

INTRODUCCION

Una revolución del pensamiento sobre Salud Pública fue lo que se vivió cuando, en Alma Ata se lanzó la propuesta de *salud para todos*, que se constituyó en uno de los mayores retos para el Siglo XXI en el ámbito social. Y aunque son pocos los países que actualmente pueden preciarse de haber alcanzado este objetivo, el ideal de que niñas y niños, mujeres y hombres, jóvenes, adultos y ancianos no sólo tengan acceso irrestricto a los servicios de salud, sino que más allá de este concepto asistencialista que ha primado en el sector salud por años, se debe proveer a la comunidad de conocimientos e instrumentos suficientes para promover el ejercicio pleno del derecho a la salud, mismo que no puede comprenderse sin su contraparte: la corresponsabilidad en el cuidado de la salud, de individuos, familias y comunidades.

Abordar el tema de la salud en Bolivia, resulta una tarea tan compleja, como compleja es la realidad nacional, mosaico de culturas y cosmovisiones, de anhelos y sueños tan distintos como la propia geografía nacional. Adicionalmente, la salud no puede concebirse al margen de las críticas circunstancias políticas, económicas y sociales por las que atraviesa nuestro país. La inequitativa distribución de los recursos económicos, humanos y materiales, marcan grandes diferencias entre grupos poblacionales no sólo en lo que hace a las enfermedades que los afectan y cómo lo hacen, sino respecto a sus condiciones y calidad de vida.

Por otra parte, es evidente que nuestro actual sistema de salud resulta poco eficaz para atender la salud del total de la población, por ello es indispensable introducir cambios que respondan a la exigencia de equidad y justicia social. Cambios que, necesariamente, reclaman el concurso decidido de instituciones públicas y privadas, así como de la ciudadanía en su conjunto.

Porque creemos que desde la salud se puede tender un puente hacia la unidad y el entendimiento de todos los bolivianos, hoy, reafirmamos la decisión de trabajar incansablemente por un futuro mejor para todos los habitantes del territorio nacional.

La salud está ligada al desarrollo histórico de una nación, a su estructura económica, jurídica y política; de tal forma que el proceso salud-enfermedad es una expresión particular del proceso general de la vida social.

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución Política del Estado y en otras disposiciones fundamentales, como el Código Nacional de Salud, el Código de Seguridad Social, el Código de Familia, el Código del Niño, Niña y Adolescente, la Ley del SUMI y en otras disposiciones conexas como la Ley de Participación Popular, la Ley de Descentralización Administrativa, la Ley del Medio Ambiente y la Ley del Diálogo 2000.

La sociedad boliviana no es la suma ni el promedio de lo observado en los individuos que la componen, en ciertos espacios sociales y territoriales del país se ha concentrado el deterioro de la salud y en el siglo XXI, miles de hombres y mujeres permanecen aún excluidos de los bienes y servicios sociales generales, sin derecho a la asistencia sanitaria y menos a la salud, discriminados por razones de género, pertenencia cultural, residencia y / o de condición social.

En este contexto, la mujer lleva la peor parte, porque está desproporcionadamente representada entre los pobres¹[5] y porque la muerte de una mujer -embarazada o no-arrebata madres y deja huérfanos; además de privar a la sociedad una vida productiva. Niñas y niños menores de cinco años, presentan desnutrición crónica, continúan siendo atacados por enfermedades infecciosas que podrían prevenirse mediante la inmunización oportuna.

Asimismo, la salud de la población adulta está escasamente protegida contra afecciones que provocan pérdida de años de vida productiva y demandan grandes gastos para su atención, que podrían prevenirse mediante acciones intersectoriales de promoción y prevención de la salud.

La valoración secundaria que ha tenido la salud para la población y el Estado es una de las causas más importantes para que persista tal situación. Se ha dado más importancia a las finanzas que a la promoción, prevención y provisión de servicios de salud que todavía se consideran como gasto y no como inversión.

Es importante considerar el espectro de vida que tiene un individuo desde su nacimiento hasta su muerte pues cada etapa constituye para el Sector un desafío diferente; las determinantes de la salud se manifiestan en diferente proporción y magnitud, la respuesta sectorial debe ser diferenciada y los resultados no siempre se alcanzan.

Bolivia tiene una población de 8,4 millones de habitantes, enfrenta un proceso de transición demográfica caracterizado por la reducción en la tasa global de fecundidad, habiendo disminuido ésta de 4.8 en 1994 a 3.8 hijos por mujer en 2003 (INE-MSD, 2003). Los menores de 5 años representan el 13% de la población; los niños y adolescentes entre 5 y 14 años constituyen el 26%; la población en edad reproductiva (15-49 años) alcanza a 48% y la población 50-64 años representa el 8%; por su parte, los adultos mayores (más de 65 años) son el 4% de la población; 60% de éstos son menores de 25 años y solamente un 7% tiene 65 años o más.

Desde hace diez años, nuestro país es cada vez más urbano que rural y tiende a concentrarse en Santa Cruz, Cochabamba, El Alto y La Paz; a pesar de ello la dispersión geográfica de la población aún constituye una barrera importante al acceso a bienes y servicios de diversa naturaleza, incluidos los de salud. La distribución de la población según área de residencia y etnia, muestra que los castellano-parlantes residen mayoritariamente en el área urbana (61%), en tanto que los pueblos indígenas y originarios se concentran en el área rural (75%). Para todos los grupos excepto el de la tercera edad, la población se concentra en el área urbana; en el caso de la población de la 3ª edad, se observa que 50% de este grupo vive en áreas rurales. Existe una marcada aglomeración de la población en edad reproductiva en el área urbana .

El crecimiento intercensal es cada vez mayor, consecuencia de la reducción lenta pero paulatina de la tasa promedio de mortalidad general, pero también de niveles moderados en la fecundidad. En lo que va del tercer milenio, la población boliviana crece más rápido que los recursos económicos: 2,74% contra 1,2%.

La tasa de desempleo llegó a 5,24% en todo el país, pero en áreas urbanas pasó de 8,5% en 2001 a 8,7% en 2002 debido a que la tasa de cesantía creció de 6,8% a 7,0% en el mismo periodo²[6]. Considerando que la Ley de Pensiones establece que la edad de jubilación es de 65 años para hombres y de 60 años para mujeres, se puede afirmar que aproximadamente la fuerza productiva del país alcanza a 56%. El hecho que la fuerza de trabajo potencial sea mayor que la población pasiva, constituye una enorme ventaja

comparativa transitoria que el país debe aprovechar de manera oportuna; sin embargo, hay que tener en cuenta que solo uno de cada dos habitantes en edad productiva cuenta con una fuente de trabajo; esto tiene que ver con las oportunidades de trabajo y, por tanto, con el desempleo oculto. Los efectos de las migraciones internas, sobre todo de la personas en edad de trabajar, ha determinado el surgimiento de poblaciones, sobre todo del área rural de los valles interandinos altos y el altiplano, en los que quedan las mujeres, los niños y ancianos, traduciéndose un contraste entre la “oportunidad demográfica” que se pueda presentar en los grandes centros urbanos o zonas de colonización del oriente, y las zonas con índices de dependencia muy altos que repercuten negativamente en la pobreza, la salud y el desarrollo.

El Índice de Desarrollo Humano, IDH, se ha incrementado en 28% entre 1975 y 1999. En 2001, el país se encontraba situado en el puesto 104 entre 162 países³[7]. Sin embargo, hay grandes diferencias entre departamentos y municipios; en tanto Santa Cruz alcanzó en 2001 un índice de 0.61, Potosí llegó apenas a 0,34. El 49% de municipios tiene un IDH muy bajo, bajo el 35% y mediano el restante 16 por ciento.

De acuerdo al índice de necesidades básicas insatisfechas⁴[8], se considera que el 58,6% de la población es pobre, pero existen grandes diferencias entre área urbana y rural, ya que en la primera la pobreza afecta al 39%, en tanto que en área rural el número de habitantes pobres se eleva hasta el 90,8%. La exclusión en salud, que se traduce directamente en mayores tasas de morbilidad y mortalidad, impacta de manera importante sobre la calidad de vida y la capacidad productiva de las personas y puede tener consecuencias graves sobre el desarrollo económico del país. Como parte del fenómeno de exclusión social, sus efectos sobre la cohesión social pueden afectar de manera negativa la estabilidad política y social de Bolivia.

Las condiciones de vida de la población boliviana, en general, son deficientes ya que el 58% de los hogares cuentan con servicios de agua y saneamiento inadecuados, el 48,3% sufre carencias de insumos energéticos, el 70,8% vive en espacios insuficientes y construidos con materiales inadecuados.

El producto per cápita anual fue de \$us. 884 en 2002⁵[9], menos que la mitad del que corresponde a la Comunidad Andina de Naciones. En ese mismo año, el ingreso per cápita promedio del 10% de la población con mayores ingresos fue 25 veces más alto que el ingreso per cápita promedio del 10% de la población más pobre. La nutrición adecuada en la niñez tiene un impacto crucial sobre el potencial productivo del adulto. En Bolivia, el total de niños con desnutrición crónica asciende al 27% y de ellos el 8% sufre de desnutrición crónica severa. La malnutrición es otra expresión de nutrición inadecuada; la anemia es una forma de malnutrición que se considera grave debido a que tiene serias consecuencias sobre el rendimiento en las actividades diarias y sobre el desarrollo físico e intelectual. Según datos de ENDSA 2003, el 51% de los niños bolivianos presenta algún grado de anemia y entre los niños entre 10 y 11 meses, este porcentaje se eleva al 89%.

Se estima que el efecto de la desnutrición crónica sobre la productividad futura de los niños y niñas bolivianos ocasionará pérdidas de alrededor de 510 millones de dólares para el periodo 2000-2010.

Con datos del año 1998, se estimó que la población económicamente activa afectada por la forma crónica de la enfermedad de Chagas pierde un 25 % de su capacidad productiva. Asimismo, se ha calculado que para el año 2002, la pérdida económica asociada a la enfermedad y muerte por malaria alcanzó a alrededor de 3 millones de dólares y que se perdieron 3,386 años por enfermedad y muerte por malaria.

I.1.- DEFINICION Y PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Es la protección que la sociedad proporciona a sus miembros mediante una serie de disposiciones públicas, contra los infortunios económicos y sociales que de lo contrario serían ocasionados por la interrupción o reducción considerable de ingresos a raíz de contingencias como la enfermedad, maternidad, accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, desempleo, invalidez, vejez y muerte; el suministro de atención de salud y el otorgamiento de subsidios a familias con hijos menores de edad.

En la práctica, la definición de Seguridad Social ha sólido vincularse con el desarrollo de una seguridad social institucionalizada, destinada a cubrir las necesidades de los trabajadores asalariados del sector estructurado. Sin embargo, es evidente que puede recurrirse a una amplia variedad de intervenciones a fin de asegurar que la población disfrute de un nivel de vida razonable. Ello implica una serie de opciones entre diversas medidas públicas, como por ejemplo los subsidios para la alimentación, el combustible o la vivienda, servicios de bienestar social, disposiciones en materia de ingresos mínimos y prestaciones tradicionales de la seguridad social. Hay toda otra categoría de opciones relativas a la proporción en que las necesidades relativas a la conservación o el

mejoramiento de los niveles de vida deberían ser satisfechas por tales medidas públicas o alternativamente, sobre la base de iniciativas individuales, colectivas o asumidas por los empleadores.

En esta forma, el concepto de protección social representa un marco de amparo generalizado para todos los habitantes, sean cuales fueren sus antecedentes en materia de cotizaciones o de empleo. Simboliza el requisito de un criterio integrado para encarar las necesidades sociales.

I.2.- DEFINICIÓN DE SEGURO SOCIAL.-CARACTERISTICAS

El Seguro Social se desarrolló en respuesta a la necesidad de agrupar los riesgos sociales dentro de una colectividad identificable, cuyos miembros tuviesen la capacidad y el interés común de contribuir al costo de enfrentar tales riesgos. En el marco de referencia de este concepto, se verifica una relación concreta entre prestaciones y cotizaciones.

Estos regímenes iniciales respondían a las características y a las necesidades de las personas aseguradas y tendían a ser limitados en su cobertura ocupacional, hasta el punto de estar restringidos en algunos casos a determinados grupos profesionales en particular.

CARACTERÍSTICAS

SITEMA EQUITATIVO:

El tratamiento que un individuo en particular recibe por parte del sistema de seguridad social es equitativo cuando existe una equivalencia entre el monto esperado ex ante de las prestaciones recibidas y el monto esperado ex ante de las contribuciones al financiamiento realizadas por el individuo en particular. En este caso se hablará de equidad a nivel individual para la persona considerada.

Por otro lado, un sistema de seguridad social es equitativo en su conjunto si la proporción entre prestaciones esperadas y contribuciones esperadas, es la misma para todos los individuos cubiertos, es decir si trata a todos los individuos por igual en términos de la relación entre prestaciones y contribuciones. En términos de medidas estadísticas

descriptivas, un sistema es equitativo si la dispersión de los tratamientos individuales es nula.

SISTEMA IGUALITARIO:

Un sistema de seguridad social es igualitario cuando proporciona beneficios del mismo monto absoluto a todos los individuos, independientemente de cualquier característica de los mismos, en particular en forma independiente de su contribución al financiamiento del conjunto del sistema.

SISTEMA SOLIDARIO:

Un sistema de seguridad social es solidario si la financiación de sus prestaciones implica una transferencia de ingresos, o más precisamente de riqueza, entre individuos, de tal modo que la transferencia ocurre desde individuos más ricos hacia individuos más pobres.

I.3.- DE LOS PRINCIPIOS QUE RIGEN A LA SEGURIDAD SOCIAL

PRINCIPIO DE SOLIDARIDAD:

Supone la participación de todos los habitantes de la República tanto en las obligaciones como en los derechos reconocidos para la constitución y utilización de los recursos de la Seguridad Social. Por encima de la solidaridad de clase o grupo laboral, se debe colocar la solidaridad general a escala nacional.

Supone la distribución vertical dentro de una misma generación (intrageneracional; transferencias de ingresos dentro de un grupo de personas de una cierta edad) y la distribución horizontal entre generaciones (intergeneracional; transferencias de ingresos entre grupos de personas de distintas edades).

PRINCIPIO DE UNIVERSALIDAD:

Implica que todos los habitantes de la República, sin excepciones ante la misma circunstancia o contingencia, recibirán igual cobertura.

PRINCIPIO DE SUFICIENCIA:

En forma racionalmente proporcionada a las posibilidades económicas de la República, procura la satisfacción adecuada de las necesidades reales de los individuos en razón de las contingencias cubiertas.

PRINCIPIO DE UNIDAD:

Supone la implantación de un sistema de manera tal que toda institución estatal, paraestatal o privada, que actúe en el campo de la previsión social debe hacerlo bajo una cierta coordinación para evitar desperdicios y duplicaciones de recursos humanos y materiales.

PRINCIPIO DE PARTICIPACION:

Este principio implica hacer participar a todos los miembros de la comunidad de los beneficios de la Seguridad Social así como de su financiamiento. Este principio puede alcanzar a lo relacionado con la participación de los interesados en la responsabilidad de su gestión.

PRINCIPIO DE SUBSIDIARIDAD DEL ESTADO:

Por él se determina la colaboración del Estado, a través de Rentas Generales, para cubrir las insuficiencias de recursos que puedan perturbar el desarrollo del Sistema.

I.4.- DEL SISTEMA DE ESTADÍSTICAS, COMO FORMA DE CAMBIO SOCIAL.-

ESTADISTICA:

Es una disciplina que, mediante el empleo de conocimientos derivados de la lógica y de la matemática, y a través de una secuencia ordenada de procedimientos, permite la recolección, clasificación, recuento, presentación, descripción y análisis de la información.

INDICADORES:

Son estadísticas que resultan de la elaboración y síntesis de una cierta cantidad de información estadística, que permiten formarse una idea precisa de un fenómeno más o menos complejo, facilitando el conocimiento y por ende la toma de decisiones.

