenio.

6.2.6 Financiamiento

Recursos del TGN.- Los sueldos y salarios del personal de salud pública.

Financiamiento externo.- Créditos y contribuciones, canalizados por el TGN, para gastos de infraestructura, equipamiento, capacitación, seguimiento y evaluación.

Contraparte Municipal.- Los gastos que demandan insumos y medicamentos son cubiertos por los Gobiernos Municipales. Para ello se destina un monto equivalente al 3% del 90 % de los recursos de Participación Popular que reciben los municipios por concepto de Coparticipación Tributaria. Este monto es abonado automáticamente a una subcuenta denominada Fondo Local Compensatorio de Salud que es administrada por los municipios.

6.2.7 Administración

La administración del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez está a cargo del Directorio Local de Salud (DILOS) del respectivo municipio, conformado por el H. Alcalde, un representante de la Dirección Departamental de Salud y uno del Comité de Vigilancia.

6.2.8 Modalidad de pago

Los Directorios Locales de Salud (DILOS) autorizan el pago de las atenciones prestadas por los Centros de Salud, por medio del valor de los insumos, suministros y medicamentos con cargo al Fondo Compensatorio de Salud, sin costo alguno para el usuario.

Para pagos por atenciones entre Municipios se realizan mensualmente, de acuerdo a reglamentación.

La Secretaría Nacional de Salud (hoy por hoy Ministerio de Salud) contribuye con un monto de hasta el 13% de los importes facturados por los DILOS, para el pago de los impuestos correspondientes. Estos recursos son incorporados por el Ministerio de Hacienda en el presupuesto respectivo.

Compensación.-

El seguro se gestionará con los principios de compensación, que serán aplicados después del primer año de funcionamiento, se efectuará al 31 de diciembre de cada año, del Fondo Local Compensatorio de Salud.

6.3. Seguro Nacional de Vejez

6.3.1 Justificación

En Bolivia la población general mayores de 65 años alcanza a 283.286 personas, de las cuales solo el 25% se encuentran aseguradas al sistema de salud (jubilados, rentistas, y beneméritos), es decir 70.961 personas. Por tanto la población objetivo del seguro formulado será de 212.325 personas que no se hallan cubiertos por los beneficios del seguro de salud.

Para cilo se promulgó el D.S.24448 con fecha 20.12.96 y se reglamenta con Resolución Secretarial No. 146 de 21.03.97 (Secretaría Nacional de salud).

6.3.2 Objetivo

Brindar atención gratuita en salud, por medio de la Caja Nacional de Salud, a todos los ciudadanos bolivianos mayores a 65 años.

6.3.3 Financiamiento

Los fondos que garantizarán el Seguro Nacional de Vejez, respecto a la atención en salud, provendrán de los recursos generados por la Lotería Nacional:

- El 85% de recursos provenientes del “canon de concesión” de la Lotería Nacional (privatizada).
- El 100% de los importes correspondientes a los premios prescritos.

Cabe señalar que la parte filosófica del sistema de financiamiento radicaba originalmente, según el autor: ⁴

⁴ - Guillermo Aponte Reyes
SEMINARIO - OISS

Considerando que la multinacional española GITEC, que se adjudicó la administración de Lotería Nacional, debió facturar al año unos 7.000.000.00 de \$us, sin embargo, como todo proyecto se calculó un periodo de maduración de 2 a 3 años, mientras tanto las Alcaldías debieron pagar obligatoriamente los aportes a la CNS con fondos de Inversión Municipal.

Es decir que el 85% del canon de concesión de la Lotería Nacional y el 100 % de los premios prescritos, serán abonados en el Banco Central de Bolivia a favor de las Alcaldías Municipales en proporción al número de beneficiarios residentes en su jurisdicción territorial.

De producirse déficit que impida cubrir el costo de la prima de cotizaciones, este será pagado por el gobierno municipal, de ocurrir un superávit será utilizado como contraparte en el financiamiento de programas de beneficencia y salubridad.

6.3.4 Cotización

Se fijó una prima anual de cotizaciones de \$us 41.00 por persona (mayor 65 años).

Ello supone, que si la población nacional mayores a 65 años alcanza a 212.325 personas, multiplicados \$us 41.00, entonces teóricamente la CNS debió percibir cada año un ingreso neto de \$us. 8.705.325.00 mínimamente por la atención del seguro nacional de vejez. Este aspecto será analizado en detalle en el próximo capítulo.

6.3.5 Acción Coactiva

La CNS podrá iniciar acción coactiva por incumplimiento de obligaciones, en estricta sujeción a lo que dispone el Código de Seguridad Social y su Reglamento.

6.3.6 Procedimiento

Dentro los primeros 10 días de cada mes, la Lotería Nacional depositará en cuentas de los gobiernos municipales el importe recaudado. Hasta el 15 de cada mes los municipios transferirán a la CNS el 100% de los montos recibidos hasta cubrir la prima anual de todos los mayores de 65 años.

CAPITULO VII

IMPACTO ECONOMICO INSTITUCIONAL

Una vez conceptualizada, analizada y desarrollada la problemática de la seguridad social en Bolivia, particularmente de los seguros a corto plazo, entonces corresponde, en función de la hipótesis formulada, evaluar los nuevos modelos de seguro social y sobre todo medir de manera técnica y científica el impacto económico en la primera institución aseguradora del país.

Para ello, naturalmente y por metodología fue necesario elaborar un diagnóstico situacional de la Caja Nacional de Salud a diciembre de 1996; es decir antes de la promulgación de los D.S. 24303 y 24448. Para que en base a esa estructura de diagnóstico logremos demostrar y verificar la hipótesis.

Consecuentemente, el impacto de los seguros: Seguro Nacional de Maternidad y Niñez y Seguro Nacional de Vejez, serán evaluados en función de los tres factores de producción: Recursos Humanos, Recursos Financieros y Recursos Materiales, los que a su vez se desarrollan en tres esferas: Esfera de la Administración de Recursos Humanos, Esfera de la captación y utilización óptima de los Recursos Financieros y Esfera de los Recursos Materiales.

Sin duda, el estudio implica previamente un análisis estadístico, la construcción y el análisis comparativo de indicadores técnicos de costos de prestaciones, la re- elaboración de estudios económico actuariales correspondientes a los nuevos seguros en base a información técnica estadística a 1997. Y finalmente la determinación de la solvencia financiera y la capacidad económica institucional de 1997 comparada con la de 1996.

Se suma a ello, la percepción operativa del funcionamiento de los nuevos modelos de seguros, a nivel de sus sistemas que componen dichos seguros: sistemas de prestaciones, sistemas de financiamiento, y sistemas de administración.

7.1 Seguro Nacional de Vejez

7.1.1 Análisis de cobertura

El cuadro No. 26 muestra la población asegurada a la CNS en cumplimiento del D.S. 24448 (Seguro Nacional de Vejez), hasta diciembre de 1997. Dicha población mayores de 65 años alcanzó a 111.180 personas a nivel nacional, de las cuales 35.977 (32.36%) pertenecen a la ciudad de La Paz, 20.125 personas (18.10%) a la ciudad de Santa Cruz, y 10.943 (9.84%) a la ciudad de Cochabamba, el resto (39.70%) a los demás distritos del país.

El análisis periódico mensual de las afiliaciones a la CNS (mayores de 65 años) revelan que la tasa de crecimiento promedio durante el periodo abril a diciembre/97 es de 12.87% mes.

Consecuentemente, si la meta del seguro es de proteger a toda la población nacional mayores de 65 años que alcanza a 212.325 personas, entonces, considerando el ritmo de crecimiento del comportamiento de las afiliaciones, dicho objetivo se alcanzará en un periodo de 8 meses; es decir que para agosto de 1998 la Caja Nacional de Salud deberá haber afiliado al total de la población nacional mayor a 65 años (residentes en Bolivia).

Esto es:

$$n = \frac{\log(111.180/42.213)}{\log(1 + 0.1287)}$$

$$n = 7.99$$

$$n = 8 \text{ meses}$$

**SEGURO NACIONAL DE VEJEZ
POBLACION AFILIADA A LA CNS**

a diciembre 1997

Cuadro No. 26

ALCALDIAS	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEM	OCTUBRE	NOVIEMB	DICIEMBR	TOTAL
LA PAZ	15,551	11,955	3,402	2,339	1,019	737	388	293	293	35,977
COCHABAMBA	1,772	3,072	3,544	179	697	536	477	314	352	10,943
SANTA CRUZ	10,627	4,594	1,367	1,228	585	461	345	276	642	20,125
ORURO	3,063	1,141	561	496	206	212	134	124	125	6,062
POTOSI	1,815	2,690	961	442	253	235	144	103	112	6,755
SUCRE	1,967	3,318	905	982	598	387	222	122	122	8,623
TARIJA	717	3,008	2,124	187	32	10	18	7	7	6,110
TRINIDAD	1,247	362	324	162	85	65	52	42	27	2,366
COBIJA	193	240	18	6	6	6	5	0	0	474
TUPIZA	1,543	1,030	440	505	261	103	42	33	38	3,995
UNCIA	4	2	17	29	2	0	0	0	0	54
UYUNI	628	497	84	94	24	4	33	0	0	1,364
ATOCHA	175	44	13	11	4	6	0	0	0	253
CAMIRI	585	387	157	32	29	17	14	15	9	1,245
VALLEGRANDE	-	4	21	2	17	5	0	0	0	49
YACUIBA	799	1,072	366	101	50	40	55	66	11	2,560
RIBERALTA	754	570	137	92	59	48	22	8	8	1,698
GUAYARAMERIN	773	341	60	37	18	12	14	5	20	1,280
MONTERO	-	464	150	185	125	128	82	77	36	1,247
TOTAL GENERAL	42,213	34,791	14,651	7,109	4,070	3,012	2,047	1,485	1,802	111,180

FUENTE : DEPTO. COTIZACIONES, DEPTO. AFILIACION Y REPORTES (VIA FAX) DE LAS DISTINTAS REGIONALES

Impacto Institucional

Pero esto, qué le significa a la CNS?

Sencillamente esto puede ser denominado como un fenómeno de “sobresaturación” de la capacidad instalada, por efecto de un desmesurado crecimiento de la población protegida.

Tomando en cuenta que la población total cotizante asegurada a la CNS, a diciembre/96 alcanzaba a 448.817 personas (ver Cuadro No. 8) - entre activos, pasivos y otros- con una tasa de crecimiento anual, respecto a la gestión anterior, de 3.87%, entonces, por efecto de la implementación del seguro de vejez, se experimentó un brusco ascenso en la población asegurada cotizante. De 448.817 personas se elevó -a diciembre/97- a 559.997 cotizantes; esto supone un incremento de 24.77%; a agosto/98, este incremento de la población cotizante afiliada a la CNS será del 47.31%.

Nótese que durante el periodo 1983 a 1996 (Cuadro No.8) la tasa de crecimiento promedio anual nunca sobrepasó el 6%. Esto implica, que la CNS creció racionalmente acorde a la tasa de crecimiento poblacional (crecimiento vegetativo), criterio, relacionado al equilibrio financiero institucional.

La situación no varía, si el análisis se centra en la población general protegida (incluye beneficiarios), ya que a diciembre de 1996 esta población alcanzó a 1.475.816 personas. Entonces la adición de 212.325 personas por el D.S.24448, supone un incremento desmesurado del 14.39%.

Bien, el problema no fuera tal, si realmente se garantizaba el financiamiento para prestaciones y las inversiones para infraestructura y equipamiento. Empero esto no fue así.

Por tanto, dada la magnitud del crecimiento poblacional en un lapso de tiempo tan corto, el problema obviamente derivó en un desequilibrio institucional, como veremos luego.

7.1.2 Análisis de financiamiento

El D.S. 24448 de 20.12.96, señala en su art. 3 (ver anexo No. 2) "... Los Gobiernos Municipales elaborarán un registro de todas las personas mayores de 65 años que habitan en sus jurisdicción y las afiliarán a la Caja Nacional de Salud...". En su art. 6 "... Se fija la prima anual de 41.00 \$us. Americanos por cada beneficiario, que deberá ser pagada por los gobiernos municipales...", y según el art. 5 "... con recursos provenientes de la Lotería Nacional...".

Asimismo el art. 8 estipula "... las prestaciones se iniciarán a partir del 01.04.97...". Y por último el art. 7 faculta a la CNS iniciar acción coactiva a las municipalidades por incumplimiento de obligaciones con procedimientos establecidos en el Código de Seguridad Social y su Reglamento.

Todo ello significa, que la CNS debió percibir por la gestión 1997, el total de las primas por todos los beneficiarios mayores de 65 años; es decir por 212.325 personas. Vale decir que las municipalidades de todo el territorio nacional debieron transferir a la CNS a diciembre/97 \$us. 8.705.325.00.

Impacto Institucional.-

Los Estados Financieros de la CNS correspondientes a la gestión 1997 y los informes del Departamento de Contabilidad, revelan que a abril/98 (después de un año de vigencia) las alcaldías no transfirieron un solo centavo por concepto del seguro de vejez.

El Departamento de Cotizaciones, en base a los reportes del Departamento de Afiliación y reforzados con información vía FAX de las regionales, (ver cuadro No. 27) cuantifica primas devengadas en función de número de afiliados por meses: Es decir que las alcaldías solo cumplirán con la CNS en la medida en que se afilien los señores mayores de 65 años.

**RELACION DE POBLACION AFILIADA AL SEGURO NACIONAL DE VEJEZ
CLASIFICADA POR MESES Y DUODECIMAS DE LA PRIMA MENSUAL
PERIODO: ABRIL - DICIEMBRE DE 1997**

Cuadro No.27

ALCALDEAS	ABRIL			MAYO			JUNIO		
	AFILIADOS	D. PRIMA	IMPORTE	AFILIADOS	D. PRIMA	IMPORTE	AFILIADOS	D. PRIMA	IMPORTE
		\$us.	\$us.		\$us.	\$us.		\$us.	\$us.
LA PAZ	15,551	30.75	478,193.25	11,955	27.32	326,610.60	3,402	23.9	81,307.80
COCHABAMBA	1,772	30.75	54,489.00	3,072	27.32	83,927.04	3,544	23.9	84,701.60
SANTA CRUZ	10,627	30.75	326,780.25	4,594	27.32	125,508.08	1,367	23.9	32,671.30
ORURO	3,063	30.75	94,187.25	1,141	27.32	31,172.12	561	23.9	13,407.90
POTOSI	1,815	30.75	55,811.25	2,690	27.32	73,490.80	961	23.9	22,967.90
SUCRE	1,967	30.75	60,485.25	3,318	27.32	90,647.76	905	23.9	21,629.50
TARIJA	717	30.75	22,047.75	3,008	27.32	82,178.56	2,124	23.9	50,763.60
TRINIDAD	1,247	30.75	38,345.25	362	27.32	9,889.84	324	23.9	7,743.60
COBIJA	193	30.75	5,934.75	240	27.32	6,556.80	18	23.9	430.20
TUPIZA	1,543	30.75	47,447.25	1,030	27.32	28,139.60	440	23.9	10,516.00
UNCIA	4	30.75	123.00	2	27.32	54.64	17	23.9	406.30
UYUNI	628	30.75	19,311.00	497	27.32	13,578.04	84	23.9	2,007.60
ATOCHA	175	30.75	5,381.25	44	27.32	1,202.08	13	23.9	310.70
CAMIRI	585	30.75	17,988.75	387	27.32	10,572.84	157	23.9	3,752.30
VALLEGRAN	-	30.75	0.00	4	27.32	109.28	21	23.9	501.90
YACUIBA	799	30.75	24,569.25	1,072	27.32	29,287.04	366	23.9	8,747.40
RIBERALTA	754	30.75	23,185.50	570	27.32	15,572.40	137	23.9	3,274.30
GUAYARAME	773	30.75	23,769.75	341	27.32	9,316.12	60	23.9	1,434.00
MONTERO	-	30.75	0.00	464	27.32	12,676.48	150	23.9	3,585.00
TOTAL GEN	42,213	30.75	1,298,049.75	34,791	27.32	950,490.12	14,651	23.9	350,158.90

FUENTE : DEPTO. COTIZACIONES, DEPTO. AFILIACION Y REPORTES (VIA FAX) DE LAS DISTINTAS REGIONALES

ALCALDIAS AFILIADAS	JULIO			AGOSTO			SEPTIEMBRE		
	AFILIADOS D. PRIMA	IMPORTE \$us.							
LA PAZ	2,339	20.5	47,949.50	1,019	17.06	17,384.14	737	13.64	10,052.68
COCHABAMB	179	20.5	3,669.50	697	17.06	11,890.82	536	13.64	7,311.04
SANTA CRU	1,228	20.5	25,174.00	585	17.06	9,980.10	461	13.64	6,288.04
CRURO	496	20.5	10,168.00	206	17.06	3,514.36	212	13.64	2,891.68
FOTOSI	442	20.5	9,061.00	253	17.06	4,316.18	235	13.64	3,205.40
SUCRE	982	20.5	20,131.00	598	17.06	10,201.88	387	13.64	5,278.68
TARICA	187	20.5	3,833.50	32	17.06	545.92	10	13.64	136.40
TRINIDAD	162	20.5	3,321.00	85	17.06	1,450.10	65	13.64	886.60
COBIJA	6	20.5	123.00	6	17.06	102.36	6	13.64	81.84
TUPIZA	505	20.5	10,352.50	261	17.06	4,452.66	103	13.64	1,404.92
UNCIA	29	20.5	594.50	2	17.06	34.12	0	13.64	0.00
UYUNI	94	20.5	1,927.00	24	17.06	409.44	4	13.64	54.56
ATOCHA	11	20.5	225.50	4	17.06	68.24	6	13.64	81.84
CAMIRI	32	20.5	656.00	29	17.06	494.74	17	13.64	231.88
VALLEGRAN	2	20.5	41.00	17	17.06	290.02	5	13.64	68.20
YACUIBA	101	20.5	2,070.50	50	17.06	853.00	40	13.64	545.60
RIBERALTA	92	20.5	1,886.00	59	17.06	1,006.54	48	13.64	654.72
GUAYARAME	37	20.5	758.50	18	17.06	307.08	12	13.64	163.68
MONTERO	185	20.5	3,792.50	125	17.06	2,132.50	128	13.64	1,745.92
TOTAL GEN	7,109	20.5	145,734.50	4,070	17.06	69,434.20	3,012	13.64	41,083.68

FUENTE :

ALCALDÍAS AFILIADOS	OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE			TOTAL GENERAL		
	AFILIADOS	PRIMA	IMPORTE	AFILIADOS	PRIMF	IMPORTE	AFILIADOS	PRIMF	IMPORTE	AFILIADOS	IMPORTE	IMPORTE
	\$us.	\$us.	\$us.		\$us.	\$us.		\$us.	\$us.		\$us.	\$us.
LA PAZ	388	10.25	3,977.00	293	6.8	1,992.40	293	3.38	990.34	35,977	969,457.71	
COCHABAMB	477	10.25	4,889.25	314	6.8	2,135.20	352	3.38	1,189.76	10,943	254,203.21	
SANTA CRU	345	10.25	3,536.25	276	6.8	1,876.80	642	3.38	2,169.96	20,125	533,984.78	
ORURO	134	10.25	1,373.50	124	6.8	843.20	125	3.38	422.50	6,062	157,980.51	
FOTOSI	144	10.25	1,476.00	103	6.8	700.40	112	3.38	378.56	6,755	171,407.49	
SUCRE	222	10.25	2,275.50	122	6.8	829.60	122	3.38	412.36	8,623	211,891.83	
TARIJA	18	10.25	184.50	7	6.8	47.60	7	3.38	23.66	6,110	159,761.49	
TRINIDAD	52	10.25	533.00	42	6.8	285.60	27	3.38	91.26	2,366	62,546.25	
COBIJA	5	10.25	51.25	0	6.8	0.00	0	3.38	0.00	474	13,280.20	
TUPIZA	42	10.25	430.50	33	6.8	224.40	38	3.38	128.44	3,995	103,096.27	
UNCIA	0	10.25	0.00	0	6.8	0.00	0	3.38	0.00	54	1,212.56	
UYUNI	33	10.25	338.25	0	6.8	0.00	0	3.38	0.00	1,364	37,625.29	
ATOCHA	0	10.25	0.00	0	6.8	0.00	0	3.38	0.00	253	7,269.61	
CAMIRI	14	10.25	143.50	15	6.8	102.00	9	3.38	30.42	1,245	33,972.43	
VALLEGRAN	0	10.25	0.00	0	6.8	0.00	0	3.38	0.00	49	1,010.40	
YACUIBA	55	10.25	563.75	66	6.8	448.80	11	3.38	37.18	2,560	67,122.52	
RIBERALTA	22	10.25	225.50	8	6.8	54.40	8	3.38	27.04	1,698	45,886.40	
GUAYARAME	14	10.25	143.50	5	6.8	34.00	20	3.38	67.60	1,280	35,994.23	
MONTERO	82	10.25	840.50	77	6.8	523.60	36	3.38	121.68	1,247	25,418.18	
TOTAL GEN	2,047	10.25	20,981.75	1,485	6.8	10,098.00	1,802	3.38	6,090.76	111,180	2,892,121.66	

FUENTE :

Esto supone que, a diciembre/97, como se afiliaron solo 111.180 personas, entonces las alcaldías sólo responderán por ellos y no como dice la disposición legal por todos los 212.325 beneficiarios potenciales. Pero aún mas, como las obligaciones municipales están en función del mes en que se afilian los mayores de 65 años, entonces, a fin de gestión la CNS sólo percibirá \$us. 2.892.121.66, en vez de \$us. 4.558.380.00 como debió ser.

Es mas, porque basarse en la afiliación si para el interesado (mayor de 65 años) el seguro es gratuito y para todos los bolivianos. Consecuentemente debió ser suficiente la presentación del Carnet de Identidad, pero como el objetivo principal implícito del D.S. 24448 fue "Político", entonces fue necesario montar todo un show de varias comisiones y delegaciones de funcionarios de la CNS (políticamente habilitadas y con sueldos extras) que se trasladaron a varias provincias y localidades -- sin planificación alguna - con el objetivo disimulado de afiliar a los mayores de 65 años, y así desarrollar propaganda política.

Bien, al margen de ello el Cuadro No. 27 muestra que pese a todo la CNS percibirá \$us. 2.892.121.66 correspondiente a la gestión 1997, por concepto del seguro nacional de vejez. situación que en definitiva supone: que el costo calculado de 41.00 \$us. por persona se redujo a \$us. 13.62 percápita. Pues sencillamente, el modelo financiero que rige al sistema de seguridad social de corto plazo es el de "Reparto Simple"; esto quiere decir que a final de gestión no debe sobrar ni faltar un centavo en el proceso de administración, gestión y prestación de servicios a los asegurados.

Por tanto, si en principio la CNS calculó el costo individual de prestaciones a esta población, con \$us. 41.00 (posteriormente se verá si este calculo estuvo correcto o no), con seguridad el estudio económico actuarial consideró una población de 212.325 personas a incorporar al sistema multiplicados por los \$us 41.00 significaba un ingreso a la CNS de \$us. 8.705.325.00 destinado a no romper el equilibrio financiero de 1997 en la CNS.

Como ese monto no ingresó en la gestión correspondiente, el impacto fue tremendamente negativo, pese a que la CNS cumplió con su parte, el de prestar servicios a los asegurados

mayores de 65 años sin restricción alguna, sin percibir un solo centavo por ello y a sabiendas que esto institucionalmente le estaba causando serios problemas a nivel de las prestaciones, porque terminó enfrentándose con la “sobresaturación de su capacidad instalada” en hospitalización y consulta externa, como veremos a continuación.

7.1.3 Análisis de prestaciones

El Cuadro No. 29 (corroborados por los cuadros 30, 31 y 32) muestra la magnitud de trabajo adicional que tuvo que brindar la CNS a la población asegurada, por efecto del D.S. 24448 contrastados con el cuadro No. 28 que muestra la evolución de indicadores antes y después del fenómeno.

Entonces se observa que durante el periodo 1995 y 1996 la evolución del número de consultas externas y el número de hospitalizaciones asumían un comportamiento racional normal. Mientras que en la gestión 1997 esos indicadores experimentan incrementos substanciales bruscos, precisamente por efecto de los nuevos seguros.

Impacto Institucional.-

Así tenemos, que el número de consultas externas efectuadas a nivel nacional durante la gestión 1995 fue de 2.345.579 casos, y para 1996 ascendió a 2.355.949 casos; es decir un incremento de 0.44%. Sin embargo para 1997 el número de consultas externas atendidas por la CNS alcanzó a 2.880.750 casos, significando un incremento de 22.28% respecto al año anterior.

Sucede lo mismo en cuanto al comportamiento del número de hospitalizaciones, a nivel nacional. Puesto que en 1995 se hospitalizaron 60.994 personas y para 1996 se hospitalizaron 65.359 pacientes, es decir que hubo un incremento del 7.16%. Mientras que en la gestión 1997 éste se incrementó abruptamente hasta 77.723 casos, significando una elevación del 18.92%.

**CNS : EVOLUCION GENERAL DE HOSPITALIZACIONES
Y CONSULTAS EXTERNAS
(Número de casos)**

Cuadro. 28

REGIONALES	1995		1996		1997	
	CONSULTAS	HOSPITALIZ.	CONSULTAS	HOSPITALIZ.	CONSULTAS	HOSPITALIZ.
LA PAZ	817,483	18,056	791,443	18,920	939,785	21,249
COCHABAMBA	352,622	9,241	346,264	9,639	411,616	11,099
SANTA CRUZ	369,785	9,041	412,156	10,398	553,378	12,636
ORURO	189,663	5,224	181,866	5,685	222,317	6,880
POTOSI	113,339	4,089	105,528	4,495	126,087	5,675
SUCRE	120,841	4,803	127,508	4,904	159,815	5,946
TARJA	76,530	1,902	83,391	2,064	99,219	2,693
TRINIDAD	51,367	1,624	57,195	1,928	70,275	2,477
COBIZA	12,973	259	13,839	267	15,570	372
TUMIZA	40,543	1,047	45,912	1,042	53,929	1,601
UNCIA	44,696	1,049	39,483	1,095	43,284	979
UYUNI	18,698	359	19,561	478	21,179	764
ATOCHA	38,043	1,398	38,495	1,597	37,658	1,530
YACUIBA	17,524	517	14,775	536	26,464	735
CAMBURI	23,075	692	22,438	621	27,452	784
RIBERALTA	24,235	691	21,834	740	33,378	1,003
VALLEGRANDE	13,124	245	12,380	271	15,064	306
GUYARAMERIN	12,711	540	13,285	417	15,140	724
CAMARGO	8,327	217	8,596	262	9,140	270
TOTALES	2,345,579	60,994	2,355,949	65,359	2,880,750	77,723

FUENTE.- Elaboración propia

SEGURO NACIONAL DE VEJEZ
RESUMEN NAL. DE PRESTACIONES
Periodo: abril a diciembre/97

Cuadro No. 29

ADMINISTRACIONES	CONSULTA EXTERNA			HOSPITALIZACION		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
REGIONALES						
LA PAZ	7,978	9,244	17,222	1,556	1,770	3,326
COCHABAMBA	8,077	12,930	21,007	1,060	1,916	2,976
SANTA CRUZ	11,787	17,679	29,466	619	606	1,225
ORURI	2,547	3,280	5,827	105	169	274
POTOSI	1,277	1,996	3,273	133	180	313
SUCRE	2,650	4,142	6,792	316	563	879
TARIJA	3,319	4,454	7,773	212	190	402
TRINIDAD	1,943	2,502	4,445	155	155	310
COBIJA	465	486	951	51	86	137
TUPIZA	2,236	3,217	5,453	105	142	247
GNACIA	420	907	1,327	384	718	1,102
UYUNI	331	505	836	5	9	14
ATOCHA	44	70	114	3	2	5
CAMIRI	1,016	1,094	2,110	67	94	161
VALLEGRANDE	925	1,509	2,434	115	274	389
YACUIBA	1,473	2,400	3,873	56	101	157
RIBERALTA	705	1,185	1,890	68	89	157
GUAYARAMERIN	1,326	2,169	3,495	57	71	128
MONTERO	79	102	181	-	-	-
T O T A L	48,598	69,871	118,469	5,067	7,135	12,202

FUENTE.- Elaboración propia

SEGURO NACIONAL DE VEJEZ

ATENCIÓNES MEDICAS DE ACUERDO AL D.S. 24448
PERIODO: ABRIL - DICIEMBRE/97

L.A PAZ.

Cuadro No.30

CONSULTA EXTERNA

CENTROS	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
POL. "MANCO KAPAC"	18	24	42	90	125	215	156	134	290	193	266	459
POL. "9 de ABRIL"	18	8	26	114	116	230	211	211	422	194	255	449
POL. "CENTRAL"	9	16	25	24	41	65	30	46	76	63	82	145
POL. "MIRAFLORES"	65	69	134	79	101	180	84	101	185	73	113	186
POL. "EL ALTO"	91	115	206	176	225	401	400	328	728	430	397	827
POL. "VILLA FATIMA"	42	70	112	116	130	246	106	135	241	143	180	323
POL. "21 de SEPTBRE."	9	15	24	21	25	46	28	34	62	40	51	91
POL. "JUDICIAL"	3	-	3	5	1	6	3	1	4	2	1	3
POL. "VIACHA"	-	-	-	6	6	12	12	18	30	13	17	30
HOSP. OBRERO No. 1	72	88	160	106	78	184	84	64	148	57	46	103
HOSP. PSIQUIATRIA	2	2	4	2	2	4	6	6	12	6	13	19
T O T A L	329	407	736	739	850	1589	1120	1078	2198	1214	1421	2635

HOSPITALIZACION

CENTROS	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
HOSP. OBRERO No. 1	26	21	47	36	39	75	34	51	85	40	35	75
HOSPITAL # 8 "L.U.O."	-	-	-	22	34	56	51	21	72	34	39	73
HOSP. PSIQUIATRIA	-	-	-	1	-	1	3	-	3	3	2	5
INST. REHABILITACION	2	8	10	5	-	5	14	4	18	16	-	16
CENTRO ESPECIALIDAD	-	-	-	-	-	-	34	51	85	40	35	75
T O T A L	28	29	57	64	73	137	136	127	263	133	111	244

FUENTE.- Elaboración propia

CONSULTA EXTERNA

CENTROS	AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
	POL. "MANCO KAPAC"	158	218	376	182	251	433	194	268	462	146	131
POL. "9 de ABRIL"	200	177	377	107	191	298	117	208	325	50	66	116
POL. "CENTRAL"	32	62	94	140	109	249	33	50	83	35	42	77
POL. "MIRAFLORES"	45	58	103	40	58	98	27	37	64	22	36	58
POL. "EL ALTO"	147	120	267	370	471	841	282	358	640	374	325	700
POL. "VILLA FATIMA"	133	168	301	147	186	333	221	280	501	109	139	248
POL. "21 de SEPTBRE."	33	34	67	18	32	50	18	46	64	30	28	58
POL. "JUDICIAL"	4	2	6	2	2	4	1	2	3	1	3	4
POL. "VIACHA"	7	24	31	24	22	46	20	25	45	15	27	42
HOSP. OBRERO No. 1	44	20	64	38	11	49	60	35	95	57	43	100
HOSP. PSIQUIATRIA	4	11	15	3	4	7	1	12	13	2	13	15
T O T A L	807	894	1701	1071	1337	2408	974	1321	2295	840	853	1693

HOSPITALIZACION

CENTROS	AGOSTO			SEPTBRE.			OCTUBRE			NOVIEMBRE		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
	HOSP. OBRERO No. 1	33	36	69	38	43	81	28	31	59	35	44
HOSPITAL # 8 "L.U.O."	30	32	62	15	26	41	26	30	56	18	28	46
HOSP. PSIQUIATRIA	2	3	5	1	2	3	1	2	3	1	5	6
INST. REHABILITACION	133	161	294	147	170	317	178	210	388	154	181	335
CENTRO ESPECIALIDAD	33	36	69	38	43	81	28	31	59	35	44	79
T O T A L	231	268	499	239	284	523	261	304	565	243	302	545

FUENTE.- Elaboración]

CONSULTA EXTERNA

CENTROS	TOTAL	DICIEMBRE			TOTAL GENERAL		
		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
SANITARIOS							
POL. "MARCO KAPAC"	277	161	150	311	1298	1567	2865
POL. "9 de ABRIL"	116	190	279	469	1201	1511	2712
POL. "CENTRAL"	77	45	76	121	411	524	935
POL. "MIRAFLORES"	57	19	24	43	453	597	1050
POL. "EL ALTO"	699	316	403	719	2586	2742	5328
POL. "VILLA FATIMA"	248	12	15	27	1029	1303	2332
POL. "21 de SEPTERE."	58	28	24	52	225	289	514
POL. "JUDICIAL"	4	1	5	6	22	17	39
POL. "VIACHA"	42	35	38	73	132	177	309
HOSP. OBRERO No. 1	100	70	60	130	588	445	1033
HOSP. PSIQUIATRIA	15	7	9	16	33	72	105
T O T A L	1693	884	1083	1967	7978	9244	17222