PLAN O INFORME BEVERIDGE:

Informe presentado, en el Reino Unido, en noviembre de 1942 por Sir William Beveridge, donde se explicitaban los cambios necesarios en el sistema del Seguro Social existente, atendiendo al éxito futuro del mismo.

I.5.- DEL CAMBIO HISTORICO DE LA DEMOGRAFÍA, COMO RELEVANCIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL.-

TRANSICION DEMOGRAFICA:

Cambio histórico de la estructura demográfica que se produce a medida que disminuyen las tasas de fecundidad y de mortalidad, y que consiste en un aumento de la proporción de ancianos en comparación con los jóvenes.

PROYECCIONES DEMOGRAFICAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

Consisten en la determinación del número anual de los activos y de los beneficiarios de las diversas prestaciones.

ESTADISTICAS VITALES:

Se refieren a hechos relevantes en la vida de una población, dentro de ellos, se destacan entre otros, los nacimientos, las defunciones, los casos de enfermedad, el crecimiento de la población, etc..

TASA BRUTA ANUAL DE NATALIDAD:

Se obtiene dividiendo el número medio anual de nacimientos ocurridos durante un período determinado, entre la población media de dicho período.

TASA BRUTA ANUAL DE MORTALIDAD:

Representa el cociente entre el número medio anual de defunciones ocurridas en una población durante un período determinado, entre la población expuesta al riesgo de morir durante ese período. Dicha población equivale a la población media del período.

TASA ANUAL DE MIGRACION NETA:

Se obtiene relacionando el número de migrantes netos registrados anualmente o el promedio de ellos durante un cierto período, con la población media de ese mismo período.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER:

Representa la duración media de la vida de los individuos sometidos a la mortalidad de la tabla desde el nacimiento.

ESPERANZA DE VIDA A UNA EDAD DETERMINADA:

Es el número medio de años que le quedan por vivir a los sobrevivientes de esa edad en las condiciones de mortalidad definidas por la tabla.

RELACION DE DEPENDENCIA GENERAL:

Es la proporción de la población menor de 15 años y mayor de 65 años en relación a los de 15 a 64 años de edad.

RELACION DE DEPENDENCIA DE LOS ANCIANOS:

Es la proporción de la población mayor de 65 años en relación a los de 15 a 64 años.

COEFICIENTE DE DEPENDENCIA DEL SISTEMA:

Es la razón entre las personas que reciben pensiones de un determinado plan y los trabajadores que efectúan aportes al mismo sistema durante el mismo período.

I.6.- DE LOS SISTEMAS O REGÍMENES DE SEGURIDAD SOCIAL

SISTEMA O REGIMEN FINANCIERO:

Es la valoración actuarial de la previsión de costos futuros necesaria para determinar la cuantía de los recursos financieros y establecer el equilibrio ingresos / egresos en el tiempo.

SISTEMA O REGIMEN DE FINANCIACION COLECTIVA:

En estos regímenes, el equilibrio financiero del sistema, considerando la masa total de afiliados como un único conjunto, se alcanza a través de la igualdad de los flujos actualizados de la totalidad de ingresos y egresos referidos a los afiliados.

SISTEMA O REGIMEN DE FINANCIACION INDIVIDUAL:

Se definen como aquellos en los que el equilibrio financiero se logra a nivel de cada uno de los afiliados, en cuanto al valor actuarial de sus aportaciones y beneficios futuros.

SISTEMA O REGIMEN DE REPARTO PURO O SIMPLE:

En este régimen, el equilibrio financiero deberá producirse anualmente, y los ingresos del período deberán calcularse de forma tal, que permitan cubrir las prestaciones del mismo lapso.

SISTEMA DE REPARTO CON CAPITALES DE COBERTURA:

En la ecuación de equilibrio con vigencia anual o por el período elegido, se busca la equivalencia de los egresos actualizados del grupo de beneficiarios incorporados en el año o período elegido con los ingresos actualizados a recaudar en el mismo lapso. La tasa de aportes cubre exclusivamente las nuevas obligaciones del período, pues se supone que los beneficiarios anteriores tenían su capital de cobertura.

SISTEMA O REGIMEN DE CAPITALIZACION COLECTIVA:

En este régimen, el equilibrio financiero se debe verificar por un período no menor a los 20 años. En este lapso el régimen cubrirá tanto a los afiliados originales como a quienes ingresen con posterioridad y hasta el término del plazo previsto para el período de equilibrio.

SISTEMA O REGIMEN DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL:

En este régimen, el equilibrio financiero se debe verificar por un período no menor a los 20 años. En este régimen el citado equilibrio se produce a nivel de cada uno de los afiliados en cuanto al valor actuarial de sus aportaciones y beneficios jubilatorios.

SISTEMA O REGIMEN DE AHORRO O APORTE DEFINIDO:

Supone mediante la acumulación de un importe mensual y en función del mismo, obtener al final del período un capital de libre disponibilidad

SISTEMA O REGIMEN DE SEGURO O PRESTACION DEFINIDA:

Permite cubrir cualquier riesgo emergente de vida, incapacidad, muerte, etc. mediante una prima mensual determinada en función de la cuantía de las indemnizaciones esperadas.

FONDO DE PREVISION:

Plan de pensiones totalmente financiado, con aporte definido, cuyos recursos son administrados por el sector público.

REGIMEN MIXTO:

Es aquel que recibe las contribuciones y otorga las prestaciones en forma combinada, una parte por el régimen de solidaridad intergeneracional (sistema de reparto) y otra por el régimen de jubilación por ahorro individual (sistema de capitalización).

REGIMEN DE CAPITALIZACION COMPLETA (PRIMA MEDIA UNIFORME):

Persigue mantener el equilibrio por tiempo indefinido (o por varias décadas) mediante una prima fija que se calcula actuarialmente sobre la base de las estimaciones de las obligaciones futuras (que tiene en cuenta variables demográficas, económicas, etc.).

REGIMEN DE CAPITALIZACION PARCIAL (PRIMA MEDIA ESCALONADA):

En el régimen de prima media escalonada con reservas incompletas, el equilibrio se mantiene por períodos más cortos (por ejemplo una década), estableciendo una prima fija dentro de cada período, pero normalmente aumentando la prima en períodos sucesivos.

I.7.- DE LA COBERTURA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

COBERTURA:

La cobertura de un sistema de Seguridad Social hace referencia a la población a la que va dirigido.

COBERTURA UNIVERSAL:

Comprende a toda la población de un determinado país, con independencia de su vinculación con el mercado de trabajo y situación socio-económica.

COBERTURA PROFESIONAL:

Está limitada a aquellas personas incorporadas al mercado de trabajo, sea en relación de dependencia o en forma autónoma o por cuenta propia. Para entender que estamos ante un

caso de cobertura de alcance profesional, no es necesario que el régimen incluya a toda la población trabajadora, bastando que lo haga a algún determinado contingente de la misma.

COBERTURA SELECTIVA:

Está referida a los casos en los que la misma se limita a un determinado estrato de la población, generalmente aquel que se encuentra en fuerte estado de necesidad por carencia de recursos.

TASA DE UTILIZACION DEL BENEFICIO:

Es el cociente entre el número de beneficiarios y el número de asegurados.

TASA DE PROTECCION:

Es el cociente entre beneficiarios efectivos y beneficiarios potenciales.

TASA DE AFILIACION:

Es el cociente entre asegurados efectivos y asegurados potenciales.-

TASA DE COBERTURA DE LAS PENSIONES:

El número de trabajadores acogidos a un plan participativo o de jubilación público obligatorio, dividido por el número estimado de miembros de la fuerza laboral.

CONTINGENCIA CUBIERTA:

Hace referencia a los riesgos que cubre un determinado sistema provisional.

I.8.- DEL FINANCIAMIENTO DE LA SEGURIDAD SOCIAL

ORGANIZACION FINANCIERA:

La organización financiera de la seguridad social es el conjunto de medidas administrativas de que dispone el organismo gestor responsable en vista de la aplicación de los mecanismos financieros, actuariales y contables que garanticen el equilibrio financiero de cada rama o régimen de seguridad social.

PRODUCTO BRUTO INTERNO (P.B.I.):

Es el valor de la producción final realizada por la economía del País en un cierto período. Resulta de adicionar el valor agregado por los distintos sectores de actividad económica en cada etapa de producción.

El valor agregado surge de deducir el valor de los insumos al de la producción bruta de cada sector y es equivalente a las remuneraciones de los factores de producción, trabajo, capital y empresario, aplicados en el sector.

BALANCE ACTUARIAL:

Estos balances reúnen la situación del régimen a una fecha determinada, y en la medida que las obligaciones de los regímenes de pensiones son obligaciones diferidas y habiéndose establecido el período de equilibrio "por un gran número de años", el balance actuarial se asemeja a una serie de balances contables consolidados por el número de años en consideración.

FINANCIAMIENTO TOTAL:

Acumulación de reservas que cubran el 100% del valor actual de las obligaciones por concepto de pensiones contraídas con los miembros actuales.

EQUIDAD ACTUARIAL:

Método de determinación de las primas de los seguros de acuerdo con los riesgos verdaderos.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO:

Se refiere al origen de los recursos de un sistema de Seguridad Social.

ESTRUCTURA FINANCIERA:

Se refiere a la dimensión de cada una de las distintas fuentes de financiamiento.

VALUACION ACTUARIAL:

Técnica que permite establecer la viabilidad financiera de un régimen o de una rama de seguridad social, e indica si el sistema de financiamiento que se aplica y el nivel planificado para las cotizaciones puede mantenerse.

ECUACION DE EQUILIBRIO DE LA SEGURIDAD SOCIAL:

Es la ecuación que iguala los ingresos y los egresos de la Seguridad Social en un determinado período de tiempo.

DEUDA IMPLICITA DEL SISTEMA PUBLICO DE PENSIONES (NETA):

Valor de las pensiones pendientes que ha de pagar el sector público menos las reservas acumuladas para ese fin.

ACTUARIO:

Persona versada en cálculos matemáticos y en los conocimientos estadísticos, jurídicos y financieros concernientes a los seguros y a su régimen.

I.9.- DE LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL, COMO ENTE PROTECTOR.

SUBSISTEMA IVS:

Es el que atiende a los riesgos de invalidez, vejez y sobre vivencia: jubilaciones y pensiones contributivas y no contributivas.

MADURACION DEL SISTEMA:

Proceso mediante el cual las personas jóvenes elegibles para recibir una pensión en un sistema nuevo, gradualmente avanzan en edad y se jubilan, con lo cual el coeficiente de dependencia del sistema se eleva hasta igualar el coeficiente de dependencia demográfico. En un sistema que ha llegado a su madurez, todos los ancianos del grupo cubierto, están en condiciones de recibir una pensión completa.

HISTORIA LABORAL:

Registro de los afiliados activos en el cual se asentará como mínimo el tiempo de servicios, asignaciones computables y aportes pertinentes por cada empresa declarados por el sujeto pasivo o el interesado , así como lo que resulte de las actuaciones inspectivas efectuadas por la institución.

En el caso de los trabajadores no dependientes sólo se registrarán aquellos servicios y asignaciones computables por los que se haya cotizado.

EDAD DE JUBILACION EFECTIVA MEDIA:

Promedio real de la edad de jubilación.

EDAD DE JUBILACION LEGAL:

Edad de jubilación estipulada en la Ley.

PENSION MINIMA GARANTIZADA:

Garantía del gobierno de que incrementará hasta un cierto nivel mínimo las pensiones que se sitúen por debajo de éste.

TASA DE SUSTITUCION O DE REEMPLAZO O PORCENTAJE DE REEMPLAZO:

Valor de una pensión como proporción del salario del trabajador durante el mismo período básico, como el último año o los dos últimos años antes de la jubilación, o el valor medio del salario de todos los años de servicio. También indica la pensión media de un grupo de jubilados como proporción del salario medio del grupo.

TASA DEL BENEFICIO:

Es la pensión media como proporción del salario medio de la economía o del salario cubierto.

TRANSFERIBILIDAD:

La posibilidad de traspasar de un plan a otro los derechos que se hayan adquirido en materia de pensiones.

ASIGNACIONES COMPUTABLES:

Son aquellos ingresos individuales que, provenientes de actividades comprendidas por la cobertura de seguridad social, constituyen materia gravada por las contribuciones especiales de seguridad social.

SUELDO BASICO JUBILATORIO:

Es el monto que se obtiene a partir de las asignaciones computables del trabajador (en un determinado período de tiempo) y al cual luego se le aplica la tasa de reemplazo que corresponda.

ASIGNACION DE JUBILACION:

Es el monto de la jubilación que surge de aplicar al sueldo básico jubilatorio la correspondiente tasa de reemplazo.

SUELDO BASICO DE PENSION:

Es el monto al cual se le aplicarán los porcentajes establecidos, según el beneficiario, para obtener el monto de la pensión.

ASIGNACION DE PENSION:

Es el monto de la pensión, que resulta de aplicarle al sueldo básico de pensión el correspondiente porcentaje según la característica del beneficiario de esa pensión.

SERVICIOS ORDINARIOS:

Son aquellos que corresponden al tiempo real de trabajo registrado.

SERVICIOS BONIFICADOS:

Son aquellos para cuyo cómputo se adiciona tiempo suplementario ficto a la edad real y al período de trabajo registrado.

PRESTACION CONTRIBUTIVA:

Es aquella a la que se accede cumpliendo determinadas condiciones, una de las cuales es la de haber cotizado.

PRESTACION NO CONTRIBUTIVA:

Es a la que se accede sin exigencia de contribución previa.

I.10.- DE LOS RÉGIMENES DE APORTACIÓN

ADMINISTRADORAS DE FONDOS DE AHORRO PREVISIONAL (AFP, AFJP, AFAP, AFORES):

Entidades receptoras de los aportes de los afiliados activos destinados al régimen de ahorro individual. Serán personas jurídicas de derecho privado, organizadas mediante la modalidad de sociedades anónimas.

FONDO DE AHORRO PREVISIONAL:

Es un patrimonio constituido por las disponibilidades transitorias y las inversiones realizadas y está destinado únicamente a financiar las prestaciones por invalidez, vejez y sobre vivencia. La propiedad del Fondo de Ahorro Provisional será de los afiliados al mismo.

APORTES OBLIGATORIOS:

Son aquellos que con la característica de obligatoriedad marca la Ley.

DEPOSITOS VOLUNTARIOS:

Son aquellos que puede realizar el trabajador, más allá de los aportes obligatorios, con el fin de incrementar el ahorro de su cuenta personal.

DEPOSITOS CONVENIDOS:

Son aquellos que terceras personas convengan con el trabajador depositar en su cuenta de ahorro personal con el fin de incrementarla. Estos depósitos pueden ser de carácter único o periódico.

TASA DE RENTABILIDAD NOMINAL DEL FONDO DE AHORRO PREVISIONAL:

La tasa de rentabilidad nominal anual del Fondo de Ahorro Previsional es el porcentaje de variación, durante los últimos doce meses del valor de la Unidad Reajutable, acumulada a la tasa de rentabilidad real de dicho Fondo.

TASA DE RENTABILIDAD REAL DEL FONDO DE AHORRO PREVISIONAL:

La tasa de rentabilidad real mensual del Fondo de Ahorro Previsional, es el porcentaje de variación mensual experimentado por el mismo, medido en Unidades Reajustables, excluyendo los ingresos por aportes y traspasos entre Administradoras, así como los traspasos desde y hacia el Fondo de Fluctuación de Rentabilidad y las deducciones previstas por la Ley.

La tasa de rentabilidad real anual se calculará por la acumulación de las tasas de rentabilidad reales mensuales.

TASA DE RENTABILIDAD NOMINAL DEL REGIMEN:

La tasa de rentabilidad nominal del régimen se determinará calculando el promedio ponderado de la tasa de rentabilidad nominal de cada Fondo de Ahorro Previsional. El promedio ponderado mencionado será igual a la sumatoria de la tasa de rentabilidad nominal de cada Fondo de Ahorro Previsional, multiplicada por la participación de cada Fondo en relación al total de los Fondos de Ahorro Previsional existentes, al cierre del mes inmediato anterior.