HOSPITALIZACION

CENTROS	RE	DICIEMBRE			TOTAL GRAL.		
		H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
SANITARIOS							
HOSP. OBRERO No. 1	79	31	42	73	301	342	643
HOSPITAL # 8 "L.U.O."	46	17	19	36	213	229	442
HOSP. PSIQUIATRIA	6	1	3	4	13	17	30
INST. REHABILITACION	335	141	166	307	790	900	1690
CENTRO ESPECIALIDAD	79	31	42	73	239	282	521
T O T A L	545	221	272	493	1556	1770	3326

FUENTE.- Elaboración I

ATENCIÓNES MÉDICAS DE ACUERDO AL SEGURO NACIONAL DE VEJEZ D.S. 24448
PERIODO: ABRIL - DICIEMBRE/97 (CONSULTA EXTERNA)
I/A PAZ-INTERIOR

Cuadro No.31

ADMINISTRACION REGIONAL	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
	LA PAZ	329	407	736	739	859	1589	1120	1078	2198	1214	1421
COCHABAMBA	15	85	100	322	225	657	781	1171	1952	720	1079	1799
SANTA CRUZ	223	334	557	996	1494	2490	1317	1975	3292	1713	2569	4282
CRURO	193	293	396	237	321	558	305	372	677	360	449	809
FOTOSI	2	7	9	16	41	57	200	313	513	66	106	172
SUCRE	207	357	564	441	756	1197	547	808	1355	630	921	1551
PARIJA	64	74	138	195	246	431	472	693	1165	465	654	1119
TRINIDAD	113	132	245	176	182	358	331	379	710	166	233	399
GOBIJA	8	3	11	76	52	128	43	56	99	32	39	71
TUPIZA	26	45	71	57	59	116	83	178	261	64	127	191
UNCIA	62	187	249	83	164	247	96	194	290	35	67	102
UYUNI	20	23	43	27	51	78	35	61	96	42	56	98
ATOCHA	1	2	3	3	1	4	3	5	8	7	8	15
CAMIRI	38	67	105	42	76	118	86	154	240	117	187	304
VALLEGRANDE	17	29	46	48	77	125	92	151	243	126	205	331
YACUIBA	19	32	51	118	192	310	198	322	520	209	340	549
RIBERALTA		42	42	30	54	84	65	97	162	85	113	198
GUAYARAMERIN	88	138	226	169	264	433	132	206	338	193	302	495
MONTERO	-	-	-	2	4	6	4	5	9	3	5	8
T O T A L :	1425	2167	3592	3767	5219	8986	5910	8218	14128	6247	8881	15128

FUENTE.- Elaboración propia

ADMINISTRACION REGIONAL	AGOSTO				SEPTIEMBRE				OCTUBRE				NOVIEMBRE			
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	
	LA PAZ	807	894	1701	1071	1337	2408	974	1321	2295	840	853	1693			
COCHABAMBA	2278	4316	6594	938	1407	2345	1234	1854	3088	781	1171	1952				
SANTA CRUZ	1294	1941	3235	1732	2599	4331	1923	2884	4807	1314	1971	3285				
ORURO	309	383	692	357	479	835	311	418	729	234	323	557				
POTOSI	38	461	499	209	322	531	516	49	565	41	404	445				
SUCRE	176	305	481	171	175	346	139	238	377	163	280	443				
TARIJA	410	576	986	439	577	1016	419	539	958	402	532	934				
TRINIDAD	224	341	565	273	354	627	247	367	614	214	274	488				
GOBIJA	80	42	122	59	67	126	69	85	154	52	80	132				
TUPIZA	211	361	572	615	1149	1764	351	404	755	392	420	812				
UNCIA	32	76	108	23	44	67	30	62	92	25	51	76				
UYUNI	56	69	125	33	75	108	32	56	88	41	54	95				
ATOCHA	7	9	16	7	11	18	3	10	13	1	11	12				
CAMIRI	193	141	334	103	104	207	130	212	342	155	84	239				
VALLEGRANDE	119	193	312	171	279	450	138	226	364	119	195	314				
YACUIBA	148	242	390	204	333	537	210	342	552	176	286	462				
RIBERALTA	83	118	201	89	133	222	103	184	287	115	205	320				
GUAYARAMERIN	144	226	370	170	267	437	177	315	492	125	223	348				
MONTERO	6	10	16	23	29	52	17	21	38	6	7	13				
T O T A L :	6615	10704	17319	6687	9740	16427	7023	9587	16610	5196	7424	12620				

ADMINISTRACION REGIONAL	DICIEMBRE			TOTAL GENERAL		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
LA PAZ	884	1083	1967	7978	9244	17222
COCHABAMBA	1008	1512	2520	8077	12930	21007
SANTA CRUZ	1275	1912	3187	11787	17679	29466
ORURO	241	333	574	2547	3280	5827
POTOSI	189	293	482	1277	1996	3273
SUCRE	176	302	478	2650	4142	6792
TARIJA	463	563	1026	3319	4454	7773
TRINIDAD	199	240	439	1943	2502	4445
COBIZA	46	62	108	465	486	951
TUPIZA	437	474	911	2236	3217	5453
UNCIA	34	62	96	420	907	1327
UYUNI	45	60	105	331	505	836
ATOCHA	12	13	25	44	70	114
CAMIRI	152	69	221	1016	1094	2110
VALLEGRANDE	95	154	249	925	1509	2434
YACUIBA	191	311	502	1473	2400	3873
RIBERAITA	135	239	374	705	1183	1890
GUAYARAPERIN	128	228	356	1325	2129	3495
MONTERO	18	21	39	79	112	181
T O T A L :	5728	7931	13659	48598	69271	118469

SEGURO NACIONAL DE VEJEZ
ATENCIÓNES MÉDICAS DE ACUERDO AL D.S. 24448
PERÍODO: abril a diciembre/97 (HOSPITALIZACIÓN)
LA PAZ-INTERIOR

Cuadro No. 32

ADMINISTRACION	ABRIL			MAYO			JUNIO			JULIO		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
REGIONAL	28	29	57	64	73	137	136	127	245	133	111	228
LA PAZ	4	-	4	24	5	29	31	55	86	35	63	98
COCHABAMBA	-	-	-	47	21	68	63	82	145	71	85	156
SANTA CRUZ	4	6	10	11	16	27	13	21	34	16	25	41
ORURO	-	-	-	7	9	16	11	14	25	18	28	46
POTOSI	6	10	16	13	23	36	28	51	79	33	59	92
SUCRE	29	15	44	15	17	32	23	16	39	26	26	52
TARIJA	11	9	20	19	13	32	15	18	33	10	9	19
TRINIDAD	-	-	-	3	5	8	4	6	10	3	6	9
COBIJA	3	5	8	6	8	14	11	14	25	16	20	36
TUPIZA	16	14	30	29	26	55	46	92	138	43	89	132
UNCIA	-	-	-	-	-	-	3	5	8	-	-	-
UYUNI	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ATOCHA	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
CAMIRI	2	4	6	6	10	16	8	7	15	7	12	19
VALLEGRANDE	-	-	-	-	-	-	-	-	-	25	42	67
YACUIBA	1	3	4	4	9	13	7	16	23	5	8	13
RIBERAUTA	2	5	7	4	5	9	8	5	13	12	17	29
GUAYARAMERIN	2	3	5	12	18	30	4	9	13	5	6	11
T O T A L	108	103	211	264	258	522	411	538	931	458	606	1,048

FUENTE.-Elaboración propia

ADMINISTRACION REGIONAL	AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
	231	268	205	239	284	206	261	304	565	243	302	545
116	206	322	40	70	110	18	32	50	467	831	1,298	
75	77	152	126	78	204	67	95	162	73	81	154	
12	19	31	12	20	32	14	23	37	12	18	30	
16	22	38	18	24	42	16	21	37	19	26	45	
38	67	105	32	58	90	50	89	139	54	95	149	
26	21	47	26	28	54	22	23	45	24	22	46	
20	12	32	29	23	52	20	30	50	12	24	36	
8	13	21	5	11	16	3	5	8	10	15	25	
22	27	49	16	27	43	10	15	25	9	13	22	
48	94	142	45	95	140	48	87	135	46	86	132	
-	-	-	-	-	-	2	4	6	-	-	-	
-	-	-	-	-	-	3	2	5	-	-	-	
12	11	23	2	10	12	10	15	25	14	15	29	
36	93	129	21	54	75	10	27	37	11	28	39	
6	9	15	8	10	18	8	13	21	11	22	33	
5	8	13	4	12	16	12	9	21	6	10	16	
7	9	16	6	4	10	11	6	17	5	6	11	
T O T A L	678	956	1,340	629	808	1,120	585	800	1,385	1,016	1,594	2,610

ADMINISTRACION REGIONAL	DICIEMBRE			TOTAL GENERAL		
	H	M	TOTAL	H	M	TOTAL
LA PAZ	221	272	493	1,556	1,770	3,326
COCHABAMBA	325	654	979	1,060	1,915	2,976
SANTA CRUZ	97	87	184	619	605	1,225
CRURO	11	21	32	105	169	274
POCOSI	28	36	64	133	180	313
SUCRE	62	111	173	316	563	879
TARIJA	21	22	43	212	190	402
TRINIDAD	19	17	36	155	155	310
CCBIJA	15	25	40	51	86	137
TUPIZA	12	13	25	105	142	247
UNCIA	63	135	198	384	718	1,102
UYUNI	-	-	-	5	9	14
ATOCHA	-	-	-	3	2	5
CAMIRI	6	10	16	67	94	161
VALLEGRANDE	12	30	42	115	274	389
YACUIBA	6	11	17	56	101	157
RIBERALTA	15	18	33	68	89	157
GUAYARAMERIN	5	10	15	57	71	128
T O T A L	918	1,472	2,390	5,067	7,135	12,202

Todo debido a que los centros sanitarios dependientes de la Caja Nacional de Salud, durante el periodo abril a diciembre/97, atendieron en consulta externa 118.469 casos, de los cuales 48.598 fueron varones y el resto 69.871 fueron mujeres y se hospitalizaron a 12.202 personas, de los cuales 5.067 fueron varones y 7.135 fueron mujeres.

7.1.4 Análisis del Costo de Prestaciones.

Calculo Actuarial de la Prima Anual de \$us. 41.00.-

La Caja Nacional de Salud – antes de la promulgación del D.S. 24448- calculó la prima anual para el seguro de vejez con indicadores correspondientes a 1995, los que no se proyectaron a 1996, considerando que el seguro entraba en vigencia en abril de 1996. Es más no se consideró la Tasa de Morbilidad es decir la probabilidad o el riesgo de enfermarse. Dicho cálculo se realizó de la siguiente manera:

1. Población = 201.972 personas mayores de 65 años

2. Indicadores técnicos – 1995 (según Anuario Estadístico – CNS – 1995)

$$\begin{array}{l}
 - \quad \text{I.C.E.} = \frac{\text{Total Consultas}}{\text{Pobl. Aseg.}} = \frac{2.345.579}{1.424.393} = 1.64672 \\
 - \quad \text{I.E.H.} = \frac{\text{Tot. Egreso Hosp.}}{\text{Pobl. Aseg.}} = \frac{60.994}{1.424.393} = 0.04282
 \end{array}$$

Donde:

ICE = Índice de Consulta Externa
 IEH = Índice de Egreso Hospitalario

- Costo Unitario de Consulta Externa (C.U.C.E.) = 33.44 Bs.
- Costo Unitario de Egreso Hospitalario (C.U.E.H.) = 2.704.01 Bs.

3. Cálculo de costos.-

- Costo Consulta Externa (C.C.E.)

$$C.C.E = (\text{Pobl. Aseg.}) (I.C.E) (C.U.C.E.) (G.Adm)$$

$$C.C.E = (201.972) (1.64672) (33.44) (1.10) = 12.234.054.41$$

- Costo Egreso Hospitalario

$$C.E.H.= (\text{Pobl. Aseg}) (I.E.H.) (C.U.E.H.) (G.Adm)$$

$$C.E.H.= (201.972) (0.0428210) (2.704.01) (1.10) = \underline{25.724.618.91}$$

$$COSTO ESTIMADO ANUAL = \underline{37.958.673.32}$$

4. Cálculo de la Prima de Cotización

$$P = \frac{\text{Costo estimado anual}}{\text{Población Aseg.}} = \frac{37.958.673.32}{201.972}$$

$$P = 187.94 \text{ Bs.}$$

$$P = 36.64 \text{ \$us.} \cong 37.00 \text{ \$us.}$$

$$P = 37.00 \text{ \$us} + 10\% \text{ de imprevistos}$$

$$P = 37.00 \text{ \$us} + 3.7 \text{ \$us}$$

$$P = 40.70 \text{ \$us.} \cong 41.00 \text{ \$us.}$$

Calculo Actuarial de la Prima Real

Considerando indicadores técnicos correspondientes a 1996 y la Tasa de Morbilidad que incide en el Índice de Hospitalización.

1. Población = 212.325 personas mayores de 65 años

2. Indicadores técnicos – 1996 (según Anuario Estadístico – CNS – 1996)

$$- \quad \text{I. C.E.} = \frac{\text{Total Consultas}}{\text{Pobl. Aseg.}} = \frac{2.355.949}{1.475.816} = 1.59637$$

$$- \quad \text{I.E.H.} = \frac{\text{Tot.Egreso Hosp.}}{\text{Pobl. Aseg.}} = \frac{65.359}{1.475.816} = 0.04429$$

Mas +

$$\text{Tasa de Morbilidad} = \underline{0.028}$$

(Probabilidad de que los que consultan se hospitalicen)

$$\text{T.M.} = \frac{\text{Total Egreso Hosp.}}{\text{Total Consultas}} = \frac{60.994}{2.355.949}$$

$$\text{T.M.} = 0.028$$

$$- \quad \text{Nuevo I.E.H.} = 0.07229$$

$$- \quad \text{Costo Unitario Consulta Ext (CUCE)} = 40.28$$

$$- \quad \text{Costo Unitario Egreso Hosp (CUEH)} = 2.905.33$$

3. Cálculo de Costos.-

- Costo Consulta Externa (C.C.E.)

$$C.C.E = (\text{Pobl. Asc.}) (I.C.E) (C.U.C.E.) (G.Adm)$$

$$C.C.E = (212.325) (1.59637) (40.28) (1.10) = 15.018.163.82$$

- Costo Egreso Hospitalario

$$C.E.H = (\text{Pobl.Aseg}) (I.E.H.) (C.U.E.H.) (G.Adm)$$

$$C.E.H = (212.325) (0.07229) (2.905.33) (1.10) = \underline{49.053.218.89}$$

$$COSTO REAL ANUAL = \underline{64.071.382.71}$$

4. Calculo de la Prima Real de Cotizaciones.-

$$P = \frac{64.071.382.71}{212.325}$$

$$P = 301.76 \text{ Bs.}$$

$$P = 58.82 \text{ \$us.} \cong 59.00 \text{ \$us.}$$

Aquí cabe observar lo siguiente:

Primero, que a pesar que la base poblacional del estudio se incrementó de 201.972 a 212.325 personas, es decir un 5.13%, sin embargo por efecto de la actualización de los indicadores técnicos (anuario estadístico – CNS – 1996) el costo total de prestaciones que la CNS incurre para atender a esta nueva población asegurada, se incrementa en un 68.79 %, esto es de 37.958.673.32 Bs. a 64.071.382.71 Bs.

Segundo, que la prima real de cotización per cápita anual alcanza a 59.00 \$us., 18.00 \$us mas que el vigente.

Impacto Institucional

- Que la CNS, por el lado de los costos, pierde Bs. 26.112.709.39 año. Por efecto de la actualización de indicadores técnicos, la incorporación en el estudio de la tasa de morbilidad en el costo de hospitalización y la consideración real de la población beneficiaria.
- Que la CNS, por el lado de los ingresos en función de la prima de cotización, pierde \$us. 4.246.323.00 anual por efecto del mal cálculo de la prima de cotizaciones.

7.2. Seguro Nacional de Maternidad y Niñez

Este nuevo modelo de seguro difiere del anterior por el origen de su financiamiento. Considerando que la Ley de Participación Popular garantiza la distribución de los Ingresos Nacionales, a todas las jurisdiccionales municipales, en función de la proporción poblacional.

Es por ello que no se perciben problemas en la fuente de recursos financieros para solventar este seguro. Empero esta situación no exime de ninguna manera el enfrentamiento de problemas técnico administrativos, los que en definitiva suponen también perjuicios institucionales.

Recuérdese que el modelo ofrece servicios médicos, en todos los centros asistenciales del país, dependientes del Ministerio de salud y de todo el sistema de seguros de corto plazo

(Cajas de Salud), a las madres gestantes y sus niños menores de 5 años, por lo que las Alcaldías mediante los DILOS (Directores Locales de Salud) se hacen cargo de la cancelación, a las Cajas y a otros centros sanitarios, por tales servicios en función de facturaciones.

Para el cumplimiento de tales mecanismos, el Ministerio de Salud emite una reglamentación mediante R.S. No. 1010 de 31.12.96 mediante la cual se aprueban los precios de los paquetes de atención que comprenden medicamentos e insumos a utilizar para el efecto.

Paquete de medicamentos

Mujeres en edad fértil

a) 4 Consultas prenatales	Bs.	8.00
b) Riesgo obstétrico (consulta)	Bs.	2.00
c) Conducción de Parto	Bs.	15.00
d) Parto Normal	Bs.	45.00
e) Cesárea	Bs.	250.00
f) Atención Post Parto	Bs.	2.00
g) Amenaza de parto prematuro	Bs.	250.00
h) Atención de pre eclampsia	Bs.	55.00
i) Atención de eclampsia	Bs.	100.00
j) Hemorragia del 3er. Trimestre	Bs.	115.00
k) Atención hemorragia puerperal	Bs.	90.00
l) Infección puerperal sepsis	Bs.	360.00

Niños menores a 5 años

a) Paquete de ictericia del recién nacido	Bs.	15.00
b) Paq. Recién nacido con sufrimiento fetal	Bs.	80.00
c) Sepsis neonatal	Bs.	175.00

d) Paq. Neumonía en recién nacidos	Bs.	175.00
e) Paq. Neumonía grave	Bs.	160.00
f) Neumonías tratamiento ambulatorio	Bs.	2.00
g) IRA sin neumonías	Bs.	2.00
h) Paq. diarrea - manejo hospitalario	Bs.	40.00
i) Diarrea – manejo ambulatorio	Bs.	2.00

7.2.1 Análisis de Atenciones y Facturaciones

Las informaciones que brindan El Departamento de Cotizaciones, el Departamento de Cobranzas y el Departamento de Estadística de la Caja Nacional de Salud (ver cuadros 33, 34, 35, y 36) señalan que el funcionamiento del seguro desde junio de 1996 hasta diciembre de 1997, tiene los siguientes resultados:

Durante el segundo semestre de 1996, la CNS atendió 5.551 casos, de los cuales 2.670 casos corresponden a atenciones de maternidad, 51 casos de atenciones a recién nacidos enfermos, 1.614 casos de atenciones a niños enfermos menores de 5 años, y 1.216 casos de atenciones en laboratorio y rayos x.

Por tales atenciones la CNS facturó un total de Bs. 89.620.00, de los cuales DILOS solo canceló Bs. 81.737.25, quedando un saldo por cobrar de Bs. 7.882.75.

En la gestión 1997, la Caja Nacional de Salud atendió 32.813 casos, 27.262 casos mas que en 1996, significando un incremento de mas del 500%.

Al igual que el año anterior, en 1997, por el total de las atenciones DILOS tampoco cumple con sus obligaciones, puesto que la CNS factura por ese periodo un monto de Bs. 621.448.00, de los cuales solo se cancelan Bs. 347.062.25, generándose un déficit de Bs. 274.385.75.

Naturalmente, esos adeudos tarde o temprano serán cancelados, sin embargo, en vista de que el sistema de seguridad social a corto plazo se maneja bajo el mecanismo de Reparto simple, el perjuicio ocasionado es irrecuperable.

**CNS: FACTURACIONES POR ATENCIONES DEL SEGURO
DE MATERNIDAD Y NIÑEZ
Gestión 1996 (2do.semestre)**

Cuadro No. 33

TIPO DE ATENCION	LA PAZ		INTERIOR		TOTAL	
	CASOS	COSTO Bs.	CASOS	COSTO Bs.	CASOS	COSTO Bs.
Maternidad	2,221	47,545.00	449	21,588.00	2,670.00	69,133.00
Recién nacido enfermo	28	1,312.00	23	885.00	51.00	2,197.00
Niño menor a 5 años	1,178	10,028.00	436	4,952.00	1,614.00	14,980.00
Laboratorio y Rayos X	1,034	2,722.00	182	588.00	1,216.00	3,310.00
TOTALES	4,461	61,607.00	1,090	28,013.00	5,551	89,620.00

FUENTE.- Elaboración propia en base a información de la Of. De Estadística de la CNE

**CNS: CANCELACION DE FACTURAS
Gestión 1996
(En Bolivianos)**

Cuadro No. 34

REGIONAL	TOTAL FACTURADO	TOTAL PAGADO	SALDO A COBRAR
La Paz	61,607.00	55,984.25	5,622.75
Potosí	3,087.00	6,193.00	1,894.00
Sucre	7,711.00	7,711.00	-
Tarja	7,751.00	7,751.00	-
Camari	730.00	64.00	666.00
Uyuni	2,991.00	2,391.00	(300.00)
Uncía	1,643.00	1,643.00	-
TOTALES	89,620.00	81,737.25	7,882.75

FUENTE.- Elaboración propia en base a información del Dpto. Nal. De Coberturas - CNS

**CNS: FACTURACIONES POR ATENCIONES DEL SEGURO
DE MATERNIDAD Y NIÑEZ**
Gestión 1997

Cuadro No. 35

TIPO DE ATENCION	LA PAZ		INTERIOR		TOTAL	
	CASOS	COSTO	CASOS	COSTO	CASOS	COSTO
Maternidad	5,377	190,906.00	8,373	301,932.00	13,750	492,838.00
Recien nacido enfermo	126	8,520.00	130	12,200.00	256	20,720.00
Niño menor a 5 años	2,604	31,842.00	2,339	39,640.00	4,943	71,482.00
Laboratorio y Rayos X	6,573	17,000.00	7,291	19,408.00	13,864	36,408.00
TOTALES	14,680	248,268.00	18,133	373,180.00	32,813	621,448.00

FUENTE.- Elaboración propia en base a información
de la Of. De Estadística de la CNS

CNS: CANCELACION DE FACTURAS
Gestión 1997

Cuadro No. 36

REGIONAL	TOTAL FACTURADO	TOTAL PAGADO	SALDO A COBRAR
La Paz	248,268.00	169,418.25	78,849.75
Cochabamba	110,597.00	57,479.00	53,118.00
Santa Cruz	26,718.00		26,718.00
Oruro	67,124.00	52,098.00	15,026.00
Potosí	51,392.00	19,111.00	32,281.00
Sucre	26,869.00	16,930.00	9,939.00
Tarija	36,988.00	8,398.00	28,590.00
Trinidad	8,825.00	4,490.00	4,335.00
Cobija	384.00		384.00
Tupiza	8,148.00	1,971.00	6,177.00
Camiri	7,283.00	3,063.00	4,220.00
Uyuni	5,862.00	3,815.00	2,047.00
Atocha	12,998.00	5,764.00	7,234.00
Uncía	9,992.00	4,525.00	5,467.00
TOTALES	621,448.00	347,062.25	274,385.75

FUENTE.- Elaboración propia en base a información
del Dpto. Nal. De Cotizaciones - CNS

7.2.2 Análisis de Costos en Prestaciones.

Con el propósito de establecer el impacto real en la CNS, es necesario efectuar estudios de costos comparativos entre los costos que cancela DILOS a la CNS respecto a los costos reales que a la CNS le significan la atención de este seguro.

Entonces, partiendo de que los ingresos a la CNS – según disposiciones legales en vigencia- suponiendo en:

**CNS: INGRESOS POR EL SEGURO NACIONAL
DE MATERNIDAD Y NIÑEZ
S/D.S. 24303**

GESTION	CASOS	INGRESOS
1996	5.551	89.620.00
1997	32.813	621.448.00
TOTAL	38.364	711.068.00

Ello implica, que aproximadamente DILOS cancela a la CNS Bs. 18.53 por persona atendida según el seguro, ya sea madre o niño.

Pero veamos cuanto le cuesta realmente a la CNS atender a dichos beneficiarios

7.2.3 Estudios de Costos en la CNS

Para el calculo de costos se toma como referencia al Hospital Maternológico 18 de Mayo, cuya estructura de costos para prestaciones difiere de lo vigente.

7.2.3.1 Costos Unitarios de Consulta Externa

a) Estructura de Costos Consulta Externa.-

Componentes del costo.	COSTO UNITARIO	
- Servicios personales	Bs.	5.53
- Medicamentos, Mat. De curación, otros	Bs.	0.44
- Alimentación	Bs.	0.63
- Ropa y vestuario	Bs.	0.13
- Transporte y otros	Bs.	0.35
- Mantenimiento y Reparación	Bs.	0.02
- Depreciación y castigo	Bs.	0.17
- Gastos generales	Bs.	0.32
COSTO UNITARIO	Bs.	2.06

En consecuencia el costo percapita que le demanda a la CNS por la atención a sus asegurados en el Hospital Maternológico 18 de mayo, es de Bs. 2.06. En contraposición a lo estipulado por el seguro materno infantil de Bs. 2.00 por consulta, la diferencia no es muy significativa.

Nótese que no se considera el costo de servicios personales, debido a que el personal médico y paramédico ya cuentan con salarios retribuidos a tiempo completo. Por lo tanto no pueden ser retribuidos por doble partida.

b) Estructura de Costos de Hospitalización por Partos.-

Componentes del costo.	COSTO UNITARIO	
- Servicios personales	Bs.	1.193.14
- Medicamentos y mat. De curación	Bs.	100.24
- Alimentación	Bs.	169.73
- Ropa y vestuario	Bs.	29.58
- Servicio de transporte y otros	Bs.	66.73

- Mantenimiento y reparación	Bs.	4.92
- Depreciación y castigo	Bs.	88.28
- Gastos generales	Bs.	<u>88.78</u>
COSTO UNITARIO HOSPITALIZ.	Bs.	548.57

La Caja Nacional de Salud, de acuerdo a sus indicadores técnicos correspondientes a 1996, para la atención de hospitalización a sus asegurados en el Hospital Maternológico 18 de mayo, incurre en un costo percapita de Bs. 548.57. No se contempla los servicios personales por la misma razón antes señalada.

- El análisis comparativo muestra que por la vía del D.S. 24303 se reconoce en la práctica un promedio de costo global percapita de Bs. 18.53. de los cuales para Bs. 8.00 corresponden a 4 consultas de Bs. 2.00. Entonces, ello implica que solamente Bs. 10.83 cubrirá el costo de hospitalización, costo que se encuentra muy por debajo del costo unitario real que a la CNS le conlleva, de Bs. 548.57 por persona (incluye la atención a niños recién nacidos). Por tanto, la diferencia es absorbida por los costos de otros centros sanitarios de la CNS por efecto del sistema de financiamiento de reparto simple.
- Cabe aclarar que los precios de los paquetes dispuestos, y las diferentes combinaciones de los mismos, por la complejidad médica, es difícil calcular el déficit financiero institucional por este concepto.

CAPITULO VIII CONCLUSIONES

En Bolivia los nuevos Seguros de Vejez, Maternidad y Niñez, implementados en el sistema de seguridad social de corto plazo, obviamente tuvieron un impacto altamente contraproducente en el normal funcionamiento de los entes gestores, especialmente en la Caja Nacional de Salud.

Este fenómeno solo puede ser explicado en la medida en que se logre captar o percibir los verdaderos objetivos para los que fueron creados.

Teóricamente tales disposiciones legales contienen objetivos altamente positivos, como el de la protección a la población mayor de 65 años, a las madres en edad fértil y a sus niños menores de 5 años, así también como la ampliación de cobertura de la población beneficiaria. Sin embargo, tal cometido no tiene –desde el punto de vista de la economía– ninguna significación, si el precio de ello será en definitiva la transferencia de la administración de entes gestores a la iniciativa privada.

Cómo se explica y fundamenta aquello?

- El modelo económico vigente, desde agosto de 1985, denominado Neoliberal, no admite subsidios a las familias ni subvenciones a las empresas, el mercado es el único mecanismo asignador de recursos, el Estado experimenta un proceso permanente de achicamiento, crecen y se fomentan las unidades empresariales, la apertura del mercado brinda enormes facilidades para el ingreso de nuevos capitales externos de inversión, se desarrolla un proceso imparable de capitalizaciones y/o privatización de las principales empresas públicas estratégicas bolivianas.

En ese marco, se evidencia que los sistemas administrativos públicos o estatales se tornaron muy ortodoxos, pesados, burocráticos, e ineficientes.

Bajo esa filosofía imperante, la seguridad social boliviana en la praxis no tiene cabida, puesto que los principios filosóficos en los que se sustenta el Código de Seguridad Social son totalmente contrarios a los de la Política Económica Nacional, ya que la razón de ser de la seguridad social es el principio de “solidaridad”; mientras que la razón de ser de la Política Económica Neoliberal es el “individualismo”.

- Los procesos de capitalización y/o privatización aplicados en el país, son una corriente o tendencia mundial, por efecto de la globalización de la economía internacional. Por tanto la seguridad social boliviana no puede abstraerse de dicho fenómeno.
- En el escenario antes descrito, los procesos no se suscitan casualmente, son producto de intenciones deliberadas. Es decir que antes de la aplicación de reformas estructurales se generan en principio condiciones objetivas y subjetivas, para luego aplicar reformas supuestamente justificadas.
- El análisis histórico de la seguridad social boliviana revela que, cuando se promulga el Código de Seguridad Social en 1956, el contexto socioeconómico fue totalmente diferente al actual. En 1956 emergía el nacionalismo revolucionario como pensamiento político económico, la burguesía transnacional fue desplazada por la burguesía nacional, la política económica aplicada fue el de desarrollo hacia adentro con sustitución de importaciones, los trabajadores y los obreros se hallaban orgánicamente cohesionados. La correlación de fuerzas se inclinaba por la clase obrera.
- En contraposición, el panorama actual naturalmente que es muy diferente, el contexto socio político y económico experimentó un cambio radical.
- Desde 1956 a la fecha, la seguridad social en Bolivia experimenta reformas estructurales. Reformas que siempre obedecieron a la correlación de fuerzas imperante. Así tenemos el D.L. 10173 de 28.03.72 denominado de racionalización, el

mismo que se caracterizó por disminuir sutilmente los aportes al sistema, principalmente el patronal. La Ley 924 de 15.04.87 disgrega la administración de los seguros de largo plazo y corto plazo, preparando condiciones para que los regímenes de Invalidez, Vejez, Muerte y Riesgos Profesionales a largo plazo fueran transferidos a las Administradoras de Fondos de Pensiones.

** Bien, la presente tesis demuestra técnica científicamente que los seguros de corto plazo (E.M. y R.P.) también correrán la misma suerte (privatización). Para ello fue imprescindible generar intensionalmente condiciones de crisis en el sistema, que en el futuro inmediato justificaran las reformas.

Bajo esa perspectiva, los efectos negativos ocasionados por los nuevos seguros (Vejez, Materno infantil) a los entes gestores, tienen una explicación racional.

** La demostración de dicha teoría pasa forzosamente por medir y cuantificar el impacto de los nuevos seguros en los entes gestores (CNS), arribándose a los siguientes resultados altamente contraproducentes:

1. El sistema a nivel de las prestaciones experimenta una sobresaturación de la capacidad instalada por efecto de un desmesurado crecimiento de la población protegida, ya que se incorporan al sistema 212.325 personas (14.39% respecto al año anterior) mayores de 65 años, en sujeción al D.S. 24448 (no considera población beneficiaria del D.S. 24303, porque estadísticamente no son asegurados).
2. Si la cobertura de la población asegurada se incrementó en un 14.39%, debió estar sustentado por un incremento proporcional de los ingresos por aportes y de la capacidad instalada para prestaciones. Sin embargo no fue así, debido fundamentalmente a que el financiamiento de los nuevos seguros, nunca fueron debidamente garantizados (a diciembre/97 la deuda por dicho concepto ascendió a \$us. 8.705.325).

3. A nivel de las prestaciones se tiene que el Número de Consultas Externas y de Hospitalizaciones en 1997 se incrementaron notablemente, pese a que la capacidad instalada no sufrió ninguna expansión.

Es así que en las consultas externas las tasas de crecimiento de 1995 a 1996 fue de 0.44% y en el periodo 1996 a 1997 se elevó abruptamente a un 22.28%.

En cuanto a las hospitalizaciones, sucede lo mismo. De 1995 a 1996 la tasa de crecimiento fue de 7.16 % mientras que para 1996 a 1997 se incrementa a un 18.92%.

4. Respecto al costo total de prestaciones, se infiere que el D.S 24448 estipula una prima anual de cotizaciones por persona de \$us. 41.00, los mismos que debieron ser cancelados a la CNS por las Alcaldías con financiamiento de la Lotería Nacional Privatizada. Sin embargo el costo real de prestaciones debió ser \$us. 59 por cada persona mayor a 65 años.

Consecuentemente la CNS pierde \$us. 4.246.323 año, por efecto del mal cálculo de la prima de cotizaciones.

5. El seguro nacional de Maternidad y Niñez (D.S. 24303), por efecto de su régimen financiero, la CNS debe facturar las atenciones médicas a las Alcaldías, quienes deben cumplir esta obligación con financiamiento de la coparticipación tributaria.