TASA DE RENTABILIDAD REAL DEL REGIMEN:

La tasa de rentabilidad real del régimen se determinará calculando el promedio ponderado de la tasa de rentabilidad real de cada Fondo de Ahorro Previsional. El promedio ponderado mencionado será igual a la sumatoria de la tasa de rentabilidad real de cada Fondo de Ahorro Previsional, multiplicada por la participación de cada Fondo en relación al total de los Fondos de Ahorro Previsional existentes, al cierre del mes inmediato anterior.

FONDO DE FLUCTUACION DE RENTABILIDAD:

Parte del Fondo de Ahorro Previsional destinado a garantizar la tasa de rentabilidad real mínima del régimen.

RESERVA ESPECIAL:

Reserva creada con el objeto de responder a los requisitos de tasa de rentabilidad real mínima mensual del régimen cuando la diferencia no pudiera ser cubierta por el respectivo Fondo de Fluctuación de Rentabilidad.

CAPITAL TECNICO:

Es el valor actual esperado de la diferencia entre las obligaciones del asegurador y las obligaciones del asegurado.

EMPRESAS ASEGURADORAS:

Empresas que giran, en forma exclusiva o no, en el ramo de seguros de vida.

SELECCION ADVERSA:

Problema derivado de la imposibilidad de un asegurador de distinguir entre los individuos que presentan un alto riesgo y los que presentan un bajo riesgo. En este caso la prima del seguro refleja el nivel del riesgo medio, lo cual induce a los individuos de bajo riesgo a no participar y hace subir el precio del seguro aún más, hasta que los mercados de seguros dejan de funcionar.

I.11.- CONCEPTO DE SALUD Y SUS PROBABLES CONSECUENCIAS QUE DETERMINAN SU PORCENTAJE DE MORTALIDAD

CONCEPTO DE SALUD:

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad o incapacidad.

COEFICIENTE DE OCUPACION:

Es el cociente entre el número de camas ocupadas y el número de camas de dotación, multiplicado por cien.

PROMEDIO DIAS DE ESTADIA:

Se obtiene del cociente entre los días de estadía de todos los egresos y el número de egresados en el mismo período.

GIRO DE CAMAS:

Es el número de egresados que pasan por una cama en un período de tiempo. Se calcula como el cociente del número de egresos en un período de tiempo entre el número de camas en disponibilidad en el mismo período.

PORCENTAJE DE PREMATUREZ:

Comprende el cociente entre el número de prematuros de menos de 2.500 gramos y más de 28 semanas de edad gestacional dividido entre el total de nacimientos en el mismo período, multiplicado por cien.

PORCENTAJE DE CESAREAS:

Es el resultado del cociente entre el número de cesáreas de un período y el número de partos en el mismo período, multiplicado por cien.

TASA DE MORTALIDAD NEO-NATAL:

Es el cociente entre el número de recién nacidos muertos antes de 7 días de edad y el número de nacidos vivos en el mismo período, multiplicado por mil.

TASA DE MORTALIDAD PERINATAL:

Se obtiene del cociente entre los mortinatos después de 28 semanas, más muertos antes de 7 días de edad y el número de nacidos en el mismo período, multiplicado por mil.

MORTALIDAD MATERNA:

Surge del cociente entre el número de muertes por causa embarazo parto y puerperio (hasta 1 año) y el total de nacidos vivos en el mismo período, multiplicado por cien mil.

PORCENTAJE DE CAPTACION PRECOZ:

Surge del cociente entre el número de embarazadas que consultan por primera vez antes del 4to. mes de embarazo y el número total de ingresos de embarazadas en el mismo período, multiplicado por cien.

TASA DE MORBILIDAD GENERAL (BRUTA O CRUDA):

Se calcula como el cociente entre el total de casos de todos los padecimientos por primera vez en un período y la población total a mitad del período y se multiplica por cien.

TASA DE MORBILIDAD POR CAUSA ESPECIFICA:

Es el cociente entre el total de casos por primera vez de un determinado padecimiento en un período y la población total a mitad del período y se multiplica por cien mil.

TASA DE INCIDENCIA POR CAUSA ESPECIFICA:

Es el total de casos nuevos de un padecimiento determinado en un período dividido por la población a mitad del período y se multiplica por mil o cien mil.

TASA DE PREVALENCIA POR CAUSA ESPECIFICA:

Es el resultado de dividir el número de casos existentes de un padecimiento en determinado momento (casos nuevos y viejos) entre la población existente en el momento del estudio y se multiplica por cien, mil o cien mil.

I.12.- DEL EMPLEO Y DESEMPLEO, COMO FORMA DE ESTABILIDAD SOCIAL

POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA (PEA):

Comprende a las personas de 14 o más años de edad, que tienen al menos una ocupación, o que sin tenerla, la buscan activamente durante el período de referencia elegido para la encuesta (semana anterior). Este grupo incluye la fuerza de trabajo civil y los efectivos de las fuerzas armadas.

PERSONAS OCUPADAS:

Son todas aquellas de 14 o más años de edad, que trabajaron durante el período de referencia de la encuesta (semana anterior), o que no trabajaron por estar de vacaciones, o por enfermedad o accidente, conflicto de trabajo o interrupción del trabajo a causa del mal tiempo, averías producidas en las máquinas o falta de materiales o materias primas, pero tenían empleo. Se incluyen en esta categoría a los trabajadores familiares no remunerados.

PERSONAS DESOCUPADAS:

Son todas las personas de 14 o más años de edad que durante el período de referencia (semana anterior) no estaban trabajando por no tener empleo, pero que buscan un trabajo remunerado o lucrativo. Esta categoría comprende: a las personas que trabajaron antes pero perdieron su empleo (desocupados propiamente dichos), aquellas personas en seguro de paro y aquellas que buscan su primer trabajo.

TASA DE ACTIVIDAD:

Se calcula como el cociente entre la población económicamente activa y la población de 14 o más años de edad.

TASA DE EMPLEO:

Se calcula como el cociente entre el número de ocupados y la población de 14 años o más de edad.

TASA DE DESEMPLEO:

Se calcula como el cociente entre el número de desocupados y la población económicamente activa.

DESEMPLEO:

Es un fenómeno económico y social, individual y/o colectivo, resultante del riesgo en que se encuentra el trabajador, normalmente ocupado en una actividad remunerada y subordinada, de perder la posibilidad, de seguir prestando sus servicios, por causas ajenas a su voluntad.

DESOCUPACION ESTACIONAL:

Provocada por variaciones o cambios periódicos operados en la actividad económica por razones de clima, estaciones, etc.

DESOCUPACION FRICCIONAL:

Provocada por progresos tecnológicos, por lo tanto el trabajador desocupado, no dispone de la calificación profesional requerida.

DESOCUPACION ESTRUCTURAL:

Es la consecuencia de un cambio en la estructura de la Economía (por una guerra, bloqueo, etc.).

DESOCUPACION TECNOLOGICA:

Provocada por un cambio técnico que afecta la demanda de mano de obra.

DESOCUPACION CICLICA:

Surge como consecuencia de las alteraciones y cambios en el ritmo de la economía y en función de los períodos de prosperidad o depresión.

II.1.- LA PROTECCIÓN SOCIAL

Las ideas por la protección de las necesidades social e individual han estado presentes desde los inicios de la humanidad, podría decir que la idea de protección de estas necesidades sociales ha estado presente desde que el hombre es hombre (Aristóteles), de ahí, que las medidas de protección social que se han venido adoptando, tanto en común como aisladamente, hayan sido extraordinariamente numerosas y diversas.

En la labor de investigar las raíces históricas de la Seguridad Social, vamos a hacer referencia a concretas formas de protección social indiferenciada (asistencia social, ahorro individual y colectivo, los mecanismos basados en la idea de solidaridad y mutualidad, el seguro privado, etc.) aparecidas a lo largo del tiempo, que no obedecen sino a necesidades puntuales y, que constituyen, sin duda, precedentes de lo que hoy es la Seguridad Social: El ejemplo histórico inmediato de las medidas de protección social, al margen del de carácter meramente anecdótico ofrecido por José el Egipcio, que al organizar reservas cuantiosas de alimentos durante los siete años de abundancia consiguió su racional distribución en los siguientes siete años de escasez, lo encontramos en la antigüedad romana. Entre los *collegia*, los llamados *artificum vel opificum* o *tenuiores*, eran asociaciones con una clara finalidad mutualista. Su constitución requería la unión de al menos tres individuos, que con aportaciones de entrada y periódicas, se comprometían a contribuir para formar el fondo común. El fondo así formado se destinaba a sufragar los gastos de enterramiento del socio fallecido.

Durante la Edad Media, el problema de la pobreza va a dar lugar a medidas de protección social de diverso signo. Por una lado, se adoptan, medidas de protección basadas en la solidaridad o ayuda mutua a través de asociaciones de carácter corporativo o profesional. Las *Cofradías* y *Gremios*, con las aportaciones de los miembros, ayudaban a aquellos que caían en desgracia, protegían a las viudas y huérfanos, y llegaron, incluso, a fundar hospitales. Y, por otro, se adoptaron medidas de asistencia social a favor de los pobres, por parte de la Iglesia y de instituciones caritativas privadas. El Estado únicamente se esforzará,

en este momento, en la lucha y represión de la mendicidad y otras consecuencias derivadas de la pobreza (*policía de los pobres*).

Las *Cofradías* (*Cofradías religiosas benéficas*, *Cofradías gremiales*) y las *Corporaciones gremiales* eran constituidas por el acuerdo de sus socios fundadores y la protección que dispensaba tenía un carácter mixto: mutualista y asistencial. El primero porque la protección se diluía entre los asociados; el segundo porque éstos no tenían un derecho de protección sin más, sino únicamente un interés basado en el nivel de indigencia probado. Las necesidades protegidas procedían de enfermedad, cualquiera que fuera su causa, a la que correspondían prestaciones dinerarias, asistencia médico - farmacéutica por los cofrades sanitarios y hospitalización cuando era posible. También se considera merecedora de protección la vejez, el fallecimiento, la supervivencia de viudas y huérfanos, el paro, la dote matrimonial, la cautividad, etc. La financiación de tales prestaciones procedía de un fondo común integrado por las aportaciones de ingreso y por las aportaciones periódicas. El fondo común además era engrosado con las multas que la autoridad podía imponer a los cofrades por faltas cometidas contra la asociación.

En la Edad Moderna, se da un salto cuantitativo y cualitativo en materia de protección social. El fortalecimiento en Europa de la figura del Monarca (*Monarquía Absoluta*), la *aceptación por parte de los teóricos de la época* (Luis Vives, Thomas Hobbes, Bernardo Ward) de la protección como una responsabilidad del Gobierno Monárquico, y la necesidad real del apoyo del pueblo para consolidar su autoridad sobre la aún poderosa nobleza y la naciente burguesía, son factores que determinan que, durante los siglos XVI, XVII y XVIII, desde la *Autoridad Pública* se arbitren diversas medidas de protección social.

No obstante, y pese al desarrollo en Europa de una cierta política de asistencia pública, centrada, esencialmente, en la asistencia hospitalaria (organización hospitalaria inglesa) y/o en la superación de determinados estadios de pobreza a través de las organizaciones u organismos de carácter local (Diputaciones de barrio, Juntas Municipales de Beneficiencia, Privy Council), la protección fundamental de las necesidades sociales se realiza a través del

principio mutualista (*hermandades, montepíos*) y de las primeras instituciones de ahorro popular (*Montes de Piedad*).

Las ideas de autores como *Luis Vives*, en su obra "*De Subventionem Pauperatum*", o de Bernardo Ward, en "*Obra Pía*" (1750), o Thomas Hobbes, en *El Leviathan* (1621) fueron positivadas en medidas de carácter asistencial, como las Diputaciones de Barrio (1778) o el '*Privy Council*' (*Poor Law Act* de 1601). Instituciones dirigidas al alivio y socorro interino de jornaleros, pobres desocupados, enfermos y convalecientes, eran financiadas con limosnas, subvenciones estatales y cuestaciones dominicales en los vecindarios. Pero, junto a la asistencia pública, la protección fundamental de las necesidades sociales se realiza, tanto en España como en el resto de Europa, a través del principio mutualista, con las hermandades. En España, la *Hermandad de Socorro*, sucesora de la cofradía gremial, confiere, a diferencia de aquélla derecho subjetivo pleno a los asociados para obtener, esencialmente, la protección de enfermedad y de muerte. Acogida a la sumisión de la autoridad eclesiástica, la hermandad chocará con la política laica del siglo XVIII (Aranda, Campomanes, Jovellanos, Floridablanca) dando paso a los primeros montepíos. Instituidos bajo el aliento estatal y subvencionados económicamente por el propio Estado, los montepíos, tratan de proteger, esencialmente, las necesidades profesionales de altos ingresos Militares, Ministerios, Reales Oficinas, Correos y Caminos, Real Armada, corregidores, Alcaldes Mayores, etc- derivadas de la supervivencia (viudedad, orfandad).

En la Época liberal, el ascenso de la burguesía, la exaltación de los principios individualistas (*Laissez faire*), y el triunfo del liberalismo económico (*ADAM SMITH*), abocan a la sociedad del siglo XIX a una total indefensión frente a las necesidades sociales. La obra de *Adam SMITH*, "*Wealth of Nations*" (*La Riqueza de las Naciones*), no sólo constituye un método de análisis económico apoyado en el estudio de la dinámica del mercado (*libertad absoluta*), sino una determinada concepción del papel del Estado, el "*Estado Mínimo*", que desaconseja la intervención de la autoridad pública para evitar cualquier situación de necesidad social. Para el liberalismo económico, la pobreza y las privaciones de las clases inferiores aparecen pues, como un hecho inevitable y necesario, lo que determina que en este momento la protección de las necesidades sociales pasa única y

exclusivamente, por la previsión individual, es decir, por el ahorro de los individuos. Se produce así, la creación de instituciones de ahorro popular: las Cajas postales de ahorro (Cajas de Ahorro, Trustie savings banks, Caisses d'epargne).

En la primera mitad del siglo XIX se comienza a poner de manifiesto la incapacidad del liberalismo económico para hacer frente a las necesidades sociales que planteaba la nueva sociedad industrial. Esta situación desemboca en la aparición de una nueva ideología basada en la primacía de los valores sociales sobre los individuales, y que constituye una transformación radical del panorama político, social y económico: el Socialismo. Esto nos traslada, inmediatamente, a un determinado momento histórico, el último tercio del siglo XIX, a un país, Alemania, y a una realidad política y económica, el Socialismo de Estado, donde se sitúa el origen moderno de la Seguridad Social: los Seguros Sociales.

II.2.- LOS SEGUROS SOCIALES

El programa de Bismark.

Los primeros seguros sociales aparecen en Alemania, bajo el patrocinio del Canciller de Hierro, Otto Von Bismarck, como una nueva forma de protección social que relegaba al pasado, como residual, el sistema tradicional de la ayuda en la pobreza: la beneficencia privada y pública.

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

- a. La Revolución Industrial empieza tardíamente (1850) pero se desarrolla con gran rapidez. Los seguros sociales públicos no surgen, sin embargo en Alemania, o no exclusivamente, como consecuencia de un determinado desarrollo económico social. Si esto hubiese sido así, los primeros seguros sociales no habrían surgido en Alemania sino en Inglaterra.
- b. Se consolida políticamente el Estado alemán bajo la dirección de Prusia. El liderazgo de la unificación alemana lo había ostentado la Monarquía prusiana (absolutista y

antidemocrática) que contaba con la frontal oposición de la ascendente burguesía liberal. Para llevar a cabo su programa Bismarck buscará, por tanto, el apoyo popular mediante la adopción de una completa legislación social (*Sozial Politik*).