La CNS en 1996 facturó a DILOS, por concepto de atenciones, Bs. 89.620.00 de los cuales solo se cancelaron Bs. 81.737.25 quedando un saldo de Bs. 7.882.75. En 1997 se facturó Bs. 621.448.00 de los cuales solo se cancelan Bs. 347.662.25 restando un saldo de Bs. 274.385.75.

Si bien es cierto que tales adeudos podrán ser cancelados tarde o temprano; empero como el sistema se basa en el régimen económico financiero de Reparto Simple, el perjuicio es irreparable.

6. Respecto a los costos de prestaciones en el seguro de Maternidad y Niñez, sucede que según las estadísticas la CNS en 1996 y 1997 atendió un total de 38.364 casos por los que se facturó de manera global Bs. 711.068.00. De ello se deduce que en promedio el costo de prestaciones – cancelado a la CNS- alcanza a Bs. 18.53 percapita. Empero el cálculo real del costo por tales atenciones alcanza a Bs. 548.57.

Como se puede advertir los efectos – desde la perspectiva económica - fueron altamente negativos, generando naturalmente un desequilibrio peligroso en la estructura institucional de la CNS, situación que si no es ajustada y controlada oportunamente desencadenará una crisis inevitable del sistema, que en definitiva justificará plenamente la aplicación de reformas radicales bajo la óptica de la privatización.

CAPITULO IX

RECOMENDACIONES

Partiendo de la premisa de que el principal factor generador de crisis en la Seguridad Social Boliviana, es precisamente el sistema de financiamiento en el que se sustenta; es esto lo que se demostró en la praxis a lo largo de la historia nacional. Todas las reformas aplicadas en la seguridad social boliviana, sea mediante Decretos Supremos, Resoluciones Ministeriales u otras disposiciones legales, tuvieron siempre algo que ver con la parte financiera, ya sea por el lado de los ingresos (Aportes) o por el lado de los egresos (prestaciones y cobertura). Empero ninguna de las reformas aplicadas fueron verdaderamente reformas estructurales, ya que ninguna disposición legal se animó a cambiar la filosofía y la lógica del actual sistema de financiamiento que se basa en la tésis laboral (relación obrero patronal). Debido a ello, la seguridad social en Bolivia, siempre tropezará con el problema de sus recursos financieros no son suficientes para cumplir plenamente con los principios básicos de Universalidad y Solidaridad.

Es por esta razón que se intentaron soluciones sin resultados, como implementar nuevos regímenes como el Seguro Voluntario, Seguro del Abogado, Seguro del Canillita, Seguro de la Liga de Profesionales del Fútbol, Seguro de los Artesanos, Seguro de los Gremiales y otros.

Consecuentemente, frente a este panorama, la única solución alternativa viable será la aplicación de una verdadera reforma estructural del sistema de seguridad social boliviano, que debe necesariamente pasar por un cambio radical del sistema de financiamiento. Este consistiría en la aplicación de un modelo de financiamiento proveniente de "Impuestos", mecanismo que permitiría universalizar plenamente las prestaciones y ejercer plenamente el principio de solidaridad entre todos los bolivianos sin restricción alguna. En resumen todos aportan y todos se benefician. Mas aún, esta opción correspondería plenamente a las exigencias del mercado.

Otras opciones que salen del marco del actual modelo de desarrollo y que sólo pretenderían conservar los moldes, hasta hoy vigentes del sistema de seguridad social, están referidos por ejemplo a realizar una movilización social para conscientizar e impedir cambios en el modelo de seguridad social, ampliar coberturas bajo modalidades individuales o de sectores no incorporados a la seguridad social, estudiar seriamente una fuente de financiamiento según la magnitud de las prestaciones, estudiar la modalidad del "simple reparto" y sugerir otra modalidad y/o finalmente redistribuir la población beneficiaria de los nuevos regímenes en el conjunto de unidades gestoras.

A D E N D U M

Luego de que el Tribunal Revisor, en uso de sus plenas facultades, evaluó favorablemente el contenido de la Tesis, relevando la importancia del tema en cuanto a su aporte en el campo del conocimiento económico, sugirió las siguientes observaciones:

Observaciones de fondo

1.- Frente a las conclusiones arribadas, formular y recomendar alternativa de soluciones a la problemática.

Observaciones de forma

- 2.- Índice de cuadros.
- 3.- El acápite 1.4 del Cap. I, trasladar al Cap. II y mejorar su fundamentación (Marco Referencial)
- 4.- Textualizar las variable (dependiente, independiente y moderante) que intervinieron en el fenómeno.
- 5.- El Cap. II y el Cap. III debe formar un sólo Capítulo (Marco Conceptual).
- 6.- Citas bibliográficas (Algunos conceptos).
- 7.- Debe incluirse un capítulo de Demostración de Hipótesis.
- 8.- Aclarar en algunos cuadros el tipo de moneda con los que se estructuró.

D E S A R R O L L O

- 1.- Se incorporó el Capítulo IX, en calidad de conclusiones del trabajo realizado.
- 2.- Se incorporó el respectivo índice de cuadros.
- 3.- Debido a la estructura técnica – metodológica implementada en el proceso de la tesis, no es aconsejable que el marco referencial (como su denominación lo indica) sea parte del cuerpo de la tesis.
- 4.- Variables Independientes: Seguro Nacional de Vejez (sistema de financiamiento), Seguro Nacional de Maternidad y Niñez (sistema de financiamiento)

Variable Dependiente: Sistema financiero Institucional (CNS)

Variable Moderante: Modelo Económico Neoliberal.

- 5.- Los capítulos de referencia están unidos por naturaleza, contextualizan el marco teórico, sólo que el primero es económico y expresa su relación dialéctica con la salud y seguridad social, mientras que el III capítulo da el referencial universal de la seguridad social. A ello obedecen su separación y también a la extensión.
- 6.- Debido a que muchos conceptos fueron producto de la práctica de la seguridad social, algunas referencias no se encuentran muy claras en el código de seguridad social.
- 7.- Se considera innecesaria incorporar un capítulo exclusivo a demostración, puesto que todo el cuerpo de la tesis es, en sí, la demostración de la hipótesis.
- 8.- Se procedió a la aclaración correspondiente.

X .- BIBLIOGRAFIA.-

- Almansa Pastor, José M. DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Editorial Tecnos
Madrid - España
1977.
- Asociación Internacional de la Seguridad Social DESARROLLO Y TENDENCIAS
DE LA SEGURIDAD SOCIAL
(1961 - 1963)
Edit. Stria. Graf. de la AISS.
Ginebra - Suiza
1965.
- Bocangel Peñaranda Alfredo DERECHO DE LA SEGURIDAD SOCIAL
Editorial Jurídica "Zegada"
La Paz - Bolivia
1993.
- De la Cueva, Mario DERECHO MEXICANO DEL TRABAJO
Editorial Porrúa
México
1984.
- Hünicken, Javier y otros MANUAL DE DERECHO DE LA
SEGURIDAD SOCIAL
Editorial ASTREA
Bs. Aires - Argentina
1989.
- Hünicken , Javier LINEAMIENTOS DE LA SEGURIDAD
SOCIAL. En : "Curso de Seguridad
Social".
Edición de la Universidad Nacional

- de Córdoba.
Córdoba - Argentina
1978.
- Martínez Vivot, Julio J.
ELEMENTOS DEL DERECHO DEL
TRABAJO Y DE LA
SEGURIDAD SOCIAL.
Editorial ASTREA
Bs. Aires - Argentina
1988.
- Oficina Internacional del trabajo (OIT)
LA SEGURIDAD SOCIAL EN LA
PERSPECTIVA DEL AÑO 2000
Ediciones de la OIT
Ginebra - Suiza
1984.
- Oficina Internacional del Trabajo (OIT)
INTRODUCCION A LA
SEGURIDAD SOCIAL.
Ediciones de la OIT
Ginebra - Suiza
1984.
- Saavedra de Blomberg, Sussy
COMPILACION Y LEGISLACION
CONCORDADA DE LA SEGURIDAD
SOCIAL BOLIVIANA
Editorial Epsilon
- Vargas del Carpio, Oscar
PASION Y MUERTE DE LA SEGURIDAD
SOCIAL EN BOLIVIA
Editorial Aguirre
La Paz - Bolivia
1996.

PRINCIPALES NORMAS LEGALES

C.S.S.	Ley de 14.12.56	Código de Seguridad Social
D.S. 5315	30.09.59	Reglamento del Código de Seg. Social
D.L. 10173	28.03.72	Racionalización de la Seg. Social
LEY 0924	15.04.87	Reestructuración de la Seg. Social (Corto y Largo Plazo)
D.S. 21637	25.06.87	Reglamentación (Creación FONARE)
LEY 1732	29.11.96	Ley de Pensiones
D.S. 24469	17.01.97	Reglamento de la Ley de Pensiones
D.L. 10776	23.03.73	Creación del I.B.S.S.
D.S. 23716	15.01.94	Disolución del I.B.S.S. (Se crea INASES e INASEP)
LEY 1493	17.09.93	Modernización del Poder Ejecutivo) (Min. Público)
D.S. 22101	28.12.88	I.B.S.S. Superintendencia para Regímenes a Corto Plazo y Cajas...
D.S. 22407	11.01.90	Creación de FOPEBA
D.S. 22578	13.08.90	Reglamentación del D.S. 22407 (T. III ; Cap. III)

ANEXOS

ENTIDADES GESTORAS

CAJAS DE SALUD

- Caja Nacional de Salud.
- Caja Petrolera de Salud.
- Caja Ferroviaria de Salud.
- Caja de Salud de la Banca Privada.
- Caja de Salud de la Banca Estatal.
- Caja de Salud de las Corporaciones de Desarrollo.
- Caja de Salud de Servicio Nacional de Caminos.

DIRECTORIO: TRIPARTITO Y PARITARIO

PRESIDENCIA

GERENCIA GENERAL

GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

GERENCIA DE SERVICIOS GENERALES

NIVEL Y FUNCIONES:

DIRECTORIO: NIVEL DE DECISION Y DEFINICION DE POLITICAS INSTITUCIONALES.

FUNCIONES: DETERMINADAS EN EL ESTATUTO INSTITUCIONAL.

- FIJAR POLITICAS.
- ESTUDIAR, CONSIDERAR Y APROBAR LOS INSTRUMENTOS FINANCIEROS: PRESUPUESTO, BALANCE GENERAL Y ESTADOS DE INGRESOS Y EGRESOS.
- AUTORIZAR Y APROBAR TRANSACCIONES.

- DECIDIR SOBRE RECURSOS DE RECLAMACION.
- NOMBRAR A GERENTE GENERAL, GERENTE DE AREA Y ADMINISTRADORES REGIONALES.
- ENCOMENDAR A NIVELES EJECUTIVOS ESTUDIOS Y PROYECTOS.

COMISIONES TECNICAS:

COMISION DE SERVICIOS DE SALUD

COMISION JURIDICA - ADMINISTRATIVA

COMISION ECONOMICA - FINANCIERA

Cada comisión estará conformada por tres representantes.

FONDOS DE PENSIONES:

FONDO DE PENISIONES BASICAS:

- RECAUDAR Y ADMINISTRAR APORTES LABORALES, ESTATALES Y PATRONALES.
- MANTENER REGISTRO ACTUALIZADO.
- CALIFICAR Y OTORGAR RENTAS BASICAS.
- DETERMINAR ACTURIALMENTE EL FINANCIAMIENTO Y RESERVA.
- INVERTIR LAS RESERVAS EN CONDICIONES DE SEGURIDAD Y TENIENDO EN CUENTA LOS FINES SOCIALES DEL REGIMEN.

DIRECTORIO:

- PRESIDENTE, DESIGNADO DE ACUERDO A NORMAS CONSTITUCIONALES.
- REPRESENTACION TRIPARTITA Y PARITARIA.

ADMINISTRACION DEPARTAMENTAL.

CONSEJO DE VIGILANCIA.

FONDOS COMPLEMENTARIOS:

DIRECTORIO:

PRESIDENTE: PRESIDE EL DIRECTORIO.

- LA REPRESENTACION UN DIRECTORIO PATRONAL Y TRES REPRESENTANTES LABORALES.

GERENCIA GENERAL.

DEPARTAMENTO DE SEGUROS:

- AFILIACION.
- COTIZACIONES.
- PRESTACIONES.
- CUENTA INDIVIDUAL.

DEPARTAMENTO FINANCIERO

- TESORERIA E INVERSIONES.
- ELAVORACION DE PRESUPUESTOS Y REGISTROS CONTABLES.

ADMINISTRACIONES DEPARTAMENTALES.

Fondos Complementarios Sectoriales:

- 1.- Fondo Complementario de la Administración Pública.
- 2.- Fondo complementario Municipal - La Paz
- 3.- Fondo Complementario de Comercio y R.A.
- 4.- Fondo Complementario de Comunicaciones.
- 5.- Fondo Complementario Fabril.

- 6.- Fondo Complementario de Aduanas.
- 7.- Fondo Complementario de la Policía Nacional.
- 8.- Fondo Complementario Ferroviario y R.A.
- 9.- Fondo Complementario de Profesionales de la Minería.
- 10.- Fondo Complementario Minero.
- 11.- Fondo Complementario de Yacimientos Petrolíferos Fiscales Boliviano.
- 12.- Fondo Complementario Médico y R.A.
- 13.- Fondo Complementario de Aeronáutica Nacional.
- 14.- Fondo Complementario de la Caja Nacional de Salud.
- 15.- Fondo Complementario de la Caja Petrolera de Salud.
- 16.- Fondo Complementario de la Construcción.
- 17.- Fondo de Pensiones de la Banca Estatal.
- 18.- Fondo de Pensiones de la Banca Privada.
- 19.- Fondo Complementario del Magisterio.
- 20.- Fondo Complementario de la Fuerza Aérea Boliviana.
- 21.- Fondo Complementario Ferroviario Red Oriental.
- 22.- Fondo Complementario Municipal - Santa Cruz.
- 23.- Fondo Complementario Cordecruz.
- 24.- Fondo Complementario Metalúrgico.
- 25.- Fondo Complementario Municipal - Cochabamba.
- 26.- Fondo de Pensiones del Poder Judicial.

Seguros Integrales, que administran y otorgan prestaciones en el; aérea de salud y largo plazo complementario, de carácter autónomo y con legislación especial.

Seguros Sociales Universitarios:

- Seguro Social Universitario La Paz.
- Seguro Social Universitario Santa Cruz.
- Seguro Social Universitario Sucre.
- Seguro Social Universitario Oruro.
- Seguro Social Universitario Potosí.
- Seguro Social Universitario Tarija.
- Seguro Social Universitario Trinidad.

Corporación del Seguro Social Militar COSSMIL.

SEGURO MATERNIDAD Y NIÑEZ

DECRETO SUPREMO N° 24303

GONZALO SANCHEZ DE LOZADA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL
DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que es política del Gobierno Nacional atender prioritariamente la salud de la Mujer y el Niño bolivianos, aplicando programas sanitarios específicos.

Que se ha creado el Comité Nacional por una Maternidad Segura, a través del D.S. N° 24227, como un organismo intersectorial orientado a la reducción acelerada de la mortalidad materna y perinatal.

Que es necesario crear el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez enmarcado en los principios normativos de la Participación Popular, de la Descentralización Administrativa y del Sistema Público de Salud establecido en el D.S. 24237

Que es importante que los Gobiernos Municipales contribuyan al establecimiento del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez con los recursos destinados al Desarrollo Humano en el marco del D.S. 24182.

Que se debe realizar acciones coordinadas entre el Sistema de Salud Pública, la Seguridad Social y las organizaciones privadas sin fines de lucro.

Que el Ministerio de Desarrollo Humano está llevando a cabo el Programa de Acciones Estratégicas (PAE) en el que está incorporado el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez.

D E C R E T A :

ARTICULO 1°.- (CREACION).- Se crea el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, encargado de otorgar asistencia médica a la mujer y al niño en los alcances y características previstas en el presente Decreto Supremo.

ARTICULO 2°.- (PERSONAS ASEGURADAS Y CONTINGENCIAS CUBIERTAS).-

I. El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez tiene las siguientes coberturas:

1. Maternidad. Se otorgará a las mujeres gestantes, la necesaria asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica, análisis básicos de laboratorio y atención hospitalaria durante el embarazo, el parto, el puerperio y las emergencias obstétricas.

2. Recién nacidos y niños menores de cinco años: Recibirán asistencia médica, farmacéutica y hospitalaria correspondiente, en los casos de Enfermedades Diarréicas Agudas (EDA) e Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) clasificadas como neumonías.

II. Para que las mujeres y los niños sean beneficiarios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, el Municipio, en el cual residan las personas aseguradas, deberá adscribirse al Seguro mediante Convenio suscrito entre el Gobierno Municipal y la Secretaría Departamental de Desarrollo Humano a través de la Dirección Departamental de Salud, homologado por la Secretaría Nacional de Salud.

ARTICULO 3°.- (PARTICIPANTES).

I. Participan en la gestión del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez: la Secretaría Nacional de Salud, las Prefecturas, los Gobiernos Municipales y las Cajas de Salud.

II. La Iglesia y los Organismos No Gubernamentales, a través de sus servicios de salud, ingresarán al Sistema de Seguro en cumplimiento a lo previsto en el D.S. 24237 del Sistema Público de Salud.

ARTICULO 4°.- (FINANCIAMIENTO).- El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez se financiará de la siguiente manera:

I. Recursos del Tesoro General de la Nación:

1. Los gastos de la partida presupuestaria 10.000 (servicios personales) correspondientes al personal de

salud pública que prestará los servicios de este seguro, estarán comprendidos en las planillas que financia el Tesoro General de la Nación en virtud de la Ley 1654 artículo 5 inciso g), hasta el monto consignado para este propósito en el Presupuesto General de la Nación.

2. Créditos y contribuciones de origen externo, respetando el propósito de los programas específicos, destinados a infraestructura, equipamiento, capacitación, seguimiento y evaluación del sistema de seguro creado por el presente Decreto Supremo.

II. Recursos de contraparte Municipal equivalentes al tres por ciento del noventa por ciento de los recursos de Participación Popular (coparticipación tributaria), que serán destinados a cubrir los costos de insumos y medicamentos del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, definidos en el reglamento correspondiente. Estos recursos se abonarán automáticamente a una subcuenta, de la cuenta de Participación Popular, denominada Fondo Local Compensatorio de Salud, abierta expresamente y en virtud al convenio señalado en el artículo 2 del presente decreto supremo, en el Banco Central de Bolivia para cada Municipio. Los recursos de contraparte Municipal, señalados precedentemente, forman parte del apoyo al Desarrollo Humano previsto en el artículo 5to. del D.S. 24182.

ARTICULO 5°.- (RED DE SERVICIOS PARA LA PRESTACION MEDICA).-

I. La asistencia prevista en el artículo 2do. del presente Decreto Supremo, será prestada obligatoriamente por todos los Centros de Salud Pública y de la Seguridad Social, así como

por los centros de salud que siendo dependientes de Organismos No Gubernamentales y de la Iglesia, ingresen al sistema de Seguro mediante convenio específico.

II. Los directores, responsables y funcionarios de los Centros de Salud Pública y de la Seguridad Social que no atiendan esta obligación serán exonerados de sus cargos y pasibles a las demás sanciones de ley.

III. Los Gobiernos Municipales podrán establecer Mancomunidades para la prestación de servicios del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, con el objeto de garantizar la prestación de atenciones médicas, en el marco de la Red de Servicios.

ARTICULO 6°.- (ADMINISTRACION DEL SEGURO).- La administración del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez estará a cargo del Directorio Local de Salud (DÍLOS) del respectivo Municipio.

ARTICULO 7°.- (INSUMOS).- El Ministerio de Desarrollo Humano a través de la Secretaría Nacional de Salud, establecerá mediante Resolución Ministerial, el valor de los insumos, suministros y medicamentos para cada atención médica del Seguro, que se aplicará obligatoriamente como reposición por las atenciones que se realicen en las diferentes instituciones encargadas del otorgamiento de las prestaciones. Las Cajas de Salud percibirán las reposiciones sólo cuando estén referidas a las atenciones de pacientes no asegurados en las instituciones de la Seguridad Social.

ARTICULO 8°.- (MODALIDAD DE PAGO).-

I. Los Directorios Laborales de Salud (DÍLOS) autorizarán el pago de las atenciones prestadas por los Centros de Salud, en base a los valores establecidos, de conformidad a lo previsto en

el artículo precedente, con cargo a la subcuenta señalada en el artículo 4 del presente Decreto Supremo, sin costo alguno para el usuario.

II. Los pagos por atenciones entre Municipios se realizarán mensualmente, de acuerdo a Reglamento.

III. La Secretaría Nacional de Salud contribuirá con un monto de hasta el trece por ciento de los importes facturados a los DILOS, para el pago de los impuestos correspondientes. Estos recursos deberán ser incorporados por la Secretaría Nacional de Hacienda en el presupuesto respectivo.

ARTICULO 9°.- (COMPENSACION).- El seguro se gestionará con los principios de compensación que serán aplicados después del primer año de funcionamiento. Su aplicación será establecida mediante reglamento.

ARTICULO 10°.- (REPROGRAMACION).- Para el cumplimiento del presente Decreto Supremo, los Gobiernos Municipales y las Cajas de Salud podrán reprogramar sus planes Operativos y Presupuestos Anuales, cuando las necesidades lo exijan, para garantizar la eficiente gestión del seguro.

ARTICULO 11°.- (VIGENCIA).- El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, entrará en vigencia a partir del primero de julio de 1996, el Ministerio de Desarrollo Humano elaborará el reglamento respectivo, que será aprobado por resolución ministerial.

ARTICULO 12°.- (DEROGACIONES Y ABROGACIONES).- Queda abrogada toda disposición legal contraria al presente Decreto Supremo.

El señor Ministro de Estado en el Despacho de Desarrollo Humano queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veinticuatro días del mes de mayo de mil novecientos noventa y seis años.

FDO. GONZALO SANCHEZ DE LOZADA, Antonio Aranibar Quiroga, Carlos Sánchez Berzain, Jorge Otasevic Toledo, José Guillermo Justiniano Sandoval, René Oswaldo Blattmann Bauer, Fernando Candia Castillo, Freddy Teodovich Ortiz, Moisés Jarmusz Levy, Jorge España Smith, Ministro Suplente de Trabajo, Guillermo Richter Ascimani, Alfonso Revollo Thennier, Jaime Villalobos Sanjinés.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veinticuatro días del mes de mayo de mil novecientos noventa y seis años.

el artículo precedente, con cargo a la subcuenta señalada en el artículo 4 del presente Decreto Supremo, sin costo alguno para el usuario.

II. Los pagos por atenciones entre Municipios se realizarán mensualmente, de acuerdo a Reglamento.

III. La Secretaría Nacional de Salud contribuirá con un monto de hasta el trece por ciento de los importes facturados a los DLOS, para el pago de los impuestos correspondientes. Estos recursos deberán ser incorporados por la Secretaría Nacional de Hacienda en el presupuesto respectivo.

ARTICULO 9°.- (COMPENSACION).- El seguro se gestionará con los principios de compensación que serán aplicados después del primer año de funcionamiento. Su aplicación será establecida mediante reglamento.

ARTICULO 10°.- (REPROGRAMACION).- Para el cumplimiento del presente Decreto Supremo, los Gobiernos Municipales y las Cajas de Salud podrán reprogramar sus planes Operativos y Presupuestos Anuales, cuando las necesidades lo exijan, para garantizar la eficiente gestión del seguro.

ARTICULO 11°.- (VIGENCIA).- El Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, entrará en vigencia a partir del primero de julio de 1996, el Ministerio de Desarrollo Humano elaborará el reglamento respectivo, que será aprobado por resolución ministerial.

ARTICULO 12°.- (DEROGACIONES Y ABROGACIONES).- Queda abrogada toda disposición legal contraria al presente Decreto Supremo. El señor Ministro de Estado en el Despacho de Desarrollo Humano queda encargado de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

FDO. GONZALO SANCHEZ DE LOZADA, Antonio Aranibar Quiroga, Carlos Sánchez Berzain, Jorge Otasevic Toledo, José Guillermo Justintiano Sandoval, René Oswaldo Blattmann Bauer, Fernando Candia Castillo, Freddy Teodovich Ortiz, Moisés Jarmusz Levy, Jorge España Smith, Ministro Suplente de Trabajo, Guillermo Richter Ascimani, Alfonso Revollo Thennier, Jaime Villalobos Sarjinés.



SECRETARIA NACIONAL
DE SALUD

MINISTERIO DE DESARROLLO HUMANO
LA PAZ, 23 3 97

**SEGURO NACIONAL DE VEJEZ
DECRETO SUPREMO Nº 24448**



CAJA NACIONAL
DE SALUD

- 1.- Se comunica a todos los ciudadanos bolivianos mayores de 65 años que no se encuentran afiliados a ninguna Caja de Salud, que en cumplimiento del Decreto Supremo 24448, se inician las prestaciones médicas integrales en su favor, el 1º de abril próximo a través de la Caja Nacional de Salud.
- 2.- Los Gobiernos Municipales deben elaborar un Registro de todos los ciudadanos mayores de 65 años habitantes en su jurisdicción, para afiliarlos a la Caja Nacional de Salud mediante formato especial aprobado por la Resolución Ministerial 031/97 de 10 de marzo de 1997.
- 3.- Los establecimientos de la Caja Nacional de Salud prestarán las atenciones médicas requeridas a la sola presentación del carnet de asegurado. Los casos de emergencia en ancianos que aún no hubieran sido afiliados por su Municipio, serán atendidos a la sola presentación de cualquiera de los siguientes documentos probatorios de su edad: Carnet de Identidad, Cédula del RUN, Pasaporte, Certificado de Nacimiento, Fé de Bautismo, Libreta de Servicio Militar, Certificado de Matrimonio o Libreta de Familia.
En los casos de atención sin afiliación previa, la C.N.S. iniciará el trámite de regulación con el Municipio respectivo, después de prestada la atención médica.
- 4.- La Resolución Ministerial 031/97 de 10 de marzo de 1997 y la Resolución Secretarial 0146/97 de 21 de marzo de 1997 regulan los mecanismos operativos de afiliación, financiamiento y funcionamiento del Seguro Nacional de Vejez, en una interacción claramente definida entre la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad, los Gobiernos Municipales y la Caja Nacional de Salud.
- 5.- El incumplimiento al D.S. 24448 así como requerimientos de información o presentación de reclamos, deben hacerse conocer a la Subsecretaría de Seguros Médicos de la Secretaría Nacional de Salud o a las Direcciones Departamentales de Salud (DIDES) de las respectivas Prefecturas de Departamento.

La Paz, 23 de marzo de 1997

SECRETARIA NACIONAL
DE SALUD

CAJA NACIONAL DE SALUD

ESTADO DE RESULTADOS CONSOLIDADO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD
POR LAS GESTIONES TERMINADAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995 Y 1996
(EN BOLIVIANDS)

Cuadro No.1

P A R T I D A	POR LA GESTION TERMINADA AL 31 DE DICIEMBRE DE		AUMENTOS ABSOLUTOS	VARIACION (1) (en %)
	1996	1995		
I N G R E S O S				
Ingresos por Aportes	358.865.393,93	278.286.253,66	80.579.140,27	28,96
Otros Ingresos	13.295.789,80	13.034.236,43	261.553,37	2,01
Renta de Inversiones	445.327,03	47.125,55	398.201,48	844,98
TOTAL INGRESOS	372.606.510,76	291.367.615,64	81.238.895,12	27,88
E G R E S O S				
COSTO PRESTACIONES EN ESPECIE				
Consulta Externa	83.527.630,50	74.030.329,83	9.497.300,67	12,83
Hospitalizacion	177.204.909,80	147.888.416,46	29.316.493,34	19,82
Direccion Medica	24.057.609,44	21.435.252,61	2.622.356,83	12,23
COSTO PRESTACIONES ECONOMICAS				
Subsidios de Incapacidad Temporal	3.287.511,49	2.443.402,46	844.109,03	34,55
GASTOS DE ADMINISTRACION				
Gastos Administrativos	32.321.070,65	25.350.304,34	6.970.766,31	27,58
TRANSFERENCIAS				
Transferencias	3.358.086,69	2.650.873,02	699.213,67	26,30
TOTAL EGRESOS	323.756.818,52	273.806.578,72	49.950.239,85	18,24
EXCEDENTE (DEFICIT) BRUTO	48.849.692,19	17.561.036,92	31.288.655,27	178,17
Resultados Gestiones Anteriores	9.626.663,48	(5.309.487,26)	14.936.150,74	281,31
Resultados Gestion	33.611.464,76		33.611.464,76	
Ajuste por Inflacion y Tenencia do	1.383.774,09	78.551,16	1.305.222,93	1.661,62
	44.621.902,33	(5.230.936,10)	49.852.838,43	953,04
EXCEDENTE (DEFICIT) NETO	93.471.594,52	12.330.100,82	81.141.493,70	658,08

(1) La variación es con respecto al año 1995

CAJA NACIONAL DE SALUD

ESTADO DE CAMBIOS EN LA SITUACION FINANCIERA CONSOLIDADO
ESTADO DE CAPITAL DE TRABAJO Y SUS CAMBIOS
(EXPRESADO EN BOLIVIANOS)

Cuadro No. 3

<i>PARTIDAS</i>	<i>DICIEMBRE 31 1994</i>	<i>DICIEMBRE 31 1995</i>	<i>AUMENTOS Y DISMINUCION</i>	<i>PORCENTAJE</i>
ACTIVO CORRIENTE				
DISPONIBLE				
101 CAJA GENERAL	6.379.920,00	4.100.568,93	2.271.351,07	55,28
104 CUENTAS CORRIENTES EN BANCO	31.118.743,89	51.214.478,46	(28.895.734,57)	(39,24)
106 DEPOSITO EN CAJA DE AHORROS		354.452,41	(354.452,41)	(108,00)
EXIGIBLE				
111 DOCUMENTOS POR COBRAR	26.649.053,44	29.321.145,14	(2.672.091,70)	(9,11)
112 DEUDAS DEL PERSONAL	7.971.595,38	4.341.869,70	3.629.725,68	83,60
113 APORTES POR COBRAR	62.973.122,82	60.008.887,72	2.964.235,18	4,94
115 DEUDORES VARIOS	7.883.481,47	19.004.718,69	(11.121.229,22)	(58,52)
117 CUENTAS CORRIENTES-DEBE	17.079.948,76	17.079.948,76	0,00	0,80
118 RECLAMOS POR IMPORTACIONES	25.232,56	25.232,56	0,00	0,08
119 PROVISION PARA CUENTAS MOROSAS	(460.908,64)	(562.618,27)	101.709,63	(18,08)
INVENTARIOS				
121 ALMAC.EQPO.MEDICAM.MAT.CURACION Y OT.	40.660.687,96	33.483.412,75	7.177.275,21	21,44
122 ALMACEN DE MATERIALES EN GENERAL	4.554.936,73	4.696.932,01	(141.995,28)	(3,02)
123 ECONOMATO	147.008,54	52.134,22	94.874,32	181,98
124 ALMACEN EN UNIDADES DE SERVICIO	7.999.963,07	6.882.592,83	1.117.370,24	16,23
125 FARMACIA DE CENTROS SANITARIOS	7.529.299,99	6.548.304,30	980.995,61	14,98
126 EQUIPO.MAT.Y MEDIC. EN TRANSITO	57.622.083,56	4.313.970,00	53.308.113,56	1.235,71
127 PULPERIA		197.775,95	(197.775,95)	(100,00)
158 TRABAJOS EN TALLERES	151.617,54	167.590,00	(15.972,46)	(9,53)
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	278.285.787,07	241.239.388,24	37.046.398,03	15,36
PASIVO CORRIENTE				
201 FACTURAS POR PAGAR	12.192.782,84	7.358.093,05	4.834.689,79	65,71
202 DOCUMENTOS POR PAGAR	12.930.572,55	1.500.000,00	11.430.572,55	762,04
203 PRESTACIONES ECONOMICAS POR PAGAR	1.187.237,66	1.427.564,30	(240.326,64)	(16,83)
204 CUENTAS DEL PERSONAL	4.430.211,19	2.712.435,23	1.717.775,96	63,33
205 APORTES AL SEGURO SOCIAL POR PAGAR	16.152.024,62	19.153.789,67	(3.001.765,05)	(15,67)
206 ACREEDORES VARIOS	16.006.024,74	8.499.684,51	7.506.340,23	88,31
TOTAL PASIVO CORRIENTE	62.898.853,60	40.651.566,76	22.247.286,84	94,73
CAPITAL DE TRABAJO	215.386.933,47	280.587.821,48	14.799.111,99	7,38
AUMENTO EN EL CAPITAL DE TRABAJO			14.799.111,99	

CAJA NACIONAL DE SALUD

ESTADO DE RESULTADOS CONSOLIDADO DEL SEGURO DE ENFERMEDAD-MATERNIDAD
POR LAS GESTIONES TERMINADAS AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995 Y 1996
(EN BOLIVIANOS)