Nacimiento prematuro de los seguros sociales alemanes, que no surgen precisamente en los años 80, sino bastante antes. En efecto, como indica *Ritter*, Alemania gozaba de una importante tradición intervencionista, tradición que se vivió por primera vez durante la revolución de los años 1848-1849 en la forma de una política social activa con objeto de contrarrestar los peligros del pujante proletariado. En el año 1854 se aprueba la Ley sobre la Caja de Asistencia, disposición por la que se obligaba a los trabajadores y empresarios a efectuar aportaciones a una caja de enfermedad, precedente de la Ley del seguro de enfermedad del año 1883.

Las diversas corrientes del pensamiento alemán (HEGEL, FICHTE, SAVIGNY, LIST) lejos de la filosofía utilitarista imperante en Gran Bretaña y en otros países de Europa, fortalecen la primacía de los valores colectivos sobre los individuales, y la idea de que el Estado es el centro de poder de la sociedad, cuyos problemas son problemas del propio Estado. Por el contrario, en Francia como en el Reino Unido, la fuerza del liberalismo político y económico, así como el convencimiento del individualismo acuñado, fue el motivo de la tardanza de la implantación de un régimen público de seguros sociales obligatorios.

Para el desarrollo de la política social estatal es decisiva la situación económica y social de los años 70. La revolución social de la Comuna de París (1871), las oleadas de huelgas del 1869 a 1872, la escasez de vivienda en las grandes ciudades, y la miseria como consecuencia de la prolongada crisis económica durante los años 1873-1874, da lugar a un creciente movilización política de los trabajadores en los partidos socialistas. El Partido Socialista Alemán (Sozialdemokratische Arbeiterpartei), después de la opción reformista surgida del Congreso de Gotha (1875) y cuyo manifiesto programático sería criticado por MARX, obtiene un relativo éxito en las elecciones parlamentarias de 1877.

- c. La política proteccionista adoptada por Bismarck para "proteger el trabajo nacional", como medio para solucionar la crisis económica y contribuir a la disminución del desempleo, dará lugar a una política fiscal cuyos ejes son los impuestos indirectos y el monopolio del tabaco. La política fiscal se revela como una técnica esencial para llevar a cabo un proyecto concreto de política social.

De cualquier manera, el motor principal que hace posible la puesta en marcha de los Seguros Sociales en Alemania es el temor a la destrucción del Estado y de la sociedad por el movimiento obrero socialista, concibiéndose como el instrumento adecuado tanto para neutralizar dicho movimiento como para disponer de un arma política contra la burguesía liberal. Como se afirma en los fundamentos de algunas de las leyes sobre los seguros sociales, se trataba de acceder a los intereses materiales de los trabajadores de la industria, "de inmunizar a los trabajadores que aún no estaban convertidos a la socialdemocracia; a los trabajadores que estaban infectados se les quería separar de sus líderes y curar de ese mal, y a la clase trabajadora, en general, se le quería hacer ver las ventajas que el Estado estaba realizando en su favor" (RITTER). En resumen, se trataba de combatir, ni más ni menos, que una amenazante revolución social y dar respuesta a las exigencias de la socialdemocracia. Frente a los postulados alemanes, la reforma social en Inglaterra se concibe como el instrumento adecuado para luchar contra la pobreza y sus consecuencias sociales.

El 17 de noviembre de 1881 en el Salón Blanco del Reichstag, Bismarck, Canciller del Imperio alemán, abrió la sesión leyendo un Mensaje en nombre del Emperador Guillermo I, en el que se decía:

"La superación de los males sociales no puede encontrarse exclusivamente por el camino de reprimir los excesos socialdemócratas (Sozialistengesetz de 21 de octubre de 1878), sino mediante la búsqueda de fórmulas moderadas que permitan mejorar el bienestar (Wohlfartz) de los trabajadores...

En este sentido se enviará en primer lugar al Reichstag, una refundición del proyecto de ley...sobre seguro de los trabajadores en caso de accidentes de trabajo...Completándolo se adjuntará un proyecto de ley que propondrá una organización paritaria del sistema de las "Cajas de Enfermedad" en la industria. También se contemplará la situación de quienes por edad o invalidez resulten incapacitados para trabajar..."

El mensaje imperial contenía, sin ninguna duda, un ambicioso plan de reformas sociales, que el desarrollo legislativo posterior convirtió en leyes:

1881, aprobación de un crédito de 100 millones de thalers para la creación de *cooperativas de trabajadores*.

1883, *Ley del seguro de Enfermedad* (Krankenversicherung), para todos los obreros industriales: 2/3 de la cotización a cargo del empresario y 1/3 del trabajador. Prestaciones: asistencia médica y subsidio del 50% del salario. Gestión Estatal.

1884, *Ley del Seguro de Accidentes de Trabajo* (Unfallversicherung): estaba ya establecido pero, se mejora en el sentido de eliminar el sentido de responsabilidad por culpa, es decir, todo accidente queda cubierto (responsabilidad objetiva). La cotización íntegramente a cargo de la empresa. El Estado cede, tras un período de presiones, la gestión a organizaciones patronales.

1889, *Leyes de los Seguros de Invalidez y Vejez* (Invaliditäts-und Altersversicherung), reformada en 1899, financiado por medio de un seguro fijo del Estado (12,5 marcos que se elevan a 50 en 1899) más cotizaciones obreras y patronales que podían ser variables. Las pensiones tenían un mínimo fijo más un complemento variable.

El sistema alemán de seguros sociales, que se amplía considerablemente en 1911 (La Ley de 19 de julio de 1911 crearía el Seguro de Viudedad y el Seguro de Orfandad y el Código de Seguros Sociales o Reichversicherungsordnung) viene marcado por los siguientes rasgos:

- a. Por su obligatoriedad, es obligatorio para todos los individuos sometidos a la ley.

- b. El ámbito subjetivo originario es muy limitado, sólo afecta a los trabajadores industriales y sobre todo, a los obreros. Es, por tanto, un sistema de carácter laboral o profesional.

- c. La carga financiera se reparte entre los empleadores y los asegurados, añadiéndose en ocasiones una subvención del Estado a esas cotizaciones.

- d. Es un sistema causal, es decir, atiende a los riesgos y causas del infortunio; y de tipo reparador, trata de suplir ante todo la pérdida salarial.

- e. Cada uno de los seguros cuenta con su propia estructura administrativa.

No obstante, la genialidad del sistema de seguros sociales ideado por Bismarck reside (ALONSO OLEA) en trasladar al campo de los riesgos sociales la técnica de la operación del seguro privado (agrupación del riesgo y dispersión en el colectivo), con algunas originalidades (DURAND):

- a. El seguro social es obligatorio, no como contrato forzoso legal (relación contractual que se forma bajo la coacción de la ley) sino como relación jurídica legal impuesta por vía de la autoridad.

- b. En el ámbito del seguro privado la prima es pagada por el suscriptor del seguro y aunque pueda ser pagada por un tercero voluntariamente, concierne siempre a la deuda de otro. En el seguro social las cotizaciones se imponen a personas no protegidas, los empresarios, que pagan en razón de una deuda personal y que incluso están obligadas a pagar la cotización obrera por medio de retenciones salariales.

- c. El principio de proporcionalidad de la prima y el riesgo, que es fundamental en el seguro privado, está excluido en el seguro social. La institución gestora de los seguros sociales no lleva a cabo ninguna selección de riesgo.
- d. El seguro social practica la compensación de riesgos en el marco nacional; por el contrario, el seguro privado desemboca a través del juego del reaseguro, en una dispersión de riesgos en el ámbito internacional.

Generalización a los países industrializados europeos.

El sistema de seguros sociales, se extiende, con más o menos retraso, según las características socioeconómicas de cada país, desde la época de las leyes bismarkianas hasta la década de los años cuarenta de este siglo. La evolución histórica, del sistema de seguros sociales, consistió a grandes rasgos, en la ampliación paulatina del ámbito de cobertura del seguro social del trabajador industrial y de servicios a todo trabajador por cuenta ajena y, más tarde, a todo trabajador, incluido el autónomo o por cuenta propia; de los económicamente débiles a personas con rentas o salarios más altos, acabándose en muchos casos por eliminar los topes salariales para el aseguramiento; y completando el cuadro de riesgos cubiertos hasta llegar a un ideal de cobertura que no difiere en mucho del actual.

En este período de desarrollo de los seguros sociales, cabe distinguir dos tendencias:

1. Una primera es la creación de verdaderos seguros sociales. Este es el caso de Luxemburgo, Países Bajos, Rumania y Gran Bretaña. Destaca, por su atrevimiento, la política social británica.

Inglaterra

Pese a que la Revolución Industrial se produjo en Gran Bretaña antes que en el continente, la legitimación del sistema político parlamentario, la ausencia de un movimiento obrero político, el sistema jurídico del ***Common Law*** basado en la propiedad privada y en el

derecho contractual, la fuerza del liberalismo económico, y la fuerte tradición mutualista, determinaron (RITTER), entre otros factores, que la evolución de los seguros sociales sufriera un retraso. Habrá que esperar al nacimiento del Partido Laborista (*Labour Party*) y a su triunfo en las elecciones de 1905, para que los sucesivos Gobiernos liberales, desde 1906 a 1914, bajo la influencia de determinados ministros como *Churchill y Lloyd George*, pudieran realizar amplios programas de reformas sociales, sobre la base del seguro obligatorio, el Seguro Nacional:

a. El sistema de seguros sociales británico otorga un sitio a las medidas de Asistencia. La '*Nacional Insurance Act*', de 16 de diciembre de 1911, instauró de manera simultánea el seguro de enfermedad y de invalidez ('National Health Insurance'), pero no el de vejez, por considerar suficiente las pensiones de vejez en favor de los indigentes ('Old Age Pensions Act', de 1 de agosto de 1908). En 1925 se creaba un Seguro de vejez y fallecimiento (widows'Orphans' and old age contributory pensions Act).

b. El sistema inglés se caracteriza por el ser el primero en organizar la institución del Seguro Obligatorio de Paro ('Nacional Unemployment Act'), quizás porque en la crisis de los años 70 el desempleo alcanzó en Inglaterra mayores proporciones que en el resto de Europa. El seguro se aplica en un primer momento a ciertas profesiones (construcción, construcciones navales) para extenderse por una Ley de 9 de agosto de 1920 modificada en 1921 y en 1924, a toda la población industrial.

c. La legislación inglesa no incorpora el sistema de reparación de accidentes de trabajo en el sistema general de seguros sociales. La Ley inglesa consagró en 1897 el principio del riesgo profesional y el de responsabilidad individual del empleador.

d. El sistema inglés preveía, frente al principio de proporcionalidad entre las cotizaciones y las prestaciones que regía en Alemania, cotizaciones y prestaciones uniformes (flat rates), de ahí, la importancia que adquieren las sociedades de socorro mutuos y el seguro popular.

e. El sistema inglés se diferencia, por otra parte, del alemán en la mínima participación de los interesados en la gestión (en Alemania el asegurado pagaba al seguro de enfermedad 2/3 partes de las cuotas; en Inglaterra, los hombres las 4/9; las mujeres, 3/8)), en la participación del Estado en la financiación de los seguros sociales (en Alemania el Estado no contribuía a la financiación del seguro de enfermedad, en Inglaterra abonaba 2/9 partes, para los hombres, 1/4 en el caso de las mujeres), y en la gestión del seguro por organizaciones reconocidas (centrales sindicales) tratando así, de evitar la burocratización asentada en el sistema alemán.

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

II.3.- LA EXTENSIÓN DE LOS SEGUROS SOCIALES

Fue, por tanto, después de la guerra de 1914, general y de rasgos similares en todos los países europeos. No obstante, en el caso español, el desarrollo de los seguros sociales se vería afectado por un desfase temporal correlativo al desfase del proceso de industrialización. Así, pese a que en el año 1900, se aprueba la primera medida legislativa de Seguros Sociales -Ley de 30 de enero de *Accidentes de Trabajo*- hasta el año 1919 -Real Decreto-Ley de 11 de marzo, aprobatorio del *Retiro Obrero Obligatorio*- no se implantaría en España el primer seguro social con el carácter de obligatorio; el segundo, el Seguro de Maternidad, se establece diez años después, en 1929. Y, finalmente, en 1936, la Ley de 13 de julio, aprueba las Bases para la regulación general de las enfermedades profesionales. Sin embargo, dado el momento de su aprobación, cinco días antes de la Guerra Civil, no tuvo desarrollo reglamentario, por lo que habrá que esperar a la instauración del régimen político dictatorial surgido de la Guerra Civil, que siguiendo la evolución de la época, procedería finalmente al desarrollo y expansión de los seguros sociales, al amparo de la

Declaración X del Fuero del Trabajo, del artículo 28 del Fuero de los Españoles y del Principio IX de la Ley de Principios del Movimiento Nacional.

La extensión de los seguros sociales fuera del continente europeo:

América Latina

Entre las dos guerras mundiales de 1914 y 1939, el Seguro Social deja de ser una institución específicamente europea. No obstante, y contrariamente a lo que en un principio pudiera pensarse, no es en los Estados Unidos de América ni en Canadá, dado su grado de industrialización, donde el sistema de seguros sociales se introduce más fácilmente. Muy al contrario, lo va a hacer en América Latina, en África del Sur, en Australia y en Nueva Zelanda.

La aparición de los Seguros Sociales atraviesa en América Latina por unas pocas dificultades: escaso desarrollo industrial, dispersión de la población (con excepción de algunos grandes centros), problema en las comunicaciones (grandes distancias), dificultad de acceso a determinados sectores de la población que habitan en zonas, en muchos casos inexploradas, etc. Será Chile quien inaugure la política de Seguros Sociales en 1925, creando los seguros de enfermedad, maternidad e invalidez e instituyendo un Ahorro Obligatorio para sustituir al seguro de vejez. De todas las ramas del aseguramiento social, Chile desplegó un esfuerzo particular en los problemas de la enfermedad, organizando servicios de asistencia tanto en las ciudades como en el campo. Estas medidas no constituían sino un anuncio de la Ley de 1938 sobre medicina preventiva, por medio de la cual el Estado abría una nueva vía que conduciría a los modernos servicios médicos de salud. Perú, siguió el ejemplo de Chile, instituyendo por la Ley de 12 de agosto de 1936 un Sistema de Seguros Sociales Obligatorio. Brasil, por su parte, organizó a partir de 1933, regímenes más o menos completos de seguros sociales, esencialmente enfermedad y vejez, a favor de determinados grupos profesionales, extendiéndose, posteriormente, a favor de empleados de comercio (Decreto núm. 274, de 22 de mayo de 1934) y de empleados de la industria (Ley núm.367, de 31 de diciembre de 1936). Con posterioridad en el tiempo, se

introducirían sistemas de seguros sociales en: Venezuela (Ley de 14 de junio de 1949), México (Ley de Seguridad Social de 31 de diciembre de 1942 y 19 de enero de 1943), Paraguay (el Decreto núm.17071, de 13 de abril de 1943, establecía el seguro de enfermedad-maternidad-invalidéz-vejez, así como el de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales), Bolivia (Ley de 7 de enero de 1949, establece los principios de un Régimen General de Seguros Sociales obligatorios), Colombia (Ley de 26 de diciembre de 1946 instituye por primera vez un régimen de seguros sociales), Costa Rica (Ley de 1 de noviembre de 1941, es la primera que instituye en América Central el seguro social obligatorio).

II.4.- LA SEGURIDAD SOCIAL

La idea de Seguridad Social estuvo presidida por la *Ley estadounidense de Seguridad Social* de 14 de agosto de 1935, para encontrar su máxima expresión en *El Informe Beveridge*, sobre el Seguro Nacional. A partir de este Informe, serán la actitud de las legislaciones nacionales y un movimiento internacional favorable los que terminen por consolidar la política de Seguridad Social frente a los Seguros Sociales.