Cuadro No.1

P A R T I D A	POR LA GESTION TERMINADA		AUMENTOS ABSOLUTOS	VARIACION (1) (en %)
	AL 31 DE DICIEMBRE DE 1996	1995		
I N G R E S O S				
Ingresos por Aportes	358.865.393,93	278.286.253,66	80.579.140,27	28,96
Otros Ingresos	13.295.789,80	13.034.236,43	261.553,37	2,01
Renta de Inversiones	445.327,03	47.125,55	398.201,48	844,98
TOTAL INGRESOS	372.606.510,76	291.367.615,64	81.238.895,12	27,88
E G R E S O S				
COSTO PRESTACIONES EN ESPECIE				
Consulta Externa	83.527.630,50	74.030.329,03	9.497.300,67	12,83
Hospitalizacion	177.204.909,80	147.888.416,46	29.316.493,34	19,82
Direccion Medica	24.057.609,44	21.435.252,61	2.622.356,83	12,23
COSTO PRESTACIONES ECONOMICAS				
Subsidios de Incapacidad Temporal	3.287.511,49	2.443.402,46	844.109,03	34,55
GASTOS DE ADMINISTRACION				
Gastos Administrativos	32.321.070,65	25.350.304,34	6.970.766,31	27,50
TRANSFERENCIAS				
Transferencias	3.358.006,69	2.658.873,02	699.213,67	26,30
TOTAL EGRESOS	323.756.818,57	273.806.578,72	49.950.239,85	18,24
EXCEDENTE (DEFICIT) BRUTO	48.849.692,19	17.561.036,92	31.288.655,27	178,17
Resultados Gestiones Anteriores	9.626.663,48	(5.309.487,26)	14.936.150,74	281,31
Resultados Gestion	33.611.464,76		33.611.464,76	
Ajuste por Inflacion y Tenencia de	1.383.774,09	78.551,16	1.305.222,93	1.661,62
	44.621.902,33	(5.230.936,10)	49.852.838,43	953,04
EXCEDENTE (DEFICIT) NETO	93.471.594,52	12.330.100,82	81.141.493,70	658,08

(1) La variación es con respecto al año 1995

CAJA NACIONAL DE SALUD

BALANCE GENERAL COMPARATIVO
AL 31 DE DICIEMBRE DE 1995 Y 1996

Cuadro No. 2

P A R T I D A S	SALDOS AL 31 DE DICIEMBRE		AUMENTOS-DISMINUCIONES(*)	
	1996	1995	DURANTE 1996	
	EN US.	EN US.	ABSOLUTOS	RELATIVOS (%)
A C T I V O				
ACTIVO CORRIENTE				
Caja y Bancos	37,456,683.69	33,677,499.60	(16,176,635.91)	(52.65)
Cuentas por Cobrar inventarios	122,121,525.79	129,219,176.30	(7,097,650.51)	(5.49)
	116,513,979.65	56,175,122.14	62,338,857.51	110.97
ACTIVO NO CORRIENTE				
Inversiones				
Inversiones	5,399,900.65	5,030,661.70	369,239.15	7.34
Activo Fijo				
Edificaciones Neto	54,102,237.09	50,340,373.71	3,761,863.36	7.47
Terrenos	33,919,974.35	33,746,960.50	172,993.75	0.51
Equipo Hospital Instrum. Medico Neto	19,614,082.94	16,770,710.96	3,043,371.96	18.15
Equipo de Transporte Neto	2,010,473.53	2,364,918.57	(354,445.04)	(14.99)
Biblioteca y Colecciones Cientificas	110,592.60	96,954.31	13,638.29	14.07
Muebles Enseres y Equ	11,277,054.73	10,028,617.66	1,248,237.07	12.45
Equipo de Computacion		23,005.29	(23,005.29)	(100.00)
Activo Transitorio				
Cuentas transitorias y de Control	425,782,472.75	331,696,109.36	94,086,363.39	28.37
TOTAL ACTIVO	830,550,958.27	691,170,330.32	139,380,627.95	20.17
PASIVO Y PATRIMONIO				
PASIVO				
Pasivo Corriente	62,698,853.60	40,651,566.76	22,247,286.84	54.73
Pasivo a Largo Plazo	157,573,362.60	119,895,509.53	37,677,853.07	31.43
Pasivo Transitorio	313,125,130.30	325,064,428.13	(11,959,297.83)	(3.68)
P A T R I M O N I O				
SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO				
Reservas Enfermedad-Maternidad	208,357,792.16	114,886,197.64	93,471,594.52	81.36
Reservas Riesgos Profesionales Largo	7,902,830.99	7,964,959.50	(62,128.51)	(0.78)
Reservas Invalidez, Vez y Muerte	983,194.21	1,117,610.03	(134,415.82)	(12.03)
REGIMENES ESPECIALES				
Reservas de Cuota Mortuoria	746,129.81	746,129.81		
Reservas de Asignaciones Familiares	17,027,516.64	17,027,516.64		
OTRAS RESERVAS				
Superavit p/revalorizacion de acc.y	0.33	1250314.55	(1,250,314.22)	(100.00)
Regimen Compl.Cooperativas Mineras	(6,844,205.30)	(6,234,255.20)	(609,950.10)	9.78
Superavit p/revalorizacion de activo	1,402,720.56	1,402,720.56		
Ajuste global de Reservas	67,377,632.37	67,377,632.37		
TOTAL PASIVO Y PATRIMONIO	830,550,958.27	691,170,330.32	139,380,627.95	20.17

CAJA NACIONAL DE SALUD

ESTADO DE CAMBIOS EN LA SITUACION FINANCIERA CONSOLIDADO
ESTADO DE CAPITAL DE TRABAJO Y SUS CAMBIOS
(EXPRESADO EN BOLIVIANOS)

Cuadro No. 3

<i>PARTIDAS</i>	<i>DICIEMBRE 31 1996</i>	<i>DICIEMBRE 31 1995</i>	<i>AUMENTOS Y DISMINUCION</i>	<i>PORCENTAJE</i>
ACTIVO CORRIENTE				
DISPONIBLE				
101 CAJA GENERAL	6.379.920,00	4.108.568,93	2.271.351,07	55,28
104 CUENTAS CORRIENTES EN BANCO	31.118.743,89	51.214.478,46	(20.095.734,57)	(39,24)
106 DEPOSITO EN CAJA DE AHORROS		354.452,41	(354.452,41)	(100,00)
EXIGIBLE				
111 DOCUMENTOS POR COBRAR	26.649.053,44	29.321.145,14	(2.672.091,70)	(9,11)
112 DEUDAS DEL PERSONAL	7.971.595,38	4.341.869,70	3.629.725,68	83,60
113 APORTES POR COBRAR	62.973.122,82	60.008.887,72	2.964.235,10	4,94
115 DEUDORES VARIOS	7.883.481,47	19.004.710,69	(11.121.229,22)	(58,52)
117 CUENTAS CORRIENTES-DEBE	17.079.948,76	17.079.948,76	8,00	0,00
118 RECLAMOS POR IMPORTACIONES	25.232,56	25.232,56	0,00	0,08
119 PROVISION PARA CUENTAS MOROSAS	(460.908,64)	(562.618,27)	101.709,63	(18,08)
INVENTARIOS				
121 ALMAC. EQPO. MEDICAM. MAT. CURACION Y OT.	40.660.607,96	33.483.412,75	7.177.275,21	21,44
122 ALMACEN DE MATERIALES EN GENERAL	4.554.936,73	4.696.932,01	(141.995,28)	(3,02)
123 ECONOMATO	147.008,54	52.134,22	94.874,32	181,98
124 ALMACEN EN UNIDADES DE SERVICIO	7.999.963,07	6.882.592,83	1.117.370,24	16,23
125 FARMACIA DE CENTROS SANITARIOS	7.529.299,99	6.548.304,38	980.995,61	14,98
126 EQUIPO. MAT. Y MEDIC. EN TRANSITO	57.622.083,56	4.313.970,00	53.308.113,56	1.235,71
127 PULPERIA		197.775,95	(197.775,95)	(100,00)
158 TRABAJOS EN TALLERES	151.617,54	167.590,00	(15.972,46)	(9,53)
TOTAL ACTIVO CORRIENTE	278.285.787,07	241.239.388,24	37.046.398,83	15,36
PASIVO CORRIENTE				
201 FACTURAS POR PAGAR	12.192.782,84	7.358.093,05	4.834.689,79	65,71
202 DOCUMENTOS POR PAGAR	12.930.572,55	1.500.000,00	11.430.572,55	762,04
203 PRESTACIONES ECONOMICAS POR PAGAR	1.187.237,66	1.427.564,30	(240.326,64)	(16,83)
204 CUENTAS DEL PERSONAL	4.430.211,19	2.712.435,23	1.717.775,96	63,33
205 APORTES AL SEGURO SOCIAL POR PAGAR	16.152.024,62	19.153.789,67	(3.001.765,05)	(15,67)
206 ACREEDORES VARIOS	16.006.024,74	8.499.684,51	7.506.340,23	88,31
TOTAL PASIVO CORRIENTE	62.898.853,60	40.651.566,76	22.247.286,84	94,73
CAPITAL DE TRABAJO	215.386.933,47	200.587.821,48	14.799.111,99	7,38
AUMENTO EN EL CAPITAL DE TRABAJO			14.799.111,99	

	31 DICIEMBRE 1998	31 DICIEMBRE 1999	DEBITOS	ABONOS	CUENTAS CIRCULANTES DEBITOS	CUENTAS CIRCULANTES ABONOS
TIVO						
SPONIBLE						
IA GENERAL	6,379,220.00	4,198,528.93	2,271,251.67		23,955,731.57	
ENTAS CORRIENTES EN BANCO	31,113,743.39	51,214,478.46			351,453.41	
IA DE AFEROS		354,472.41				
IGIBLE						
UMENTOS POR COBRAR	26,343,053.44	29,321,145.14			4,371,091.70	
IAS DEL PERSONAL	7,971,595.38	4,341,839.76			3,620,725.63	
DEFES POR COBRAR	62,973,122.32	60,008,877.71			2,964,235.10	
JUDICES VARIOS	7,383,181.47	19,004,710.69			11,121,323.22	
ENTAS CORRIENTES - DEBE	17,073,043.76	17,079,918.78				
CLAVOS POR IMPORTACIONES	25,223.56	35,222.52				
YISION PARA CUENTAS NOROBS	(161,063.64)	(522,613.27)			(101,703.63)	
VENTARIOS						
AC. EPO. MEDIC. NAT. CUFACION Y OTRS	40,660,567.96	33,483,412.75			7,177,275.61	
ACEN DE MATERIALES EN GENERAL	4,541,135.93	4,626,932.01			44,925.38	
ORRATO	147,063.54	52,134.27			94,874.12	
ACEN EN UNIDADES DE SERVICIO	2,253,163.07	6,882,532.87			4,117,370.24	
RACIA DE CENTROS SANITARIOS	7,523,191.39	6,548,314.37			980,895.61	
JEP. MAT. Y MEDIC. EN TRANSITO	57,823,181.56	4,313,970.97			5,508,113.56	
LIBELA		127,775.98			127,775.95	
AFANOS EN VALORES	151,117.54	157,530.91			15,973.16	
VERSIONES						
ER DANOS Y SEGUROS		20,419.57				20,419.53
CURSES, BONOS Y TITULOS	3,329,073.39	4,574,152.81				4,560.33
RSTOS A PLAZO FIJO	260,127.16	435,003.37				75,865.15
TIVOS PLAZO						
EFICACIONES	51,303,137.09	50,349,373.77				3,711,363.35
RECEX	33,119,071.35	33,746,980.50				1,293,775
JEP. POSP. E INSTRUMENTAL MEDICO	14,314,161.94	16,770,710.97				3,033,519
RESERVA EN BANCOS	11,377,151.73	10,028,817.67				1,283,207.07
JEP. LE. TRANSFERENTE	1,110,473.53	2,324,918.57				254,445.11
RICIENCIAS Y OTRAS CUENTAS CIENTIFICAS	119,593.60	96,954.37				13,603.37
JEP. DE COOPERACION		23,005.29				23,005.29
ENTAS TRANSITORIAS Y DE CONTROL						
POSTOS JUDECIALES	473,321.81	26,300.00				452,204.76
JEP. DE FIDUCIACION DE CUENTAS	1,323,353.35	1,583,079.37				
JEP. DE CTA. DE PED. Y COOPERACION	1,351,002.71	6,112,981.15				13,481,001.55
JEP. DE RENTAS	11,741.66	11,749.69				
RESERVA DE CONSTRUCCION	13,023,061.97	3,940,470.35				9,075,592.62
ENTAS CORRIENTES INTERNAS - DEBE	382,365,313.41	319,400,207.43				62,966,722.43
REDICTIONS BEMAFICOS	7,311,353.70					7,619,309.70
TRANSACCIONES ANTICIPADAS	353,313.79	293,626.02				57,189.77
TRANSACCIONES POR LIQUIDACION DE APOORTE	19,470.41	160,105.27				37,371.14
JEP. EN CUSTODIA	59,413.74					5,141,894
BURS PAGADOS POR ANTICIPADO	23,350.16					3,290.46
TAL ACTIVO	630,550,453.17	631,170,300.32				

Seguro de vejez en peligro de desaparecer

Ante la falta de presupuesto que deben erogar los municipios, y los reducidos ingresos de la Lotería, se encuentra en peligro la sostenibilidad del Seguro de Vejez, beneficio que recae bajo la responsabilidad de la Caja Nacional de Salud.

El Seguro de Vejez, impuesta a partir del primero de abril del 97, en la pasada gestión gubernamental, beneficia a las personas mayores de 60 años de edad, prestando la atención debida, además de los más de 7000 trabajadores afiliados a nivel nacional.

El financiamiento establecido correspondía a 10 diez millones de dólares (\$us 43.17) que provendrán del 85% de ingresos que arroje la lotería, y supone que existe un presupuesto de dólares americanos cuarenta y tres 17/1 (\$us 43.17) anuales por cada anciano que asista al seguro, insuficiente desde todo punto de vista, habida cuenta de que ha mayor edad mayores padecimientos y necesidades médicas existen.

El pasado año se registrarán más de 50.000 ancianos que aumentó a dólares americanos doscientos (\$us 200) la suma anual por cada uno de ellos, suma que como se verá continúa siendo insuficiente.

La situación real de la Caja Nacional de Salud, asegura sostener el Seguro de Vejez, por lo menos hasta fin de año, a costa de los aportes de los asegurados.

Una de las propuestas del presidente de esta entidad, es que



los recursos del Bonosol, vayan destinados al seguro de la salud de los pacientes de la tercera edad y personas en edad reproductiva.

La segunda es que los municipios a través de sus juntas municipales, tomen la decisión de proteger la salud de los ciudadanos de la tercer edad asegurándolos. Se confirma que hasta el momento no se recibió ni un solo centavo y la deuda de la

CNS de los 311 municipios asciende a 2'960.000 dólares; cuando la Lotería con sólo cuatro juegos hace efectivo de 270.000 dólares.

"No es que los municipios no tengan la capacidad económica para cubrir los seguros de Vejez y maternidad" afirmó Lorgio Vaca cuando en la alcaldía se realizan grandes desembolsos.

Lorgio Rivera, Presidente de la Caja Nacional aseveró que se ha burlado a todo un importante sector de la población boliviana, en la pasada gestión, que prometió proteger la salud de todos los bolivianos de la tercera edad, cuando no existen garantías en esta gestión para mantenerla.

Siendo otro experimento más del gobierno de Sanchez de Lozada para destruir la seguridad social.

Empresas de juego y alcaldías no dan recursos para Seguro de Vejez

El Seguro de Vejez para personas de la tercera edad atraviesa un proceso de desintegración debido a que los 311 municipios de todo el país y las empresas de lotería comprometidas para su financiamiento se olvidaron de destinar recursos para mantener el programa establecido por Ley, dijo Juan Rivero Kreuer, presidente de la Lotería Nacional.

"No tenemos que olvidarnos que el decreto emitido por el anterior gobierno dice claramente que en caso de existir déficit para el mantenimiento del Seguro Nacional de Vejez, éste debe ser cubierto por los municipios, compromiso que no están asumiendo las alcaldías", agregó Rivero.

Indicó que tiene que existir una conciliación de cuentas entre la Caja Nacional de Salud y los municipios, pero que en la actualidad no sucede esta conciliación.

Explicó que hasta fin de año se debería realizar una conciliación de cuentas entre la CNS y los municipios para establecer cual es el saldo o deuda que tiene el municipio con la Caja.

Agregó que las tres empresas que se adjudicaron la administración de los juegos Ilimani S.R.L., Gtech Foreign Holdings Corp y Tecno Acción, se encuentran en proceso de reestructuración y todavía no se encuentran en la capacidad de cumplir con sus compromisos con el Estado en un 100%.

"El primer desembolso que se tuvo de los juegos fue otorgado por Juegos Ilimani S.R.L. en el mes de agosto de 1997, porque en realidad las empresas recién comenzaron a funcionar a partir de julio de 1997. La segunda empresa comenzó a funcionar en

los beneficiarios.