La política de Seguridad Social no es una simple prolongación de la política de Seguros Sociales. Las políticas de Seguridad Social están presididas por la idea de solidaridad social (cobertura general de los riesgos en favor de toda la población) realizada a través de la redistribución de la renta nacional, es decir, constituyen un servicio público de finalidad social.

La Ley Estadounidense de Seguridad Social

La crisis de 1929 provoca en los Estados Unidos profundos cambios: crecimiento del desempleo, desórdenes en el sistema bancario, restricción de la actividad económica. La elección en 1932 del presidente *Roosevelt* supone la adopción de una nueva política, la del *New Deal*, política intervencionista en todos los órdenes, incluido el social, que trata de dar

solución a la situación del país. El 14 de agosto de 1935 fue aprobada la *Social Security Act*, de protección deficiente, que será modificada por la Ley de 28 de agosto de 1950:

La Ley de 1935, tenía un campo de aplicación muy reducido: los trabajadores industriales. Excluye a los trabajadores agrícolas, autónomos, domésticos, funcionarios, que serán incluidos por la Ley del 50.

El régimen de cobertura de los Riesgos sociales, asegura una protección insuficiente otorgando prestaciones de exigua cuantía: Seguro de paro (*Unemployment Insurance*), y Seguro de Vejez y Supervivencia (*Old-age and survivors Insurance, OASI*). Se desatiende la enfermedad y la invalidez, salvo que deriven de accidente de trabajo.

La Ley de Seguridad Social contiene disposiciones típicas de un Sistema de Seguro. Así, los Seguros se financian por medio de tasas sobre los salarios, su nivel repartido por igual entre empleador y asalariado, y con subvenciones federales concedidas a los Estados. La ideología del *Welfare State* hizo incluir un Sistema de Asistencia Social en favor de los ancianos, ayuda a familias con hijos a cargo y a los ciegos necesitados.

La Constitución estadounidense no incluye ni la asistencia ni la Seguridad Social como materias de competencia federal, lo que impide una legislación federal uniforme y aumenta la complejidad del Sistema.

II.5.- EL INFORME BEVERIDGE

De importancia equiparable al *Mensaje de Otto von Bismarck al Reichstag* el 17 de noviembre de 1881 es la presentación del Informe de *William Beveridge* al Gobierno británico el 20 de noviembre de 1942, hecho público el 1 de diciembre siguiente, bajo el título de '*Social Insurance and allied Services*'. A este informe en materia de Seguridad Social hay que añadir un segundo informe dedicado a la política de pleno empleo apuntada por *Beveridge* como un instrumento esencial en el primer informe, y que fue publicado en 1944 bajo el título de '*Full Employment in a Free Society*'.

Las alternativas que el *Nuevo Modelo Inglés o Beveridgeano de Seguridad Social* ofrecía respecto al anterior bismarkiano, eran en principio las siguientes (Alonso Olea):

a. Aunque la operación de seguro seguía siendo la clave en ambos modelos, el modelo inglés descansaba ampliamente sobre recursos indiferenciados procedentes de los Presupuestos Generales del Estado, con los que había de atenderse a la carga creciente de la asistencia sanitaria y a la protección residual prestada por la asistencia social.

b. Mientras que la operación del seguro del modelo Beveridgeano se montaba sobre cotizaciones uniformes para todos los asegurados y otorgaba prestaciones económicas uniformes para todos ellos, el modelo bismarkiano reposa sobre cotizaciones diferenciadas según el volumen de rentas del asegurado y, en consecuencia, otorgaba prestaciones en proporción a estas rentas. Por tanto, mientras el primero pretende garantizar un nivel de subsistencia uniforme, el segundo garantiza un nivel de vida futura que guarda relación con el anterior al acaecimiento del riesgo.

c. El modelo inglés preveía la existencia de un seguridad social voluntaria, concibiendo la obligatoria, como nivel de subsistencia.

d. El sistema del modelo Beveridge manifiesta una tendencia hacia la universalización de la cobertura, de forma que abarque a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano. La universalidad no es incompatible con el sistema de Bismarck, pero sí presenta mayores dificultades de implantación, al no prever subvenciones públicas masivas.

e. El modelo inglés lleva implícita una tendencia hacia la unificación y homogeneidad de los riesgos objeto de cobertura; no ya de los sanitarios, cualquiera que fuera la causa (común o profesional), sino también de los económicos. La tendencia es que una única

cotización cubra en unidad de acto todos los riesgos. Por el contrario en el modelo del canciller Bismarck hay una consideración aislada de cada una de las contingencias.

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

El sistema británico ejercería una poderosa influencia tanto en los países de la Commonwealth como en los propios ordenamientos europeos, que apegados al sistema germánico no dudan en acoger algunas de las ventajas del modelo beveridgeano. De cualquier manera conviene señalar que ningún sistema de Seguridad Social es hoy puramente bismarkiano o beveridgeano; ni siquiera en los países en que vieron la luz ambos modelos.

II.6.- LA INTERNACIONALIZACION DE LA SEGURIDAD SOCIAL

La internacionalización de la Seguridad Social no es un fenómeno espontáneo sino que es el resultado de la necesidad de resolver dos tipos de cuestiones:

1. En primer lugar, una necesidad de armonización de normas y tendencias de seguridad social dirigidas a los Estados, y que afectan a los nacionales aun cuando tengan que ver con otro país. En esa tendencia internacionalizadora se incluyen tanto convenios, recomendaciones y resoluciones de organismo internacionales (OIT, ONU), como simples declaraciones, programas, estatutos o constituciones, de vocación universal o zonal:

a. La Carta Atlántica, firmada por Roosevelt y Churchill el 12 de agosto de 1941.

b. La acción de la Organización Internacional de Trabajo (OIT): Declaración de Filadelfia (1944), y los Convenios 12 y 13 (accidente de trabajo), Convenios 24 y 25 (seguro de enfermedad), Convenios 97 y 143 (protección de emigrantes), Convenio 102

(norma mínima), Convenio 103 (protección de la maternidad), Convenio 157 (conservación de derechos en Seguridad Social), Convenio 159 (readaptación de minusválidos). Las Recomendaciones de la OIT son también numerosas.

c. La Declaración Universal de los Derechos del Hombre aprobada por la Asamblea general de la ONU el 10 de diciembre de 1948, y que en su artículo 22 establece que "toda persona, en cuanto miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social".

d. En diciembre de 1940 se crea en Lima un Comité Interamericano para el Progreso de la Seguridad Social, que organiza en Santiago de Chile, en septiembre de 1942, la I Conferencia interamericana de Seguridad Social. No obstante, la máxima importancia en este sentido corresponde a la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, que agrupa a los países iberoamericanos.

e. El Consejo de Europa, creado en Londres en 1949, aprueba la Carta Social Europea (1961), el Código Europeo de Seguridad Social (1964) y el Convenio Europeo de Seguridad Social (1972).

f. El Derecho Comunitario Europeo, constituido por el Tratado de Roma (1957), el Tratado de Maastricht, y los Reglamentos, Directivas y Recomendaciones en materia de Seguridad Social.

III.1.- LA ADMINISTRACIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Como indicamos anteriormente, existen niveles de dirección y operatividad en el manejo de la Seguridad Social.

NIVEL EJECUTIVO OPERATIVO DE LAS CAJAS DE SALUD: DIRECTORIO, GERENCIA GENERAL, GERENCIA MEDICA Y DE SERVICIOS GENERALES, ADMINISTRATIVOS Y REGIONALES .-

Según el D.S. No. 21637 de 12 de Junio de 1987, las entidades gestoras en el nivel operativo, son la Caja Nacional de Salud, Caja de Salud de las corporaciones regionales de desarrollo, Caja Bancaria de Salud, la Caja Petrolera de Salud.

Según el art. 4 del sancionado decreto tiene la estructura siguiente:

- a) .- **DIRECTORIO** .- Conformado por un presidente, dos representantes estatales (designados por el M:P:S:S:P: a propuesta de la C.O.B.). Dos representantes de los empresarios (designados por el M.P.S.S.P. a propuesta de la C.E.P.B.)

- b) .- **PRESIDENCIA** .- Nombrado por el Presidente de la República de una terna presentada por la cámara de diputados. Solo es representativo, preside el directorio y no es necesario que sea un hombre entendido en la materia. Es denominado presidente ejecutivo.

- c) .- **GERENTE GENERAL** .- Designado por el directorio. Es en esencia el ejecutivo de la Caja. Debe ser un hombre especializado en Seguridad Social tanto en lo técnico como en lo administrativo.

NIVEL OPERATIVO DE LA CAJA .-

- a) .- **Gerencia de Servicios de Salud** .- Al Jefe de los servicios de salud se lo denomina Jefe Médico Nacional, este tiene que ser un profesional médico que se encarga de la planificación, administración, asistencia médica, servicios auxiliares, mantenimiento y

economato a través de los diferentes departamentos. Este cargo es designado por el directorio a propuesta del Gerente General, necesariamente deberá ser un profesional de la rama de Salud.

b) .- Gerencia de Servicios Generales .- El Jefe de esta gerencia será designado por el directorio a propuesta del Gerente General.

Esta Gerencia afilia y califica derechos, controla cotizaciones de las empresas afiliadas; elabora el presupuesto, la contabilidad y estadística.

NIVEL DESCONCENTRADO DE LA CAJA .-

a) .- Gerencias Regionales .- Las Instituciones grandes tienen administradores regionales designados por el Directorio a propuesta del Gerente General. Estos administradores deben ser profesionales con experiencia o formación en Seguridad Social. Tendrán las atribuciones de planificación, organización, ejecución y evaluación de las prestaciones de enfermedad, maternidad y riesgos profesionales a corto plazo a nivel regional, cuenta con:

- Una Jefatura de los servicios de salud.
- Una Jefatura de los servicios de salud.

NIVEL TÉCNICO OPERATIVO EN LOS FONDOS DE PENSIONES. BÁSICO Y COMPLEMENTARIO: DIRECTORIO, GERENCIA GENERAL, GERENCIA TÉCNICA Y FINANCIERA ADMINISTRATIVA, ADMINISTRACIONES REGIONALES .-

Los Fondos Complementarios, que según el D.S. 21637, en su art. 9 deben denominarse **FONDO DE PENSIONES**, son entidades que tienden a mejorar las pensiones de los rentistas y a subsanar de mejor manera las contingencias. Su estructura es la siguiente:

a) Directorio .- Conformado por un presidente; 2 representantes del Estado; 2 representantes patronales; 2 representantes laborales, Un Trabajador activo y otro pasivo.

b) **Gerencia General** .- Cuyo Jefe será designado por el Directorio.

c) **Gerencia Técnica**.-

d) **Gerencia Administrativa** .-

En esta organización también existen los administradores regionales.

III.2.- EL SEGURO SOCIAL BANCARIO

ANTECEDENTES HISTÓRICOS DEL RÉGIMEN PROTECTIVO DEL TRABAJADOR BANCARIO .-

Como otros sectores, los bancarios lograron su Seguro Social, que por actitudes demagógicas de sus dirigentes no fue posible su inclusión en el Código de Seguridad Social. El Seguro Social Bancario fue reconocido por Ley del 7 de diciembre de 1926, y su Caja Complementaria por D.S. Nro. 11695 de 15 de agosto de 1974.

Su población actual aproximadamente es de 10.000 mil trabajadores bancarios, número relativamente pequeño pero con gran influencia en el aspecto económico.

POBLACIÓN PROTEGIDA .-

La población protegida dentro del sector bancario es aproximadamente de 10.000 mil trabajadores bancarios, número de trabajadores relativamente pequeño, que sin embargo tienen gran importancia en su aspecto económico, todo por el buen porcentaje que aportan de sus salario total ganado.

PRESTACIONES SANITARIAS .-

Las prestaciones que ofrece este régimen especial, son las mismas que otorga el régimen general.

RÉGIMEN JUBILATORIO .-

A. Diferencia del régimen general, tiene aquí gran importancia los años de servicio, 25 años, tras los cuales, sin importar la edad, el trabajador bancario puede jubilarse.

OTRAS PRESTACIONES .-

a) Seguro de Invalidez: Se otorgan rentas de invalidez al trabajador con 20 años de servicio (en un principio) y 15 años (posteriormente).

En el régimen general es de 60 cotizaciones.

b) Renta de Muerte: La viuda sin importar su edad es acreedora a una indemnización global y única llamada montepío. (Gr.Montes o montañas, donde se ubicaban casas de empeño).

FINANCIAMIENTO .-

Este sistema se sostiene con los aportes laborales y patronales (del banco).

CAJA DE SEGURO SOCIAL BANCARIO .-

La importancia que se dá a los años de servicio para lograr la jubilación, podían lograr esta situación personas jóvenes, de tal modo que con el transcurso del tiempo la carga es mucho mayor. Sin duda es algo beneficioso para el trabajador pero va en desmedro del sistema de la seguridad bancaria.

Por todo ello, por D.S. 21637 y mas adelante por Ley 924 se obligó a conformar una caja de salud y un fondo complementario solo para el sector de la banca privada y otro solo para el sector de la banca estatal, quienes heredaron toda la carga del régimen anterior.

III.3.-EL SEGURO DE MUERTE O SUPERVIVENCIA

FUNDAMENTOS SOCIALES Y ECONOMICOS PARA LA FAMILIA SOBREVIVIENTE.-

a) Fundamento Social .- En determinado momento la Familia se vé sin un Jefe de Familia, queda desamparada, por lo tanto no es posible dejarlos en esta situación, por lo que se debe ayudarlos.

b) Fundamento Económico.- Cuando el Jefe de Familia muere no hay medios economicos suficientes para mantener a la familia, de tal manera que para que la familia no se suma en la miseria se da una prestación determinada en dinero.

PERSONAS PROTEGIDAS. LIMITES Y MODALIDADES DEL SEGURO DE MUERTE.-

- a) La esposa. o (conviviente)
- b) El o los hijos menores de 19 años.
- c) El padre o la madre.
- d) Los hermanos (menores de 19 años)

En los casos c) y d) debe existir un lazo de dependencia con realción al asegurado, los padres deben ser mayores a 60 años y los hermanos menores de 19 años, y son beneficiarios subsidiarios, solo cuando no existiesen a) y b) como beneficiarios.

REQUISITOS PARA LA CALIFICACION Y OTORGACION DE LAS PRESTACIONES ECONOMICAS .-

- a) Se debe acreditar por lo menos 60 cotizaciones, 18 de las cuales deben estar en los últimos 36 meses.
- b) Que la muerte del asegurado o rentista no se deba a un accidente de trabajo.
- c) Cuando no se tuviera las 60 cotizaciones o 18 de estas no estuvieses dentro de los u.

CLASES DE RENTA SEGUN LA PERSONA BENEFICIADA:

a) Renta de Viudedad .- Que es vitalicio, para mujer u hombre, no importando su edad. Equivale al 40 % de la renta por invalidez (si es activo) o de vejez (si es pasivo) del asegurado pasivo.

b) Renta de Orfandad .- A los hijos menores de 19 años, Corresponde a un 20 % de la renta, hasta 3 hijos. Si son 4 o mas el porcentaje sumado no podrá sobrepasar el 60 % de la renta, de modo que sumados la renta por viudedad y por orfandad no pasen el 100 % de la renta del fallecido.

c) Renta de padres y hermanos .- Solo cuando no exista viuda ni hijos se dará una renta equivalente al 20 % a los hermanos, 20 % a la madre y 10 % al padre, siempre que estuvieren calificados como beneficiarios.

TRAMITE DE LA CALIFICACION Y PAGO DE LA RENTA.-

a) Calculo de la renta de viudedad .-Dijimos que corresponde al 40 % de la renta de invalidez o vejez (si el asegurado es pasivo) o de la renta de invalidez o vejez que le hubiera correspondido (si el asegurado era activo al momento de fallecer). En este caso se distinguen:

a.1) Cuando el fallecido tenía 180 cotizaciones y la edad exigida para la jubilación se asimila como renta de vejez.

a2) Cuando éste, no tenía las 180 cotizaciones y no tenía la edad exigida, se asimila como renta de invalidez.

La mayoría de los asegurados recién a los 60 años optan por acogerse al beneficio de la jubilación o renta de vejez'

TRAMITE DE CALIFICACIÓN Y PAGO DE LA RENTA .-

Se acude a la Caja donde luego de llenar el formulario correspondiente, acompañado del Certificado de Trabajo se solicita la jubilación, la Caja comprobara las cotizaciones y luego expedirá el formulario de baja del trabajador, desde ese momento el asegurado deja de trabajar, pero puede que el asegurado se retira antes de solicitar la renta de vejez, en este caso se considera al trabajador en comisión con goce de haberes por un lapso de 120 días tiempo en el cual debe concluir todo el tramite.

Cuando el trabajador, perteneció a varias cajas, la última solicitara a las anteriores la remisión de las cotizaciones porque el la última caja quien califica la renta.

Cuando se tiene la edad tope pero no se tiene las 180 cotizaciones se dará un pago global equivalente a la renta por cada semestre.

SEGURO VOLUNTARIO .-

Cuando por retiro voluntario o forzoso del trabajador, este no pueda cumplir con las 180 cotizaciones, puede solicitar dentro de los 12 meses siguientes el seguro voluntario, para ello debe acreditar por lo menos 12 cotizaciones como dependiente de una empresa, sujeta al campo de la cobertura del seguro social obligatorio.

El Seguro Voluntario cesara por:

- a) renuncia expresa.
- b) por el no pago de las cotizaciones durante tres meses.
- c) por reintegrarse a la actividad laboral, también se puede acoger al seguro voluntario en los fondos complementarios.

III.4.- LA LEY DEL S.U.M.I.

LEY SUMI

LEY N° 2426

PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA DE BOLIVIA

LEY DE 21 DE NOVIEMBRE DE 2002

GONZALO SÁNCHEZ DE LOZADA
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Por cuanto el Honorable Congreso Nacional, ha sancionado la siguiente ley:

EL HONORABLE CONGRESO NACIONAL DECRETA:
LEY DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

CAPITULO I
DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 1. (OBJETO)

1.- Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:

- a) Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.
- b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.

II.- Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección.

III.- El Seguro Materno Infantil, es una prioridad de la Estrategia Boliviana de Reducción a la Pobreza.

ARTICULO 2 (RESPONSABILIDADES)

I. El Ministerio de Salud y Previsión Social, como la Autoridad Nacional de Salud, tiene la responsabilidad de reglamentar, regular, coordinar, supervisar y controlar la aplicación del Seguro Universal Materno Infantil en todos los niveles establecidos.

II. Las disposiciones de esta Ley son de orden público, tienen carácter obligatorio y coercitivo para todo el Sistema Nacional de Salud, Prefecturas, Gobiernos

Municipales, el Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo, y, sin excepción alguna, para todas las Cajas de Salud y aquellas Instituciones sujetas a convenio.

III. Los Gobiernos Municipales tienen la responsabilidad de implementar el Seguro Universal Materno Infantil.

CAPITULO II FINANCIAMIENTO

ARTICULO 3. (FUENTES)

El financiamiento del Seguro Universal Materno Infantil está compuesto por:

a) El Tesoro General de la Nación, financiará la totalidad del costo de los recursos humanos, que sean requeridos para la implementación del Seguro Universal Materno Infantil.

b) El 10 % de los recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal), para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del Seguro Universal Materno Infantil. El Gobierno Nacional, establecerá mecanismos que garanticen estabilidad y seguridad para la transferencia regular de estos recursos a los Gobiernos Municipales.

c) Hasta el 10 % de los Recursos de la Cuenta Especial Dialogo 2000 para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del Seguro Universal Materno Infantil, cuando los recursos de la Participación Popular, señalados en el inciso anterior, serán insuficientes.

ARTICULO 4. (CUENTAS MUNICIPALES DE SALUD Y FONDO SOLIDARIO NACIONAL)

I. Las Cuentas Municipales de Salud se utilizarán para atender, única y exclusivamente las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil que sean demandadas en la jurisdicción municipal por todo beneficiario que provenga de cualquier municipio y estarán compuestas por:

a) El 10 % de los recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal).

b) Los recursos del Fondo Solidario Nacional provenientes de la Cuenta Especial del Diálogo 2000, se usaran para compensar a aquellos municipios, una vez que se haya utilizado el 10 % de la Coparticipación Tributaria.

En caso de existir remanentes de los recursos establecidos en el inciso a), después de financiada la atención del Seguro Universal Materno infantil, el Gobierno Municipal deberá destinarlos a inversión en infraestructura sanitaria y saneamiento básico o programas especiales en Seguro de Salud.

II. El Fondo Solidario Nacional está constituido para otorgar una compensación a aquellos Gobiernos Municipales cuyos recursos de Participación Popular no alcancen para financiar el Seguro Universal Materno Infantil.

Los recursos del Fondo Solidario Nacional se asignarán a partir del requerimiento que anualmente realice el Ministerio de Salud y Previsión Social al Ministerio de Hacienda, los cuales serán debitados de la Cuenta Especial Diálogo 2000, antes de la aplicación de la distribución de los recursos de acuerdo a la Ley de Diálogo y que deberán ser registrados en el Presupuesto del Ministerio de Salud y Previsión Social.

La asignación mensual del Fondo Solidario Nacional a los Gobiernos Municipales será abonada a las Cuentas Municipales de Salud, cuando los recursos de la Participación Popular destinados al Seguro Universal Materno Infantil no sean suficientes, según los montos requeridos para atender la compensación señalada en el presente Artículo y definida por el Ministerio de Salud y Previsión Social.

En caso de existir remanentes en el Fondo Solidario Nacional, como resultado de la compensación realizada a los Gobiernos Municipales por la atención del Seguro Universal Materno Infantil, el Ministerio de Salud y Previsión Social, a través del Ministerio de Hacienda, deberá devolverlos a la Cuenta del Diálogo 2000 para su correspondiente asignación de conformidad al Artículo 12 de dicha Ley.

CAPITULO III

MECANISMOS DE IMPLEMENTACIÓN

ARTICULO 5 (RED DE SERVICIOS DE SALUD)

Se constituye la Red de Servicios de Salud conformada por los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel de complejidad de acuerdo a criterios de accesibilidad y resolución.

El Ministerio de Salud y Previsión Social reglamentará, coordinará y controlará las redes de servicios de salud en todo el territorio nacional, para asegurar las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil.

ARTICULO 6. (DIRECTORIO LOCAL DE SALUD)

Se crea el Directorio Local de Salud (DILOS), como la máxima autoridad en la gestión local en cada municipio. El DILOS será responsable de la implementación del Seguro Universal Materno Infantil, la administración de la Cuenta Municipal de Salud y el cumplimiento de la Política Nacional de Salud, y estará conformado por:

- a. El Alcalde Municipal o su representante, quien lo presidirá
- b. Un representante del Comité de Vigilancia Municipal
- c. Un representante del Servicio Departamental de Salud de la Prefectura del Departamento correspondiente.

Los mecanismos de la gestión de salud local, con el objeto de efectivizar la gestión compartida entre el Gobierno Municipal, la Red de Servicios y la Comunidad serán reglamentados por el Poder Ejecutivo.

DISPOSICIONES ADICIONALES

ARTICULO 7 (PROHIBICIÓN)

Ninguna instancia del Gobierno Nacional y Gobiernos Municipales, podrá destinar los recursos establecidos en la presente Ley a otro fin que no sea el determinado en esta Ley. Los funcionarios que contravengan esta disposición serán sometidos al régimen de responsabilidad por la función pública, establecido por la Ley No. 1178.

ARTICULO 8 (MANCOMUNIDADES DE SALUD)

Los Gobiernos Municipales pueden crear mancomunidades, cuyo objeto sea la prestación de los servicios de salud descritos en esta Ley, especialmente en los

casos donde no cuenten con todos los niveles de atención del Sistema Nacional de Salud y/o del Sistema de Seguridad Social a Corto Plazo.

ARTICULO 9 (CONCILIACIÓN DE SALDOS)

Los saldos adeudados por los Gobiernos Municipales a los establecimientos de salud por cuenta del Seguro Básico de Salud, deberán ser cubiertos previa aprobación del Directorio Local de Salud. Los saldos no utilizados del Seguro Básico de Salud serán destinados, por cada Gobierno Municipal, al mejoramiento de la infraestructura sanitaria.

ARTICULO 10 (REGLAMENTACIÓN)

El Poder Ejecutivo establecerá la reglamentación general y específica de la presente Ley; así como la reglamentación que señala las excepciones no cubiertas por el Seguro Universal Materno Infantil y las sanciones a los funcionarios que rechacen la atención o realicen cobros indebidos a pacientes del Seguro Universal Materno Infantil los que serán sometidos al régimen de responsabilidad por la función pública.

DISPOSICIONES FINALES

ARTICULO 11 (ADECUACIÓN)

Se prioriza la asignación de recursos dispuestos para la reducción de la pobreza al Seguro Universal Materno Infantil, conforme a los Artículos 8°, de la Ley del Diálogo Nacional, y 1° y 4° de la presente Ley.

ARTICULO 12 (AMPLIACIÓN DE PLAZO)

Para la implementación del Seguro Universal Materno Infantil, creado en la presente Ley, se dispone, con carácter de excepción, ampliar el plazo establecido en el numeral 10) del Artículo 44° de la Ley No. 20 28, " Ley de Municipalidades", para la presentación de los Programas Operativos Anuales y los Presupuestos Municipales para la gestión 2003, hasta el 15 de diciembre de 2002.

ARTICULO 13 (DEROGACIONES)

Quedan derogadas todas las disposiciones contrarias a la presente Ley.

ARTICULO 14° (REGLAMENTACIÓN)

EL Poder Ejecutivo, queda encargado de la reglamentación de la presente Ley.

Remítase al Poder Ejecutivo, para fines constitucionales

Es dada en la Sala de Sesiones del Honorable Congreso Nacional, a los veintiún días del mes de noviembre de dos mil dos años.

Fdo. H. Mirtha Quevedo Acalinovic

PRESIDENTA HONORABLE

SENADO NACIONAL

Fdo. H. Morgan López Baspineiro

SENADOR SECRETARIO

Fdo. H. Marlene Fernández del
Granado

DIPUTADA SECRETARIA

Fdo. H. Guido Añez Moscoso

PRESIDENTE HONORABLE

CAMARA DE DIPUTADOS

Fdo. H. Gonzalo Chirveches

Ledezma

SENADOR SECRETARIO

Fdo. H. Adolfo Añez Ferreira

DIPUTADO SECRETARIO

Por tanto, promulgo para que se tenga y cumpla como Ley de la República.

Hospital La Paz, Garita de Lima, de la ciudad de La Paz, a los veintiún días del mes de noviembre de dos mil dos años.

FDO. GONZALO SÁNCHEZ DE LOZADA

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA

Fdo. Carlos Sánchez Berzain

MINISTERO DE LA PRESIDENCIA

Fdo. José Guillermo Justiniano Sandoval

MINISTRO DE DESARROLLO SOSTENIBLE Y PLANIFICACIÓN

Fdo, Javier Comboni Salinas

MINISTRO DE HACIENDA

Fdo. Javier Tórres Goitia Caballero

MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

Fdo. Hernán Paredes Muñoz

MINISTRO DE DESARROLLO MUNICIPAL

Red de Información Jurídica

LEGISLACION ANDINA

Bolivia

Mujer

DECRETO SUPREMO N° 26874

GONZALO SÁNCHEZ DE LOZADA

PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPÚBLICA

C O N S I D E R A N D O:

Que por Ley N° 2426, de 21 de noviembre de 2002, se crea en el país el Seguro Universal Materno Infantil - SUMI, destinado a otorgar prestaciones de salud con carácter universal integral y gratuito, a las mujeres embarazadas hasta los 6 meses después del parto y a los niños y niñas menores de 5 años.

Que en cumplimiento del Artículo 14 de la mencionada Ley, se requiere reglamentar la aplicación del mismo en los aspectos relacionados al alcance, contingencias, financiamiento, administración, las sanciones previstas y disposiciones transitorias que señalen de forma explícita los derechos y obligaciones de los participantes y beneficiarios.

EN CONSEJO DE MINISTROS,

D E C R E T A:

REGLAMENTO DE PRESTACIONES Y GESTIÓN DEL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

CAPITULO I

DE LAS PERSONAS AFILIADAS Y CONTINGENCIAS CUBIERTAS

ARTÍCULO 1.- (PERSONAS AFILIADAS). I. Las personas afiliadas al Seguro Universal Materno Infantil - SUMI, son:

- a. Mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto.
- b. Niñas y niños desde su nacimiento hasta los cinco años cumplidos.

II. Las personas afiliadas al SUMI son todos los bolivianos y extranjeros, con visa de residencia en el país.

ARTÍCULO 2.- (AFILIACIÓN). I. Los establecimientos de salud del Sistema Nacional de Salud son los encargados de la afiliación gratuita de los asegurados del SUMI. Dichos establecimientos remitirán al Gobierno Municipal de su jurisdicción, un informe de los afiliados al SUMI, de forma semestral.

II. Como constancia del reconocimiento del derecho a la salud, al momento de la afiliación y para seguimiento del estado de salud, se entregará a la persona asegurada el Carnet de Salud de la Mujer, para la mujer embarazada hasta los seis meses después del parto y el Carnet de Salud Infantil, para las niñas y niños menores de 5 años.

III. Todos los Gobiernos Municipales y las organizaciones de base tienen la obligación de promover y facilitar la afiliación de los asegurados del SUMI.

ARTÍCULO 3.- (REQUISITOS). **I.** Para la afiliación de la mujer embarazada, el médico responsable dependiente de cualquier establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud, emitirá en la primera consulta el carnet de asegurado. La consulta y afiliación son gratuitos.

II. Después del parto, la atención médica continuará por los próximos seis meses, prestándose en forma gratuita.

En caso de no haber sido atendida en el parto, en establecimiento de salud del Sistema Nacional de Salud, deberá llenar uno de los siguientes requisitos:

- a. Certificación del parto atendido en domicilio por el personal de salud.
- b. Declaración jurada por la persona de la comunidad que atendió el parto a domicilio.

III. Para el aseguramiento de los menores de 5 años se precisa uno de los siguientes requisitos:

- a. Certificado de nacimiento.
- b. Certificado de bautizo.
- c. Certificado de nacido vivo emitido por el establecimiento de salud.
 - a. Declaración de nacimiento por 2 testigos de la comunidad ante el establecimiento de salud.
 - b.

ARTÍCULO 4.- (PRESTACIONES DEL SUMI). **I.** El Seguro Universal Materno Infantil brinda servicios de salud a la mujer embarazada desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y al menor de cinco años, a través de la atención ambulatoria integral, hospitalización, servicios complementarios de diagnóstico y tratamientos médicos y quirúrgicos; asimismo, provee de insumos, medicamentos esenciales y productos naturales tradicionales.

II. El Ministerio de Salud y Previsión Social - MSPS, a través de Resolución Ministerial, establecerá las prestaciones a ser otorgadas, los costos de las mismas y las exclusiones.

III. Las prestaciones establecidas en el SUMI no excluyen la vigencia de los diferentes programas de salud financiados por el Ministerio de Salud y Previsión Social y la cooperación nacional o internacional, que se ejecutan de acuerdo a la Política Nacional de Salud.

ARTÍCULO 5.- (PROVISIÓN DE PRESTACIONES).

I. Las prestaciones del SUMI se proveen exclusivamente en el territorio nacional, con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del Sector Público y del Seguro Social de corto plazo (COSSMIL, Caja Bancaria Estatal de Salud, Caja de Salud de la Banca Privada, Seguro Social Universitario, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Caja CORDES, Caja de Caminos, SINEC y seguros delegados), así como en los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización.

II. Las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, deben firmar convenios marco con el Ministerio de Salud y Previsión Social y convenios específicos con los Directorios Locales de Salud - DILOS que correspondan, para realizar actividades del SUMI.