"Es así que del mes de abril a agosto la caja tiene que atender a los beneficiarios con sus propios recursos" agregó.

Indicó que la empresa Ilimani ha sido la que más a cumplido con sus proyecciones de mercado y parte del financiamiento que se acerca al millón de bolivianos.

"La principal fuente de financiamiento para este seguro se sitúa en la proyecciones que realizan las empresas de sus ingresos por concepto de operaciones de juegos.

La segunda empresa comienza a operar recién en octubre.

Agregó que el mercado boliviano no responde a su ofertas como éstas lo planificaron y proyectaron.

"No había una respuesta porque sus proyecciones no encontraron el perfil del jugador que buscaban, porque la población no tenía conocimiento de los juegos" agregó.

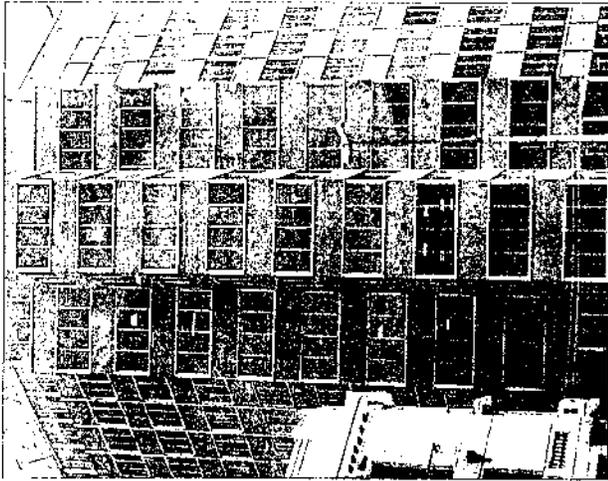
Agregó que la gente recién comenzó a confiar en los juegos a partir del presente año.

Indicó que estas empresas pagan un 15% del ingreso bruto de sus ganancias.

Por otra parte indicó que la cantidad de dinero para mantener el Seguro Nacional de Vejez se aproxima a 4.756.000 dólares.

"Solamente para la gestión 1997 se necesita más de 3 millones de dólares, para que este programa salga adelante" indicó.

Por otra parte sostuvo que se ha tenido un poco más de 300 mil dólares de financiamiento que vienen de estas empresas.



octubre y la tercera en abril de este año, entonces es un año de atraso" indicó.

Explicó que el problema radica en que el Seguro de Vejez nace a la vida con un financiamiento que no asegura su subsistencia y que ésta tenía que ser mantenida en principio por las alcaldías, pero estas instituciones no cumplen su compromiso porque no hay recursos para que la CNS pueda atender a

Le falta el financiamiento necesario

El Seguro de Vejez se encuentra en crisis

El Seguro Nacional de Vejez, creado para la atención médica a personas de la tercera edad en Bolivia, está en crisis por la falta de recursos económicos para su mantenimiento.

Fuentes de la Caja Nacional de Salud (CNS), indicaron que el Seguro de Vejez fue creado demagógicamente por el Movimiento Nacionalista revolucionario que no tomó en cuenta los parámetros micro y macroeconómicos del país para desarrollar este programa, que atiende a más de 200 mil ancianos en todo el país.

Por otra parte informaron que el programa de Seguro de Vejez para 1997 requiera de 4,700,000 dólares para su mantenimiento pero sólo se desembolsó 300,000 dólares, por Lotería Nacional y una de las empresas que se adjudicó la administración de los juegos.

Explicaron que la CNS destina de 4 a 5 dólares por paciente para que los pacientes de la tercera edad sean atendidos en hospitales sin tomar en cuenta el tiempo de permanencia.

"Para la atención de un paciente, el costo involucra la energía eléctrica, alimentación y otros gastos," explicó.

Indicaron que varios pacientes del seguro de vejez piden sus traspaños a



otras ciudades para realizarse operativos de alto costo para el Estado.

Agregaron que la atención de los ancianos abarca al 30 u 40 por ciento de los ingresos que genera la Caja Nacional de Salud, y que debido a la fuerte

ambas instituciones no la financian.

Agregaron que los municipios deben más de 3 millones de dólares a la Caja Nacional de Salud y que no hay manera de cobrar este monto porque las alcaldías se han visto insolventes para asumir este reto económico.

Recalcaron que supuestamente Lotería Nacional debe aportar al Seguro de Vejez pero los estudios de financiamiento fallaron porque no se concierne ninguna perspectiva de financiamiento.

Por otra parte sostuvieron que Lotería Nacional no solventa los gastos de seguro de vejez, cuando ésta debería solventar en un 100%.

Por otra parte informaron que los familiares de mucha gente de la tercera edad que reciben atención en los hospitales se olvidan de sus familiares, incrementando los gastos de atención al Estado.

Agregaron que el aporte que dan los municipios para la manutención de los enfermos bordea los 4 dólares por persona.

Denunciaron que el Seguro de Vejez pone en serio riesgo la economía del país y las leyes. "El gobierno debe reformular el Seguro de Vejez" indicaron.

En Cochabamba

El Seguro Materno Infantil atendió más de 86 mil casos

Cochabamba, mayo 31 (EL DIARIO).- El responsable Regional del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez de la DIDES, Dr. Juan Carlos Molina, informó que los índices de morbimortalidad bajaron ostensiblemente, tomando en cuenta que el Sistema Nacional de Salud en Bolivia ha tenido la feliz iniciativa de conformar en 1.996 la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.

Explicó que antes de esa fecha solamente se hacía vigilancia de morbilidad, entonces, todos los datos que se puedan obtener de mortalidad, provienen de estudios en la que la veracidad queda en duda por tratarse de cifras que no provienen de un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de Mortalidad Materna.

Según el último análisis del mencionado sistema, se ha indicado de que durante los 11 meses de vida que tiene el Seguro de Maternidad y Niñez, se ha logrado bajar en un 15% la mortalidad materna en el país, siendo que la meta para la presente gestión era disminuirla en un 20%.

El propósito básico del Seguro de Maternidad y niñez es el de brindar una mejor atención a los 2 grupos etáreos más importantes en el país: Las mujeres en edad fértil y los niños menores de 5 años.

Conforme especifica el Dr. Molina, esta población de acuerdo al último dato que proporciona ENSA, indica que 390 mujeres mueren por 100.000 nacidos vivos, siendo este indicador el más indicado del continente, comparados con otros países también subdesarrollados.

Según el responsable del Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, para disminuir estos índices, se han analizado aspectos que indentifiquen las barreras de acceso a los servicios de salud de parte de mujeres gestantes, siendo una de las principales el factor económico que ha generado otra actitud con el servicio de salud gratuito que desde julio del pasado año se imprime.

Entre otro de los aspectos negativos están las altas tasas de analfabetismo, barreras socioculturales, por lo que algunas personas tradicionalmente prefieren el parto a domicilio a pesar de que tienen la oportunidad de acudir a un Centro de Salud o hospital para su atención gratuita, otro aspecto que Molina considera como barrera a nivel institucional son los factores socioeconómicos que no permiten brindar una adecuada atención a las mujeres, pero se está mejorando en todos los niveles, especialmente en lo que respecta a calidad y calidez de atención.

Otro aspecto que mencionó dicho profesional, es el hecho por el cual a nivel de todo lo que implica la atención médica en el Seguro de Maternidad y Niñez, es que se están respetando muchos de sus valores culturales, de sus costumbres ancestrales, citando por ejemplo el hecho de que las mujeres especialmente del área rural o como producto de la migración, de los sectores periurbanos de la ciudad, prefieren tener sus hijos de cuellillas, por lo que en muchos servicios de salud se está adecuando el equipamiento y horarios, de tal forma que las mujeres embarazadas que vienen de zonas alejadas no retornen a sus hogares sin haber recibido la atención médica respectiva.

De julio 96 a febrero del 97, se tiene una cifra de 43.646 mujeres atendidas dentro de las contingencias que brinda el Seguro referido a la mujer gestante, y el total de niños atendidos representan 42.510 atenciones, fundamentalmente dentro de lo que significa la morbilidad de IRAS y EDAS, haciendo un total de atención materno infantil de 86.156 casos atendidos.

Dentro el Seguro Nacional de Maternidad y Niñez, las instituciones públicas realizan la Atención Integral de la Mujer dentro el Programa de Salud Reproductiva, este programa no se refiere solamente a lo que significa la mujer embarazada, si bien las contingencias de la mujer no gestante no están contempladas dentro el Seguro de Maternidad y Niñez, los Programas de Salud Reproductiva continúan brindando atención a las mujeres especialmente en el control de las enfermedades de transmisión sexual, a la detección oportuna del cáncer cérvico uterino y de mama, a las acciones de inmunización contra el toxoide tetánico, y brindando acciones en planificación familiar.

En lo que respecta al área rural, el Dr. Molina manifestó que las mujeres gestantes no mueren en los servicios de salud, puesto que los indicadores demuestran que la mayor parte de estas personas fallecen en sus domicilios, por lo que esta situación conlleva a tratar de incrementar las acciones estratégicas para llevar con mayor fuerza a la población del área rural. Se ha visto que para disminuir la mortalidad de la mujer gestante es necesario realizar trabajos multisectoriales y multiinstitucionales para poder trabajar contra este flagelo.

Una de las ancianas que se beneficiará con la nueva ley

LAS AMBICIONES DE UNO Y OTRO GOBIERNO

Muere un seguro, nace otro

El seguro de vejez fue víctima de sus propias contradicciones y falta de sostenibilidad. Los municipios, sumidos en su propia insolvencia, contrajeron millonarias deudas con la CNS y fue el principio del fin. Hoy existe una nueva opción financiada por el TGN

Con un inicio bastante promisorio, por su característica gratuita, el Seguro Nacional de Vejez se convirtió, con el paso de los meses, en una iniciativa sumida en contradicciones de carácter operativo y serias deficiencias de sostenibilidad económica.

Nacido el 1 de abril del año pasado, casi en las postrimerías de una gestión gubernamental (MNR), este seguro trató de garantizar a todas las personas de la tercera edad servicios médicos integrales, con costos subvencionados por los recursos de coparticipación de cada uno de los 311 municipios del país, además de los ingresos adicionales provenientes de las ganancias de los juegos de azar autorizados por la Lotería Nacional de Beneficencia y Salubridad (LNBS).

OBLIGACIONES INCUMPLIDAS

La realidad pronto echó por tierra las buenas intenciones incorporadas a la anterior propuesta gubernamental. Sin ingresos económicos significativos provenientes de los juegos de azar y la iliquidez declarada en los principales municipios del país, poco a poco este beneficio social comenzó a ser suspendido por la propia Caja Nacional de Salud (CNS) a medida que las

municipalidades incumplían con sus obligaciones. La millonaria deuda de los municipios pronto hizo crisis al interior de la CNS.

LEY DEL ANCIANO

El actual gobierno presentó el 24 de julio, el proyecto de la Ley de Derechos y Privilegios para los Mayores y Seguro Médico Gratuito de Vejez, documento que fue aprobado por la Cámara de Diputados y el Congreso de la República con pocas modificaciones en su forma.

Los puntos de la nueva ley que sobresalen son: la reducción de edad para los beneficiarios, hasta los 60 años (que integrará a 160 mil nuevas personas), además, que su sostenibilidad se dará con recursos del Tesoro General de la Nación (TGN), y de los municipios.

La inversión económica planificada fluctuará entre 10 y 15 millones de dólares. También habrá atención médica gratuita y el descuento de 20 por ciento en las tarifas de agua, luz, transporte público e impuestos (sólo para mayores de 60 años).

Los transportistas, en su momento, expresaron su total oposición al beneficio que, según ellos, fue inconsultamente aprobado por las autoridades, sin embargo, la Cámara de Diputados aprobó

el descuento del 20 por ciento para el servicio público en favor de los ancianos.

Para las anteriores autoridades el aparente fracaso de los principales municipios del país (Santa Cruz, Cochabamba y La Paz) por costear este beneficio social, no obedece a imprecisiones en el marco legal, sino a la nueva orientación política de las autoridades locales, además los cambios son de forma y no garantizan su autofinanciamiento.

Cuestionan la actitud de las alcaldías que ahora dicen no poder pagar sus obligaciones con la CNS, pero que tampoco han rechazado el espíritu de la nueva propuesta, que amplía su base de beneficiarios.

LUCHA CONTRA LA POBREZA

El momento de enviar el proyecto de ley para su aprobación en el Congreso Extraordinario, el presidente Hugo Banzer, envió un mensaje recordando su compromiso de luchar contra la pobreza y proteger a los sectores más vulnerables, como las personas de la tercera edad, asumido el 6 de agosto de 1997.

Por su parte los ancianos manifestaron a través de sus diferentes representantes su confusión sobre las nuevas medidas del gobierno.

Más de 483.000 personas mayores de 60 años son los potenciales beneficiarios de la nueva iniciativa, según el INE

Los programas de salud entrarán a una fase diferente; buscan mejorar la calidad de atención

SEGUROS Y PREVENCIÓN

El 2002, salud de calidad

Los primeros años del próximo milenio avanzarán en la prevención de enfermedades y se fortalecerán los seguros médicos básico y social a corto plazo. El 85 por ciento de la población tendrá acceso a un seguro básico de salud

En materia de salud, el Plan Operativo de Acción del gobierno, propone la reforma del sector.

El Plan se basa principalmente en la construcción de un sistema de salud de acceso universal, que garantizará para el 2002, que por lo menos el 85 por ciento de los bolivianos tenga acceso a un seguro básico de salud que cubra las principales enfermedades que aquejan a los ciudadanos.

Para este propósito, se contempla la aprobación de un pro-

yecto de Ley de Salud que "convierta las políticas de Estado, en políticas de salud", garantizando la aplicación de todos los planes con eficiencia y calidad.

Las metas que el gobierno se fija para el 2002 abarcan, en salud, tres programas fundamentales:

SEGURO BÁSICO DE SALUD

El objetivo básico de este programa es asegurar el acceso universal y gratuito de la

población a los servicios esenciales de salud con calidad, adecuación cultural y control social.

Se espera atender las principales patologías de la mujer en edad fértil, la desnutrición, las enfermedades infecciosas prioritarias y las enfermedades endémicas.

ESCUDO EPIDEMIOLÓGICO BOLIVIANO

La función prioritaria de este programa es garantizar al

conjunto de la población boliviana, la protección contra las enfermedades inmunoprevenibles y las transmitidas por vectores

SEGURO SOCIAL A CORTO PLAZO

El objetivo fundamental de este programa es mejorar la calidad y calidez de atención, extender su cobertura e introducir mecanismos eficientes de administración en los seguros de salud de corto plazo.

Las metas del gobierno en salud

Las políticas que seguirá el gobierno para ejecutar su plan se dividen en tres sectores: seguro básico, escudo epidemiológico y fortalecimiento del seguro social a corto plazo

Las metas para el 2002 son:
a) Políticas del seguro básico de salud

✓ Reducir al 50 por ciento la tasa de mortalidad materna.

✓ Reducir al 50 por ciento la mortalidad de niñas menores de cinco años.

✓ Reducir al 50 por ciento la desnutrición en niñas menores de tres años.

✓ Control de enfermedades transmitidas por vectores (malaria, tuberculosis, chagas, etc.) y por transmisión sexual.

✓ Asegurar que el 85 por ciento de la población tenga acceso a la red de servicios de óptima calidad.

✓ Desarrollar un modelo sanitario, en el cual los hospitales de tercer nivel sean de competencia departamental y estructurados con directarías institucionales y con pagos en base a un sistema modular.

Los instrumentos requeridos para implementar el sistema básico de salud incluyen:

✓ El sistema de Medicina Familiar, tanto urbano como rural, implementada por un equipo de profesionales de la salud. Esta incluirá la implementación de la carrera sanitaria.

✓ Incluir en 1998 en el seguro básico, la cobertura de

complicaciones hemorrágicas y enfermedades prevalentes de la infancia.

✓ Establecer redes locales de salud.

✓ Asegurar infraestructura, recursos humanos y equipamiento adecuado.

b) Políticas del escudo epidemiológico boliviano

✓ Proteger a la población de enfermedades como fiebre amarilla, meningitis y hepatitis.

✓ Fortalecer programa de inmunización para erradicar el sarampión.

Objetivos específicos:

✓ Garantizar que el 90 por ciento de los menores de cin-

co años estén en el programa de vacunación.

✓ Disminuir la mortalidad de un 35 por mil en 1997 al 8 por mil en el 2002

c) Fortalecimiento del seguro social a corto plazo

✓ Mejorar la calidad de atención al asegurado y su familia.

✓ Ampliar cobertura del seguro mediante mecanismos que eviten evasión e incentiven la afiliación de los asalariados.

✓ Asegurar mecanismos competitivos de administración de seguros y una fiscalización adecuada de los seguros de salud públicas y de los prestadores de salud.