III. Las instituciones privadas con y sin fines de lucro e iglesias, para realizar actividades del SUMI, deben firmar convenios marco con el Ministerio de Salud y Previsión Social y convenios específicos con el DILOS que corresponde.

ARTÍCULO 6.- (DE LA AMPLIACIÓN DEL SEGURO). Si el diagnóstico y tratamiento de patologías agudas se hubiera iniciado antes de cumplirse los 5 años de edad o los seis meses posteriores al parto, se dará continuidad al esquema terapéutico de acuerdo a protocolo de atención.

ARTÍCULO 7.- (DE LA CAPACIDAD DE RESOLUCIÓN). Las prestaciones del SUMI se otorgan de acuerdo a tecnología existente en el país y capacidad de resolución que corresponda a los diferentes niveles de atención de la red de salud y protocolos de atención.

ARTÍCULO 8.- (USOS Y COSTUMBRES). Las prestaciones del SUMI en los tres niveles de atención se adecuan a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los

pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género.

CAPITULO II

DEL FINANCIAMIENTO DEL SUMI

ARTÍCULO 9.- (RECURSOS DEL TESORO GENERAL DE LA NACIÓN). I. Los gastos de la partida presupuestaria 10.000 (Servicios Personales) correspondientes al personal del Sistema Público de Salud, que prestará los servicios de este seguro, estarán cubiertos por el Tesoro General de la Nación - TGN en virtud de la Ley N° 1654 Artículo 5 inciso g), hasta el monto consignado para este propósito en el Presupuesto General de la Nación.

II. Estas partidas serán consignadas en el Presupuesto Anual de la Prefectura de cada Departamento, en la Dirección Departamental de Desarrollo Social y SEDES correspondiente.

III. Para una eficiente utilización de los recursos humanos asignados al Sistema Público de Salud y con el propósito de garantizar las prestaciones del SUMI, los DILOS comunicarán al SEDES para la consolidación de la planilla departamental, la reasignación de personal de su jurisdicción, en base a políticas dictadas por el Ministerio de Salud y Previsión Social y normas vigentes. Estas reasignaciones no deberán significar variaciones en el presupuesto aprobado de cada gestión fiscal, en la partida de servicios personales.

ARTÍCULO 10.- (RECURSOS DE LA PARTICIPACIÓN POPULAR). I. El 10% de los recursos de la Participación Popular (Coparticipación Tributaria Municipal), serán destinados a cubrir el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales, vinculados exclusivamente con las prestaciones del SUMI, otorgadas en establecimientos y brigadas móviles de salud de la jurisdicción municipal.

II. Por la gestión 2003 se autoriza un remanente de hasta el 3% y por la gestión 2004 un remanente de hasta el 2%, para que se utilicen en inversión, en

infraestructura sanitaria y saneamiento básico o programas especiales en seguros de salud.

III. Se entiende por infraestructura sanitaria toda la incorporación de bienes inmuebles, mobiliario, equipo y medios de transporte para el desarrollo de acciones de salud.

IV. Los Gobiernos Municipales que no hubiesen ejecutado los techos de coparticipación tributaria señalados en el parágrafo II, deberán luego de la aprobación por parte del DILOS, invertir sus saldos en infraestructura sanitaria y saneamiento básico o programas especiales en seguros de salud.

ARTÍCULO 11.- (RECURSOS DE LA CUENTA ESPECIAL DIÁLOGO 2000). I.

En caso de ser insuficientes los recursos de Coparticipación Tributaria, los Gobiernos Municipales accederán al Fondo Solidario Nacional que estará conformado con recursos de la Cuenta Especial Diálogo 2000, los mismos que serán asignados a este Fondo antes de la distribución municipal establecida en el Artículo 9 de la Ley N°2235, de 31 de julio de 2001, del Diálogo Nacional 2000.

II. Para el año 2003 el Ministerio de Salud y Previsión Social requerirá el 10% de recursos de la Cuenta Especial del Diálogo 2000 al Ministerio de Hacienda para la generación del Fondo Solidario Nacional.

III. Para la gestión 2004 y posteriores, el Ministerio de Salud y Previsión Social con base en el comportamiento de la ejecución de los fondos transferidos en las gestiones anteriores a los Municipios deficitarios, requerirá al Ministerio de Hacienda los recursos necesarios para la utilización en el Fondo Solidario Nacional, hasta un máximo del 10% de la Cuenta Especial del Diálogo 2000.

IV. Se autoriza al Ministerio de Salud y Previsión Social la apertura de la Cuenta del Fondo Solidario Nacional, en el Banco Central de Bolivia, en bolivianos, el 1 de enero de 2003, de acuerdo al mantenimiento de valor establecido por la Unidad de Fomento a la Vivienda - UFV. Esta cuenta se utilizará exclusivamente para transferencia de recursos a las CMS-SUMI para el financiamiento de insumos, servicios no personales y medicamentos esenciales del SUMI en aquellos Municipios que lo requieran.

V. El TGN traspasará mensualmente de la Cuenta Especial Dialogo 2000 los fondos presupuestados por el Ministerio de Salud y Previsión Social, a la cuenta del Fondo Solidario Nacional.

VI. Para acceder al Fondo Solidario Nacional, los DILOS realizarán su requerimiento al Ministerio de Salud y Previsión Social, quien realizará el abono correspondiente en la Cuenta Municipal de Salud-SUMI, en un plazo no mayor a 30 días calendario.

VII. Los remanentes anuales no utilizados de la cuenta del Fondo Solidario Nacional por el Ministerio de Salud y Previsión Social, serán devueltos a través del Ministerio de Hacienda a la Cuenta Especial del Diálogo 2000, una vez finalizada la gestión.

VIII. El Ministerio de Salud y Previsión Social publicará por medios electrónicos y en línea, los requerimientos realizados por los DILOS y la asignación de recursos del Fondo Solidario Nacional.

ARTÍCULO 12.- (DE LOS SERVICIOS NO PERSONALES). Los Servicios no personales elegibles a ser financiados con los recursos descritos en los Artículos 10 y 11 del presente Decreto Supremo, serán definidos por Resolución Ministerial del Ministerio de Salud y Previsión Social.

ARTÍCULO 13.- (DE LA CUENTA MUNICIPAL DE SALUD - SUMI). I. El Ministerio de Hacienda instruirá a los bancos corresponsales, el cambio de razón social de las cuentas del Fondo Local Compensatorio de Salud, existentes en los Municipios a Cuenta Municipal de Salud - SUMI.

II. Los recursos de la Coparticipación Tributaria destinados al financiamiento del SUMI serán abonados automáticamente por el TGN a través del Banco Central de Bolivia a la respectiva Cuenta Municipal de Salud - SUMI.

III. Será responsabilidad del Gobierno Municipal la administración de la Cuenta Municipal de Salud - SUMI para uso exclusivo del financiamiento de las prestaciones del SUMI, bajo reglamentación elaborada en forma conjunta entre el Ministerio de Hacienda y Ministerio de Salud y Previsión Social.

ARTÍCULO 14.- (OTROS RECURSOS). I. Los recursos humanos del seguro social de corto plazo para la implementación del SUMI serán remunerados con sus propios fondos. Los Directorios de las Cajas de Salud de corto plazo aprobarán las modificaciones de las planillas de recursos humanos requeridos para la implementación del SUMI.

II. Los recursos financieros gestionados por el Ministerio de Salud y Previsión Social, para infraestructura y equipamiento, serán destinados a los establecimientos de salud, con preferencia para el primer y segundo nivel de atención.

III. Los recursos humanos administrativos y de apoyo de los establecimientos de salud del sector público, podrán ser contratados por los Gobiernos Municipales con cargo a sus propios recursos de acuerdo al Decreto Supremo N° 24182, Artículo 1, inciso 2; en cuyo caso se deberá evitar la duplicidad de funciones con el personal asignado por el SEDES.

CAPITULO III

CONCILIACIONES Y CIERRE DEL SEGURO BÁSICO DE SALUD - SBS

ARTÍCULO 15.- (PAGOS Y CANCELACIONES). I. Se establece un plazo máximo de ciento veinte (120) días calendario a partir del 1° de enero de 2003, para efectuar todas las conciliaciones relacionadas con el Seguro Básico de Salud - SBS.

II. Toda las deudas pendientes de pago, incluidas aquellas con el seguro social de corto plazo, por concepto del Seguro Básico de Salud, deberán estar canceladas por los Gobiernos Municipales, como paso previo a la inversión del remanente para infraestructura y equipamiento de salud.

Los Municipios con saldos positivos en los Fondos Locales Compensatorios de Salud - FLCS al 31 de diciembre de 2002, utilizarán estos recursos para el pago de sus deudas del SBS.

Los gastos que generen la conciliación de deudas intermunicipales por concepto de transporte y despacho de correspondencia, serán imputados a los saldos remanentes que resultaren al cierre de la gestión del SBS.

Los importes recuperados como efecto de la conciliación municipal y los saldos disponibles del FLCS remanentes, serán dispuestos para el mejoramiento de infraestructura y equipamiento de salud en su Municipio.

Los fondos del SUMI no podrán ser utilizados para el pago de deudas devengadas del SBS.

III. A fin de agilizar la conciliación de deudas documentadas para el cierre de gestiones correspondientes al SBS, se autoriza efectuar los pagos frente a la documentación presentada con los Certificados Agregados de Prestaciones Otorgadas - CAPO N°5 y 6 emitidos hasta el 31 de diciembre de 2002.

CAPITULO IV

GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL SUMI

ARTÍCULO 16.- (PROCEDIMIENTOS NECESARIOS PARA INICIO DEL SUMI). I.

Todos los establecimientos del Sistema Público de Salud, hasta el 31 de diciembre de 2002, deberán realizar el inventario físico de todos los medicamentos, insumos médicos, no médicos y reactivos disponibles en sus instalaciones.

II. Se constituyen en recursos disponibles para inicio del SUMI:

a) Los medicamentos, insumos médicos, no médicos y reactivos en existencia determinados según el párrafo anterior del presente Artículo.

b) Los saldos remanentes en efectivo del Seguro Básico de Salud en cuentas o en poder de los establecimientos de salud.

c) Los recursos existentes en la CMS-SUMI.

III. Independientemente de la fuente de provisión, para el 1º de enero de 2003, todos los establecimientos de cualquier nivel de atención, deberán consolidar sus inventarios de medicamentos, insumos médicos y reactivos, incluyendo los de programas, en una única Farmacia Institucional Municipal - FIM, sea hospitalaria o no. La administración de farmacias paralelas o la comercialización de

medicamentos en otro lugar del establecimiento que no sea la FIM, será sancionada por la Ley N° 1178.

ARTÍCULO 17.- (ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS).

I. Constituye responsabilidad inexcusable del Gobierno Municipal, la adquisición de medicamentos, insumos médicos y reactivos, para la atención de las prestaciones del SUMI a requerimiento del DILOS, de acuerdo a normativa vigente y lo establecido por el Sistema Nacional Único de Suministro - SNUS.

II. Toda adquisición de medicamentos, insumos médicos y reactivos por parte del Seguro Social de corto plazo, ONGs e iglesias deberá regirse a la Ley del Medicamento, su reglamentación y normas establecidas en el SNUS.

III. Todos los medicamentos esenciales, insumos médicos y reactivos a ser adquiridos para la atención al SUMI, deben estar incluidos en el listado de medicamentos esenciales y listado básico de productos naturales tradicionales.

IV. Para la adquisición de los medicamentos esenciales, insumos médicos y reactivos deberá considerarse obligatoriamente los precios referenciales establecidos periódicamente por el MSPS y publicados en diferentes medios de comunicación y difusión.

V. Los medicamentos, insumos médicos y reactivos del SUMI serán suministrados bajo una sola administración logística, empleada en las FIM.

VI. El costo por la distribución de medicamentos a los diferentes establecimientos correrá por cuenta de los proveedores, debiendo contemplarse este requisito en toda adquisición de medicamentos y convenios suscritos.

ARTÍCULO 18.- (MODALIDADES DE COBRO Y PAGO). **I.** No se generarán, bajo ningún concepto, deudas intermunicipales por servicios del SUMI otorgados en Municipios diferentes al de residencia de los beneficiarios.

II. El MSPS establecerá el valor de las prestaciones del SUMI y reglamentará los procedimientos de cobro y pago, entre el Gobierno Municipal y el Sistema Público de Salud, Cajas de Salud del Seguro Social de corto plazo, así como con entidades adscritas por convenio.

ARTÍCULO 19.- (EMISIÓN DE FACTURA). I. Los Entes gestores del Seguro Social de corto plazo deben facturar a los Municipios por los servicios prestados de acuerdo a lo establecido en la Ley N°843 y sus decretos reglamentarios.

II. Los organismos privados con y sin fines de lucro y las Iglesias bajo convenio, deben facturar a los municipios por los servicios prestados de acuerdo a lo establecido en la Ley N°843 y sus decretos reglamentarios.

ARTÍCULO 20.- (SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACIÓN). Los instrumentos y sistemas de registro e información del SUMI serán normados por el Ministerio de Salud y Previsión Social, a través del SNIS, hasta el 31 de diciembre de 2002.

ARTÍCULO 21.- (PROTOSCOLOS Y PROCEDIMIENTOS). I. Los recursos humanos del Sistema Público de Salud y del Seguro Social de corto plazo y de las instituciones incorporadas por convenio al SUMI, tienen la obligación de cumplir con los protocolos y procedimientos técnico-administrativos en salud establecidos por el MSPS.

II. Es responsabilidad del establecimiento o servicio de salud la adecuada atención del asegurado hasta la resolución del problema de salud o su referencia oportuna.

CAPITULO V

INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN

ARTÍCULO 22.- (PROCESOS). I. El MSPS desarrollará procesos de Información, Educación y Comunicación, dirigidos a los prestadores de salud y comunidad sobre el SUMI, para incentivar la demanda, mejorar el acceso y la calidad de atención.

II. Todos los recursos de la Cooperación nacional e internacional para IEC relacionados al SUMI, serán canalizados por el MSPS.

CAPITULO VI

INCENTIVOS, SANCIONES Y RECLAMOS

ARTÍCULO 23.- (INCENTIVOS). Para promover y estimular la calidad y la adecuación cultural de la atención en los establecimientos de salud del SUMI, se crea el incentivo a la calidad a ser otorgado por el Ministerio de Salud y Previsión Social, de acuerdo a reglamento.

ARTÍCULO 24.- (SANCIONES). En caso de comprobarse el incumplimiento al presente Decreto Supremo se aplicarán las sanciones de acuerdo a las disposiciones establecidas en la Ley N° 1178 y disposiciones conexas.

ARTÍCULO 25.- (RECLAMOS Y DENUNCIAS). I. Los reclamos y denuncias pueden ser realizados ante el DILOS por cualquier ciudadano(a) sea o no beneficiario del SUMI, en forma verbal o escrita, debiendo el DILOS establecer su registro.

II. El DILOS hará llegar el reclamo al Gerente de Red para que en el lapso máximo de diez días se proceda a la investigación e informe con las recomendaciones correctivas correspondientes.

III. El DILOS es el responsable del seguimiento al cumplimiento de las acciones correctivas y la comunicación respectiva al denunciante, con copia al SEDES y al Gobierno Municipal.

ARTÍCULO 26.- (SISTEMA DE CONTROL). I. Se crea el Sistema de Control y Fraude del SUMI a cargo del MSPS.

II. Los SEDES tienen la obligación de garantizar la implementación del Sistema de Control y Fraude del SUMI en las Redes de Servicios de Salud.

CAPITULO VII

DISPOSICIONES DEROGATORIAS Y ABROGATORIAS

ARTÍCULO 27.- (VIGENCIA DE NORMAS). Se derogan y abrogan todas las disposiciones contrarias al presente Decreto Supremo.

Los Señores Ministros de Estado en los Despachos de Hacienda, Salud y Previsión Social y Sin Cartera Responsable de Desarrollo Municipal, quedan encargados de la ejecución y cumplimiento del presente Decreto Supremo.

Es dado en el Palacio de Gobierno de la ciudad de La Paz, a los veintiún días del mes de diciembre del año dos mil dos.

FDO. GONZALO SÁNCHEZ DE LOZADA

III.5.- LA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO

De acuerdo con la Constitución Política del Estado, la salud es un derecho básico, por lo tanto, recae en él la responsabilidad de protegerla y promoverla. Sin embargo, la salud tiene dos dimensiones:

Es un bien colectivo y como tal se constituye en fundamento del desarrollo sostenible

Es un bien individual, puesto que su ausencia hace imposible que una persona asuma obligaciones y compromisos, al mismo tiempo que la priva de una vida plena.

“La salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida humana y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la

realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia” 1[1].

Si bien es cierto que la salud en Bolivia ha evolucionado de manera favorable en los últimos veinte años, no es menos cierto que los resultados alcanzados son insuficientes, sobre todo si se tiene en cuenta la magnitud de los esfuerzos realizados. Probablemente, las causas de esta situación se encuentren, por una parte, en la lucha frontal contra las enfermedades que ha consumido tiempo y recursos, sin dejarnos suficiente como para enfocarnos en la planificación de largo plazo y la construcción de la salud; por otra parte, el insuficiente reconocimiento que el proceso salud-enfermedad está relacionado con las condiciones de vida y requiere de una aproximación intersectorial que excede los estrechos límites del sector.

No obstante hoy Bolivia es un país más seguro en materia de salud que hace algunos años; se ha erradicado la viruela, la Poliomiélitis y se han controlado las enfermedades de Chagas, Malaria y otras.

La Política Nacional de Salud prioriza el binomio madre niño, sin embargo el objetivo estratégico es la totalidad de la población y todo el ciclo de vida de las personas, desde su génesis intra útero hasta la muerte. La máxima aspiración de esta política es lograr:

Que al nacer todos tengamos las mismas oportunidades y que la alegría de vivir plenamente, con calidad, desarrollar nuestras potencialidades sintiéndonos socialmente productivos, nos ayude a morir en paz y con dignidad.

Para ello, es necesario el concurso de toda la comunidad nacional para asumir la salud como un derecho y una responsabilidad de todos.

Al presente el Ministerio de Salud y Deportes se ha enmarcado en el modelo clásico de manejo por programas técnicos dirigidos a la Prevención y Control de Enfermedades, a la gestión del sistema -como ha sido el Proyecto de Reforma de Salud - y al desarrollo de infraestructura sanitaria; no han existido programas de promoción de salud sino acciones dispersas en los diferentes proyectos y programas.

El proceso de reforma de salud desarrollado hasta la fecha puede resumirse en tres grandes líneas a saber: 1) El diseño e implementación de sistemas de aseguramiento público como

el Seguro Básico de salud y sus modificaciones: el Seguro Básico Indígena y el Seguro Universal Materno Infantil. 2) Implementación de un Sistema de Gestión por resultados que ha permitido contar con un mecanismo de evaluación y control sectorial efectivo en un Estado descentralizado, y 3) Calidad y regulación, por la cual se han mejorado la calidad de la atención y se han diseñado instrumentos valiosos para la integridad del sistema y para apoyar el ejercicio del derecho a la salud por parte de la comunidad, aunque a la fecha sus avances son limitados a unos pocos establecimientos.

Desde Alma-Ata en 1978 se maneja el concepto de equidad en la atención de salud; ello dio origen al gran reto lanzado por la Organización Mundial de la Salud: *¡salud para todos!*. y a su estrategia denominada Atención Primaria en Salud. En esencia esta estrategia de Atención Primaria de Salud – APS pretende:

- . Llegar a todos especialmente a los más necesitados;
- . Llegar a los hogares, las familias y la comunidad en su conjunto, sin limitarse a los establecimientos sanitarios.
- . Establecer una relación permanente con individuos, familias y comunidad.

Adicionalmente, la Atención Primaria de Salud cobra un significado especial cuando enfatiza que: Los servicios deben ser eficaces y culturalmente aceptables, razón por la que es preciso planificar y gestionar cuidadosamente programas que guarden relación directa con los problemas locales.

- . Las comunidades deben participar en el desarrollo de los servicios para fomentar la corresponsabilidad en el cuidado de la salud.
- . Los servicios de salud deben enfatizar la promoción y prevención de la salud.

III.6.- BASES PARA UNA MEJOR POLÍTICA DE SALUD

Demandas sociales imperativas de necesidades insatisfechas por años, la atención a los temas coyunturales, encuentros y desencuentros, son algunos de los factores que caracterizan a esta etapa que nos ha tocado vivir. Indudablemente se trata de un momento de cambios y en ello se encuentra el primer desafío: no echar mano de soluciones pasajeras, si no, más bien, lograr verdaderas transformaciones en el campo de la salud, comenzando

por la incorporación de todas las bolivianas y bolivianos dentro de un sistema integrado que provea atención sanitaria eficiente y de calidad, que incluya a quienes nos hemos acostumbrado a excluir, es decir a campesinos, indígenas y pueblos originarios que conforman nuestro país y que a pesar de convivir en un mismo territorio pareciera que han sido seres anónimos y sin derechos.

El concepto de interculturalidad tiene carta de ciudadanía en nuestro país, en el que conviven culturas diferentes, bajo el criterio de que ninguna puede desarrollarse en ausencia total de intercambio con las otras. Hemos asumido la declaración emanada de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. En este contexto, es imprescindible establecer una diferenciación entre multiculturalidad e interculturalidad: en tanto la primera busca asegurar el respeto, la tolerancia y el reconocimiento; la segunda pretende -además de lo ya mencionado- conceder a las y los habitantes del territorio nacional, la oportunidad de contribuir al entramado social mediante aportes particulares.

“Más allá de la convivencia armónica o no entre culturas, la interculturalidad como normativa tiene por principio básico asumir positivamente la diversidad cultural, buscando vías de encuentro antes que de separación. A partir de esto, es posible decir que la necesidad del diálogo intercultural implica también parámetros de justicia, de equidad y de reconocer al otro como un ser humano portador de una riqueza forjada en la diferencia.

Al hablar de interculturalidad hablamos de confianza, no de la confianza absoluta en comprender otras culturas, sino de la confianza que debemos tener para expresar nuestros desacuerdos; es también renunciar a aquellos paradigmas que sitúan en lugar de privilegio a la cultura occidental. Hablar de interculturalidad es privilegiar la comunicación en un plano de igualdad; es afirmar que mujeres y hombres tenemos derecho a vivir nuestra cultura, pero no como simples replicadores de ésta, sino en el ámbito de la creatividad y el movimiento transformador”.

En salud, proponer a la interculturalidad como una transversal significa identificar, asumir y vencer los retos que se vayan presentando en nuestro ámbito durante el proceso de construcción de una visión intercultural.

La sociedad asigna a hombres y mujeres diferentes funciones en los distintos contextos sociales. Estas diferencias se traducen en oportunidades desiguales para hombres y mujeres,

en los ámbitos económico, académico, cultural e, inclusive, en lo referente al ejercicio de los Derechos Humanos, dentro de los cuales se inserta el derecho a la salud.

Estas desigualdades de género producen, entre otras cosas, que las mujeres tengan una mayor limitación en el acceso a los servicios de salud, a la información y a la toma de decisiones en este campo. Por otra parte, existe una tendencia evidente a equiparar la salud de las mujeres con la salud reproductiva, dejando de lado otros aspectos relacionados al desarrollo humano en etapas de la vida ajenas a la reproducción, es decir en la niñez y la tercera edad.

Atención Primaria en Salud implica: alimentación y nutrientes adecuados; agua potable y saneamiento básico; asistencia materno infantil y planificación familiar; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; disponibilidad de medicamentos y tecnologías apropiadas y adecuadas al medio, pero fundamentalmente significa situar la salud en un campo de acción mucho más amplio que su concepto asistencialista.

En este sentido, se promoverá la participación protagónica y sostenible de la ciudadanía a través de la construcción y consolidación de redes sociales que trabajen en el ámbito local para enfrentar desafíos como la planificación participativa, la movilización social y el control social a favor de mejores condiciones de vida y de salud.

CONCLUSIONES

PRIMERA.- Las prestaciones del SUMI se proveen exclusivamente en el territorio nacional, con carácter obligatorio y coercitivo en todos los establecimientos de salud del primer, segundo y tercer nivel de atención del Sector Público y del Seguro Social de corto plazo (COSSMIL, Caja Bancaria Estatal de Salud, Caja de Salud de la Banca Privada, Seguro Social Universitario, Caja Nacional de Salud, Caja Petrolera, Caja CORDES, Caja de Caminos, SINEC y seguros delegados), así como en los Institutos Nacionales de Investigación y Normalización, situación que no llega a los sectores rurales del país, lo que conlleva a una reacción de estas poblaciones más necesitadas en el ámbito de salud.

SEGUNDA.- Bolivia tiene una población de 8,4 millones de habitantes, enfrenta un proceso de transición demográfica caracterizado por la reducción en la tasa global de fecundidad, habiendo disminuido ésta de 4.8 en 1994 a 3.8 hijos por mujer en 2003 (INE-MSD, 2003). Los menores de 5 años representan el 13% de la población; los niños y adolescentes entre 5 y 14 años constituyen el 26%; la población en edad reproductiva (15-49 años) alcanza a 48% y la población 50-64 años representa el 8%; por su parte, los adultos mayores (más de 65 años) son el 4% de la población; 60% de éstos son menores de 25 años y solamente un 7% tiene 65 años o más.

TERCERA.- Las ideas por la protección de las necesidades social e individual con respecto a la salud de las personas, han estado presentes desde los inicios de la humanidad, podría decir que la idea de protección de estas necesidades sociales ha estado presente desde que el hombre es hombre (Aristóteles), de ahí, que las medidas de protección social para cuidar la salud de las personas que se han venido adoptando, tanto en común como aisladamente, hayan sido extraordinariamente numerosas y diversas, pero ninguna con la finalidad esperada.

CUARTA.- La Atención a los centros de salud está limitada principalmente, a aquellas personas incorporadas al mercado de trabajo, sea en relación de dependencia o en forma autónoma o por cuenta propia. Para entender que estamos ante un caso de cobertura de alcance profesional y nacional es necesario que el régimen incluya a toda la población

trabajadora u de otra índole, bastando que lo haga a algún determinado contingente de la misma.

QUINTA.- La aparición de los Seguros Sociales atraviesa en América Latina por unas pocas dificultades: escaso desarrollo industrial, dispersión de la población (con excepción de algunos grandes centros de salud), problema en las comunicaciones (grandes distancias), dificultad de acceso a determinados sectores de la población que habitan en zonas, en muchos casos inexploradas, etc. Esto a hecho que el sistema del SUMI. no sea beneficio para todos los sectores de la población del país, provocando una serie de conflictos entre el eje central y las comunidades rurales de cada región.

SEXTA.- Se crea el Seguro Universal Materno Infantil en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, con el objeto de otorgar prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a:

- a) Las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los 6 meses posteriores al parto.
 - b) Los niños y niñas desde su nacimiento hasta los 5 años de edad.
- reza.

Esta situación no contempla a las personas que puedan nacer con dificultades, las cuales sean de forma permanente, provocándoles en su mayoría la muerte, por no contar con un apoyo por parte del Estado hacia este sector tan necesitado, para ello es determinante establecer la ampliación del SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL, en todo el territorio nacional.

RECOMENDACIONES

PRIMERA.- Se debe promover la participación protagónica y sostenible de la ciudadanía a través de la construcción y consolidación de redes sociales que trabajen en el ámbito local para enfrentar desafíos de la salud, como la planificación participativa, la movilización social y el control social a favor de mejores condiciones de vida y de salud de las personas, con el objeto de crear una conciencia de mayor recepción de lo que representa el Seguro Universal Materno Infantil, sus ventajas, beneficios y todo lo concerniente a su amplitud.

SEGUNDA.- En el marco de los colegios públicos y privados de todo el país, se debe incluir todo lo referente a salud, sobre los avances técnicos de nuestra normatividad en beneficio de la salud y el medio ambiente, con un fin de tener mayor capacidad de conocimiento de los riesgos que producen la alteración de nuestros recursos, afectando a la salud de todos los que vivimos en nuestro territorio y mas aun a las personas que viven alejadas de los centros hospitalarios.

TERCERA.- El proceso de reforma de salud desarrollado hasta la fecha puede resumirse en tres grandes líneas a saber: 1) El diseño e implementación de sistemas de aseguramiento público como el Seguro Básico de salud y sus modificaciones: el Seguro Básico Indígena y el Seguro Universal Materno Infantil. 2) Implementación de un Sistema de Gestión por resultados que ha permitido contar con un mecanismo de evaluación y control sectorial efectivo en un Estado descentralizado, y 3) Calidad y regulación, por la cual se han mejorado la calidad de la atención y se han diseñado instrumentos valiosos para la integridad del sistema y para apoyar el ejercicio del derecho a la salud por parte de la comunidad, aunque a la fecha sus avances son limitados a unos pocos establecimientos. Para ello es determinante establecer un mecanismo de ampliación a estos centros que fueron creados con el fin de precautelar la salud de las personas, sin distinción alguna basado en los principios y derechos fundamentales de las personas.

CUARTA.- Se debe ampliar el SUMI, con el objeto de incluir a las personas que nacen con enfermedades permanentes, niños mayores hasta los doce años o a personas que no

cuenten con ningún recurso económico comprobado, ya que es atribución del Estado de proporcionar una mejor calidad de vida y salud a sus habitantes en general.

PROPUESTA

LEY No. 2869
DE 25 DE JUNIO DE 2006
Juan Evo Morales Aima
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA

CONSIDERANDO:

Que: la función mas alta del Estado es proteger la salud, la familia y la economía de los que la habitan todo el territorio Nacional, como un Derecho inherente a la persona y una obligación para el Gobierno de turno.

Que; los niños recién nacidos y todos sin excepción de raza, color y de otra índole, deben recibir la atención necesaria respecto a una mejor atención en el ámbito de la salud publica, para lo cual no debe existir un limite de ayuda por parte del sector salud y del Estado.

Que; por la constante crisis económica y social que atraviesa nuestra población, la falta de empleo y mayores fuentes de ingreso, lo que resulta muy difícil para este sector acceder a centros privados en pos de mejorar la salud de sus seres queridos, que en ocasiones por cosas de la naturaleza nacen con problemas permanentes.

POR TANTO.-El presidente de la Republica en uso a sus atribuciones, conjuntamente con los Ministros de Salud y Deportes.

RESUELVE: Ampliar en las necesidades que las personas lo requieran, el Seguro Universal Materno Infantil (**SUMI**), no poniéndose un limite a aquellas personas que presenten enfermedades permanentes, como una obligación del Estado como progenitor de todos sus habitantes que se encuentran en el país. Estableciendo un inciso IV establecido de la siguiente manera:

IV.-(Ampliaciones)

a) Los gobiernos Departamentales tienen la responsabilidad de implementar y ampliar el SUMI y también de que el alcance de esta Ley llegue a todos los sectores del departamento y mas que todo al área rural en donde existe una gran cantidad de

personas desprotegidas, estableciendo programas y proyectos en coordinación con los diferentes Municipios y prefecturas del País.

b) Los beneficiarias que se acogen a esta Ley son exclusivamente los niños y niñas desde su nacimiento; hasta mas de los 5 años de edad, estas sean del área rural y poblaciones alejadas hasta los 12 años). Así también los niños nacidos con problemas mentales u de otra índole deben ser atendidos hasta la mayoría de edad de forma permanente, previa certificación establecida por el ministerio de salud.

ES DADA EN LA SALA DE SECCIONES DEL HONORABLE CONGRESO NACIONAL, A LOS VEINTICINCO DIAS DEL MES DE JUNIO DEL DOS MIL SEIS AÑOS

Juan Evo Morales Aima
PRESIDENTE DE LA REPUBLICA